

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MARCELA CARNEIRO DUARTE SANT'ANNA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA: proposta de
intervenção e enfrentamento**

JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS

2018

MARCELA CARNEIRO DUARTE SANT'ANNA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA: proposta de
intervenção e enfrentamento**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, para obtenção de certificado de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete

JUIZ DE FORA- MINAS GERAIS

2018

MARCELA CARNEIRO DUARTE SANT'ANNA

**ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARAPONGA: proposta de
intervenção e enfrentamento**

Banca Examinadora

Profa. Dra. Matilde Meire Miranda Cadete – orientadora

Profa. Dra. Maria Rizioneide Negreiros de Araújo - UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em: 09/06/2018

RESUMO

A violência contra a mulher, em suas diversas formas e desdobramentos, física, sexual, emocional, estupro e casamentos em idade precoce é uma realidade que se apresenta como problema na Atenção Primária à Saúde em todo país, sendo, entretanto, subnotificada e mesmo invisibilizada cotidianamente. Em Araponga, município da Zona da Mata de Minas Gerais, esta situação de violência se repete historicamente. Tomando como ponto de partida a Unidade da Saúde da Família “São Domingos”, equipe e população adscrita na área de abrangência, objetivou-se propor um plano de intervenção para orientar as usuárias sobre a violência doméstica/violência contra a mulher e seus desdobramentos na área de abrangência da equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais. Para construção do plano, foi realizado o diagnóstico situacional pelo método de estimativa rápida, bem como a seleção de artigos feita a partir do levantamento bibliográfico nas bases de dados da SciELO, UpToDate, na Biblioteca Virtual em Saúde, e nas publicações do Ministério da Saúde. Usou-se, para a busca dos artigos, os descritores: saúde da família, violência doméstica e violência contra a mulher. Espera-se entender os aspectos regionais dessa violência, criar novas estratégias de enfrentamento e melhorar as já existentes, além de capacitar equipes de saúde para lidar com esse crime, uma necessidade urgente para o cuidado integral à mulher usuária do sistema de saúde pública na cidade de Araponga.

Palavras-chave: Saúde da família. Violência doméstica. Violência contra a mulher.

ABSTRACT

Violence against women, in its various forms and developments, physical, sexual, emotional, rape and marriage at an early age is a reality that presents itself as a problem in Primary Health Care in every country, but it is underreported and even invisible every day. In Araponga, a municipality in the Zona da Mata of Minas Gerais, this situation of violence repeats itself historically. Taking as a starting point the Family Health Unit "São Domingos", team and population assigned to the area of coverage, it was proposed to propose an intervention plan to guide users about domestic violence / violence against women and their area of coverage of the Family Health team "São Domingos", in Araponga, Minas Gerais. For the construction of the plan, a situational diagnosis was carried out by the rapid estimation method, as well as the selection of articles made from the bibliographic survey in the databases of SciELO, UpToDate, the Virtual Health Library, and the publications of the Ministry of Health . Keywords: family health, domestic violence, and violence against women. The aim is to understand the regional aspects of this violence, to create new coping strategies and to improve existing ones, as well as to train teams of health to deal with this crime, an urgent need for integral care to the woman user of the public health system in the city of Araponga.

Key words: Primary Care. Domestic abuse. Violence against women

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
1.1 Breves informações sobre o município	7
1.2 Sistema Municipal de saúde	7
1.3 A Comunidade de “São Domingos”	7
1.4 A Unidade Básica de Saúde “São Domingos”	8
1.5 Estimativa rápida: problemas de saúde do território e da comunidade (primeiro passo)	9
1.6 Priorização dos problemas – a seleção do problema para plano de intervenção (segundo passo)	10
2 JUSTIFICATIVA	12
3 OBJETIVOS	13
4 METODOLOGIA	14
5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	15
5.1 A violência contra a mulher	15
5.2 A Política de Atenção Básica de Saúde e o enfrentamento da violência contra a mulher	16
6 PLANO DE INTERVENÇÃO	18
6.1 Descrição do problema selecionado (terceiro passo)	18
6.2 Explicação do problema (quarto passo)	19
6.3 Seleção dos nós críticos (quinto passo)	19
6.5 Desenho das operações (sexto passo)	19
7	25
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
REFERÊNCIAS	26

1 INTRODUÇÃO

1.1 Breves informações sobre o município

Localizada na Zona da Mata de Minas Gerais, Araponga encontra-se a 280Km da capital mineira e, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2017), possui população de 8.152 habitantes sendo, aproximadamente, 70% de residentes na zona rural de um território de 305 Km².

O município vive, basicamente, da agricultura familiar, monoculturas de café para exportação e turismo de montanha.

Apesar de pequena, a cidade convive há décadas com a fama de ser a mais violenta da microrregião, devido a conflitos entre membros da mesma família por disputas por terras (IBGE, 2015).

1.2 Sistema Municipal de saúde

Na área de saúde, Araponga faz parte da microrregião de Ponte Nova. A cidade de Viçosa é sua referência para consultas com especialistas, exames de média complexidade, cuidado hospitalar e atendimento de urgência e emergência.

Araponga conta com um Centro de Saúde para pronto-atendimento, quatro equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo duas na zona urbana e duas na zona rural, cobrindo 100% da população. A rotatividade de profissionais de saúde tem se configurado como um dos maiores desafios para o desenvolvimento da ESF, de acordo com dados da Secretaria de Saúde e Prefeitura Municipal de Araponga (2017).

1.3 A Comunidade de “São Domingos”

A Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) “São Domingos”, onde atuo profissionalmente, atende a uma população de 2.278 habitantes, sendo destes, 855 mulheres, de 10 a 59 anos.

A população adscrita ao “São Domingos” é composta por moradores da zona rural do município e, contrariamente à área urbana, não conta com pavimentação de estradas, que são de terra batida, ou tratamento de água e esgoto, sendo comum o uso de fossas sépticas e água

de nascentes, chamadas pela população de “água de mina”. As especificações de segurança para instalação de tais estruturas sanitárias não são seguidas na maioria das residências.

O acesso à educação é prejudicado pela longa distância entre as residências e a escola municipal rural. Apesar de o município disponibilizar transporte escolar, o veículo um ônibus não é capaz de transitar por todas as estradas vicinais, em terreno acidentado, único acesso aos muitos sítios da região. Em tempo de chuvas, a lama impossibilita o deslocamento por automóvel. A este respeito, a queixa mais recorrente de mães e estudantes refere-se ao tempo de caminhada necessário para se chegar ao ponto de encontro com o ônibus escolar jornadas superiores a 60 minutos, algumas iniciadas ainda na madrugada.

1.4 A Unidade Básica de Saúde “São Domingos”

Há dois espaços físicos que se referem à Unidade Básica de Saúde “São Domingos”: a Unidade-sede rural, localizada dentro da área de abrangência e a Unidade de Apoio, urbana. Entretanto, na tentativa de igualar o acesso dentro de um território extenso, foi definido pela Secretaria de Saúde do município que a unidade urbana, que funciona em uma casa adaptada, operaria como centro de referência, em um período de 40 horas semanais, divididas em turnos matutinos e vespertinos de quatro horas de duração cada.

Os atendimentos são iniciados às 7 horas, interrompidos às 11 horas e retomados após o almoço, estendendo-se, então, até às 17 horas. Comportam tanto demanda espontânea quanto consultas agendadas, além de visitas domiciliares e o atendimento na área rural que acontece tanto na Unidade-sede quanto em espaços cedidos pela comunidade, como uma igreja local. Quando os atendimentos não ocorrem na área urbana, o período de consultas tende a ser ampliado para, em média seis ou mais horas ininterruptas, dada à dificuldade e o tempo de deslocamento entre as unidades ser superior a sessenta minutos.

A equipe do “São Domingos” é composta por 12 funcionários: uma médica, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitárias de saúde (ACS), duas recepcionistas (unidade sede/unidade de apoio) e uma auxiliar de serviços gerais. Além disso, a Unidade de Saúde da Família São Domingos recebe estagiários do quinto ano do curso de Medicina da Universidade Federal de Viçosa (UFV) para o módulo de “Internato Rural”, que tem duração de três meses por grupo. Além dos atendimentos médico e de enfermagem, o atendimento nutricional e psicológico ofertados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF)

ocorrem na Unidade que possui quatro consultórios, em metade da semana.

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

O diagnóstico situacional, conforme Campos, Faria e Santos (2010) e com base na estimativa rápida, mostrou que a população adscrita ao território discriminado como “São Domingos” possui como fatores de risco à saúde:

- Uso de água de nascentes e poços artesianos;
- Ausência de tratamento de água e esgoto;
- Risco ocupacional relacionado ao trabalho de plantio, cuidado e colheita nas lavouras de café;
- Alto índice de analfabetismo e baixa escolaridade daqueles alfabetizados;
- Evasão escolar pela dificuldade de acesso à escola municipal mais próxima;
- Ausência de espaços de lazer e convivência;
- Uso histórico de aguardente como “aperitivo” antes das refeições;
- Abuso de álcool e tabaco;
- Papeis sociais rígidos, que preconizam a mulher como responsável única pelos cuidados com o lar, filhos e marido, além de corresponsável pelo cuidado com a lavoura;
- Alta prevalência de violência interfamiliar, que se perpetua pela sua naturalização como fenômeno social histórico na região;
- Baixa escolaridade feminina e dependência econômica em relação ao marido;
- Gravidez na adolescência e pré-natal tardio;
- Casamentos na adolescência;
- Alta prevalência de adoecimento por sífilis, a despeito de tratamento e retratamento;
- Alta prevalência de adoecimento mental, especialmente em mulheres;
- Alta procura do serviço de saúde pelas mulheres com queixas vagas ou relatos sugestivos de violência intrafamiliar;
- Dificuldade de acesso ao sistema de saúde por distância geográfica e estradas precárias.

Essa população tende a ter acesso apenas às medicações disponibilizadas pelo Programa Farmácia Popular, visto que a maior parte da renda familiar advém da colheita de

café, que ocorre no período de junho, e o dinheiro obtido à época será o maior montante do ano. A subsistência cotidiana dá-se pelo plantio e colheita em hortas ou pequenos sítios e criação de animais como galinhas, porcos e cabras.

A frequência escolar das crianças e adolescentes, bem como sua presença na UBS, dá-se também em função do Programa Bolsa Família, que se constitui uma fonte regular de renda para parte da população. Entretanto, não é incomum que os adolescentes abandonem os estudos para trabalhar nas monoculturas de café.

A religião, representada fisicamente igreja, é o fator agregante desta população, cujo lazer é o rádio, e que não dispõe de outros espaços coletivos e comerciais em seu território, apenas na área urbana.

Embora a relação estabelecida entre equipe de saúde e população seja sólida, nota-se a dificuldade de acesso aos serviços, especialmente no que tange ao acompanhamento de tratamentos; também uma lacuna de entendimento sobre os processos de adoecimento e riscos advindos do uso incorreto ou crônico de certas medicações, além de certa relutância quando se trata de troca de medicações ou indicação de psicoterapias.

1.6 Priorização dos problemas (segundo passo)

Dentre os problemas de saúde identificados no território e na comunidade, optou-se aqui por priorizar a questão da violência contra a mulher, que atinge todas as classes sociais, devendo ser considerada como um grave problema de saúde pública e, sobre essa realidade, estruturar um plano de intervenção.

É importante lembrar que violência contra a mulher assume as mais diversas formas, não apenas a física, mas também emocional e sexual, culminando, não raro, em estupros e casamentos em idade precoce. De acordo com publicações da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS, 1998) uma em cada três mulheres na América Latina relata ter sofrido violência física e/ou coerção sexual, sendo o parceiro o responsável na maioria das vezes.

Na Atenção Primária à Saúde (APS), os desdobramentos da violência doméstica podem ser vistos na alta prevalência de adoecimento mental, seja em transtornos depressivos, de ansiedade ou de pânico e transtorno mental comum, abuso de álcool e benzodiazepínicos, ideação suicida ou sua concretização.

O presente estudo aborda a violência doméstica dentro da realidade de saúde presente

na Unidade Básica de Saúde da Família (UBS) “São Domingos”, localizada no município de Araçuaia, Zona da Mata de Minas Gerais, contraposta à análise de uma parcela da produção científica relacionada ao tema “violência contra a mulher”. Apesar de responder por apenas uma parte da zona rural local (tratar-se de uma de quatro UBS na cidade), vê-se nessa amostra a repetição da subnotificação e do sofrimento silencioso das mulheres conforme encontrado na literatura.

2 JUSTIFICATIVA

Os costumes e a cultura de Araponga reforçam uma série de estereótipos de gênero, bem como aprofundam a imobilidade dos papéis sociais representados pelas mulheres. Historicamente inferiorizadas, relegadas aos cuidados domésticos e educadas para a submissão aos homens da família, primeiro, pai e irmãos; depois, ao marido, essas mulheres aprendem, desde a infância, a conviver e relevar a violência masculina, resumida no jargão local como “homem é assim, brigador”.

Há um déficit na capacidade da abordagem dos casos que se apresentam à equipe da UBS, com conseqüente baixa resolutividade. A Unidade de Saúde da Família “São Domingos”, entretanto, apresenta elevado número de usuárias que sofrem com a violência doméstica, a grande maioria de forma velada, mas percebida por meio de consultas, visitas domiciliares e denúncias de terceiros. Entretanto, tal situação é, muitas vezes, negada pelas próprias vítimas.

A alta prevalência do agravo, associada à incapacidade de resposta adequada ao cenário local, justificam a proposta de intervenção.

3 OBJETIVO

Propor um plano de intervenção para orientar as usuárias sobre a violência doméstica/violência contra a mulher e seus desdobramentos na área de abrangência da equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

4 METODOLOGIA

Este trabalho se configura como um projeto de intervenção, cujo foco será a violência doméstica existente na área de abrangência da equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga - MG.

Após realização de diagnóstico situacional, conhecimento e delimitação da área de abrangência, incluindo os principais problemas enfrentados pela equipe, propõe-se aqui uma série de intervenções a fim de garantir a melhoria no atendimento às pacientes vítimas de violência doméstica.

Para a construção do projeto foi feita pesquisa na Biblioteca Virtual em Saúde, na base de dados da SciELO, na Biblioteca Virtual do Núcleo de Educação em Saúde da Família, nas publicações do Ministério da Saúde e UpToDate, com os descritores: saúde da família, violência doméstica e violência contra a mulher.

Os artigos foram selecionados pela autora de acordo com sua relevância e coerência ao assunto proposto, bem como foram também pesquisadas publicações em livros, dados disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde de Araponga e acervo de arquivos da equipe.

O trabalho contará com a participação dos profissionais de saúde da equipe; profissionais da equipe multidisciplinar e população adscrita da Unidade de Saúde da Família “São Domingos”.

5 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

5.1 A violência contra a mulher

A tipologia de modelos de violência apresentada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra que, no caso da violência interpessoal, sem vítima fatal, há, nos dias atuais, importantes estudos com a população adulta, acima de 18 anos sobre a violência sofrida pelas mulheres, com maior foco naquelas em idade reprodutiva (15 a 49 anos). Estes estudos advertem sobre o caráter doméstico dessa violência, tendo em vista que o principal agressor e o parceiro íntimo o principal (BARROS; SCHRAIBER, 2017).

Em termos legais, o conceito de violência doméstica é definido no artigo 5º da Lei 11.340/2006: “Para os efeitos dessa Lei, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011, p.16),

A violência contra a mulher em todas as suas formas (psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres) é um fenômeno que atinge mulheres de diferentes classes sociais, origens, regiões, estados civis, escolaridade ou raças. Faz-se necessário, portanto, que o Estado brasileiro adote políticas públicas acessíveis a todas as mulheres, que englobem as diferentes modalidades pelas quais ela se expressa.

Para Schraiber e D'Oliveira (1999), a violência contra a mulher significa agressões administradas única e exclusivamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Este fato se liga ao gênero, porque assinala pontos que mostram a diferença de estatuto social da condição feminina e violência sentidas pelas mulheres feitas por agressores conhecidos, de dentro de casa e relacionamento íntimo.

Em relação à percepção da violência vista pelo lado das questões de gênero, Barros e Schraiber (2017, p.9) afirmam que:

Além do sexo contra a vontade ou com ausência de desejo realizado pelas mulheres, ocorrem também práticas sexuais, algumas vezes coercivas, e depreciativas para elas, mas que são justificadas pela obrigação da mulher com o prazer masculino. Outras vezes são interpretadas pelos homens como desejadas, apesar da recusa mesmo explícita por parte das mulheres.

Resultados de pesquisa coordenada pela OMS, em (2002), revelam que a violência sexual e/ou doméstica constitui grave problema de saúde pública e que, das mulheres violentadas, pequena porcentagem procuraram Unidades de saúde ou hospitais para atendimento (BRASIL, 2004).

No Brasil, cabe ainda lembrar a importância da promulgação da lei Maria da Penha, que proporcionou grandes avanços para o rompimento do ciclo da violência doméstica ao reconhecê-la como crime, assim como sua complexidade enquanto fenômeno. A sanção da importância do setor saúde, ao lado da assistência social e da segurança pública como articulações estratégicas para o enfrentamento da violência contra a mulher permitiu potencializar a eficácia e a continuidade das ações empreendidas a resolução do problema enfrentado (BRASIL, 2006).

5.2 A Política de Atenção Básica de Saúde e o enfrentamento da violência contra a mulher

A violência se vincula ao setor saúde tanto pelo número de mortes que dela decorrem quanto pela necessidade de ampla assistência às vítimas. Assim, a questão que primeiro se impõe é a capacidade das unidades de saúde de oferecerem um atendimento adequado e de qualidade, sendo central o papel da Atenção Primária, tanto pela proximidade territorial quanto pela facilidade de acesso e, não menos importante, pela capacidade de estabelecer vínculos com as usuárias e identificar situações de violência cotidianas. Cabe lembrar que o profissional de saúde deve conhecer a rede intersetorial para, sempre que necessário, efetuar o correto encaminhamento da paciente a outros centros de atendimento.

A magnitude da violência contra a mulher é apontada em estudos nacionais e internacionais há décadas. Há mais de 20 anos, dados indicavam que o percentual de vítimas de violência sexual ou física em todo o mundo oscilava entre 20 a 75% a depender da sociedade estudada (GIFFIN, 1994).

No Brasil, os dados estatísticos são oriundos de pesquisas realizadas por entidades não ligadas ao Governo, como a Fundação Perseu Abramo que, em 2010, apontaram “que aproximadamente 24% das mulheres já foram vítimas de algum tipo de violência doméstica” (BRASIL, 2011, p.16).

A Central de Atendimento à Mulher, Ligue-180 registrou que, em 74% das denúncias recebidas nos primeiros 10 meses de 2011, o agressor é alguém com quem a vítima possui vínculo afetivo e que 60% delas sofre agressões diárias (BRASIL, 2011).

As violências contra as mulheres compreendem um amplo leque de agressões de caráter físico, psicológico, sexual e patrimonial que ocorrem em um *continuum* que pode culminar com a morte por homicídio, fato que tem sido denominado de femicídio ou feminicídio (KRUG; DAHLBERG; MERCY, 2004 *apud* MENEGHEL; PORTELLA, 2017, p. 3079).

Nacionalmente, o tema da violência começa a ser debatido a partir dos anos de 1980 e se firma no campo da saúde nos anos de 1990, quando o Brasil torna-se signatário do documento final da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), bem como da Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995). Em 2011, entram em vigor o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. Cabe ressaltar que a notificação dos casos de violência contra a mulher está prevista em lei e é compulsória para os serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados (BRASIL, 2016)

Os Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, em seu capítulo destinado à abordagem das diversas formas de violência contra a mulher, ressalta a importância da escuta qualificada e da identificação de indícios e/ou sinais de violência, muitas vezes representada na procura recorrente pelo serviço de saúde, com queixas vagas ou lesões não coerentes com o mecanismo descrito de trauma. Em casos em que se identifique risco de morte ou ameaça grave à integridade física da mulher, construir, em conjunto com a paciente, um plano de segurança, respeitando as particularidades de cada caso (BRASIL, 2016).

6 PLANO DE INTERVENÇÃO

O trabalho em Atenção Primária depende dos diversos atores envolvidos no processo, devendo haver sinergia, coordenação e avaliação das atividades. Para sua realização deve-se priorizar a articulação inter profissional e entre profissionais e usuários adscritos àquele território. Para este trabalho, utilizou-se como método a Estimativa Rápida que permite identificar determinantes sociais, econômicos e ambientais, para a obtenção de informações sobre um conjunto de problemas de um território e os recursos necessários para enfrentá-los em curto período de tempo, além de ser de baixo custo (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010).

6.1 Descrição do problema selecionado

A violência contra a mulher é um fato humano e social, histórico, que perpassa todas as classes sociais e assume diversas formas, prevalecendo, em Araçatuba, as violências psicológica, física e moral.

À UBS “São Domingos” chegam os desdobramentos do problema original na forma de adoecimento mental, como os transtornos depressivos, de ansiedade ou de pânico e transtorno mental comum, além do abuso de álcool e benzodiazepínicos, ideação suicida ou sua concretização.

Eventualmente, queixas algícas originadas de traumas por quedas, empurrões ou espancamento chegam aos consultórios médico e de enfermagem. Nestes casos, o problema tende a ser ocultado com evasivas ou minimizado pelas pacientes, que se culpam pela agressão ou relativizam a responsabilidade do agressor, muitas vezes, alcoolizado. Frases como “eu já sei que ele é nervoso, não devia ter contrariado” ou ainda “quando não está bêbado, é um homem bom” são recorrentes entre as usuárias do sistema de saúde do município.

6.2 Explicação do problema selecionado

Historicamente subjugadas economicamente aos homens da família, com baixo acesso ao ensino formal e redes de apoio interpessoais e familiares exíguas, as mulheres vítimas de violência raramente denunciam o agressor. Grande parte sequer considera o que sofre uma forma de abuso.

O medo do abandono, retaliação ou de perder os filhos e a repetição de um padrão

familiar de resposta comportamental passiva à violência, considerada natural e esperada dentro de um relacionamento, faz com que as mulheres cedam à pressão social e religiosa para manutenção, a qualquer custo, de uma família nos moldes tradicionais e do espaço familiar visto como impenetrável, “roupa suja se lava em casa”, disse uma paciente, vítima de agressão. Associa-se a isso, em uma parcela dos casos, filhos envolvidos com/vitimados pelo tráfico de drogas. Como modo de fugir da realidade, várias dessas mulheres fazem uso abusivo de álcool e medicações. A resultante é adoecimento, especialmente mental.

6.3 Seleção de nós críticos

Os nós críticos foram identificados por meio das consultas médicas e de enfermagem, por meio dos relatos dos pacientes e dados da unidade, a saber:

- Hábitos e estilo de vida conflitante: a cidade reproduz o imaginário histórico estereotipado do “povo brigador”, resultando em uma população acostumada a apelar para a violência em lugar de resolver seus problemas dialogicamente.
- Uso de álcool e drogas em larga escala: além da presença do tráfico, o uso de álcool diariamente, um “aperitivo”, é cultural, especialmente na zona rural.
- Abordagem do problema pela equipe: a falta de capacitação associada ao fato de que algumas das mulheres da equipe cresceram sob a sombra da violência doméstica cotidiana e, portanto, naturalizam a questão.
- Uso crônico de benzodiazepínicos: consequência do adoecimento mental decorrente da violência e da prescrição indiscriminada por profissionais que não se encontram mais na cidade.
- Desinformação sobre o processo de adoecimento e uso crônico de certas medicações, em especial as que causam dependência.
-

6.4 Desenho das operações

As operações foram construídas de acordo com cada “nó crítico” e foram apresentadas em cinco quadros com as seguintes especificações: projeto, resultados esperados, produtos esperados, recursos necessários, ações estratégicas, controle dos recursos críticos, responsáveis pelo acompanhamento das operações, prazo, processo de monitoramento e avaliação das operações.

A seguir são apresentados os quadros 1, 2, 3, 4 e 5 com as operações.

Quadro 1 – Operações sobre o “nó crítico 1” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulher”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

Nó crítico 1	Hábitos e estilo de vida conflitantes.
Operação	Aumentar o nível de informação da população acerca da importância do diálogo, do respeito e da busca de compreensão para os problemas do dia a dia.
Projeto	<i>Bem viver</i>
Resultados esperados	População entendendo melhor e buscando resolver problemas por meio do diálogo, da troca de informações e do respeito. Diminuição da violência doméstica.
Produtos esperados	Ciclo de palestras sobre direitos humanos e diálogo como ferramenta de resolução de problemas. Grupos de mulheres para roda de conversa, mediada por psicólogo, sobre violência e criação de redes de apoio.
Recursos necessários	Organizacional: organizar a agenda de atividades. Estrutural: adequar espaço na UBS para receber os grupos. Cognitivo: preparar material de apoio adequado à escolaridade das participantes. Financeiro: recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Recursos críticos	Estrutural: disponibilidade de espaço Financeiro: obtenção de recursos
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de Saúde Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Estabelecimento de parceria via Secretaria Municipal de Saúde
Prazo	2 meses para início, 6 meses para acompanhar os resultados.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira da UBS NASF
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e enfermeira da UBS NASF

Quadro 2 – Operações sobre o “nó crítico 2” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulher”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

Nó crítico 2	Uso de álcool e drogas em larga escala.
Operação	Educar a população jovem, adulta e idosa sobre os riscos de saúde associados ao consumo de drogas lícitas e ilícitas, incluindo aqui os advindos dos considerados inócuos, como a ingestão diária de aguardente antes das refeições. Aumentar o entendimento do vício/dependência como agravo passível de tratamento e não como questão de caráter.
Projeto	<i>Sem drogas</i>
Resultados esperados	População compreendendo melhor os mecanismos de vício e adoecimento. Aumento na demanda por tratamento para dependência alcoólica e de outras drogas. Queda no número de jovens que iniciam o consumo de álcool antes dos 18 anos. Diminuição do número global de usuários de álcool e drogas.
Produtos esperados	Ciclo de palestras e campanhas sobre o uso de álcool e drogas nas escolas do município. Vinhetas informativas sobre os riscos do consumo de álcool e tabaco em rádio local. Grupos de tabagistas e suporte psicoterápico e medicamentoso para os pacientes em situação de droga-a dicção.
Recursos necessários	Organizacional: organizar a agenda de atividades, abrir espaço para consultas diárias de demanda espontânea para pacientes com tais agravos. Cognitivo: preparar material de apoio adequado a cada grupo-alvo. Político: estabelecimento de parcerias com rádios e líderes comunitários, Secretarias municipais de Saúde e de Educação. Financeiro: recursos audiovisuais e material educativo.
Recursos críticos	Político: conseguir parcerias com rádios e líderes comunitários, bem como com as Secretarias municipais de Saúde e de Educação. Financeiro: obter recursos audiovisuais e material educativo.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretarias de Saúde e de Educação e Profissionais da ESF Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Estabelecimento de parcerias com escolas e rádios locais. Patrocínio.
Prazo	1 mês para início, 6 meses para reavaliação.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira da UBS. NASF
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e enfermeira da UBS.

Quadro 3 – Operações sobre o “nó crítico 3” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulher”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

Nó crítico 3	Abordagem do problema pela equipe.
Operação	Capacitar toda a equipe para realização de escuta qualificada e identificação de indícios e sinais de violência.
Projeto	<i>Aprendendo sempre</i>
Resultados esperados	Equipe consciente dos atos que se configuram como violência e sua tipologia. Capacitação para acolhimento adequado, escuta qualificada e identificação de indícios de violência. Abordagem de problemas relacionados à violência contra a mulher sem incorrer em revitimação em casos traumáticos.
Produtos esperados	Educação continuada de toda a equipe.
Recursos necessários	Organizacional: estabelecimento de espaços quinzenais dedicados à educação continuada e avaliação de aprendizagem. Financeiro: recursos audiovisuais.
Recursos críticos	Organizacional: conseguir agenda para encontros quinzenais.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Médico e enfermeiro Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Criar um sistema de recompensa à equipe.
Prazo	Dois meses para implementar, 6 meses para reavaliar
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica e enfermeira da equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e enfermeira da equipe.

Quadro 4 – Operações sobre o “nó crítico 4” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulher”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

Nó crítico 4	Uso crônico de benzodiazepínicos.
Operação	Aumentar o entendimento da população sobre o motivo da prescrição de benzodiazepínicos e de quais são as consequências do uso crônico dessa medicação.
Projeto	<i>Cuidar melhor é preciso</i>
Resultados esperados	- Melhor aceitação do processo de desmame de benzodiazepínicos e sua substituição por outras classes de medicamentos. - Redução das prescrições de benzodiazepínicos. - Maior adesão a psicoterapias.
Produtos esperados	- Salas de espera digital - Intervenção breve em consultas médicas
Recursos necessários	Estrutural: preparo de vinhetas para o televisor da sala de espera. Organizacional: preparo para estender a consulta para esclarecimentos, caso o paciente seja receptivo à intervenção breve.
Recursos críticos	Financeiro: para obtenção das vinhetas.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Prefeitura e Secretaria de Saúde para criação de material audiovisual. Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Parceria da Prefeitura Municipal com Curso de Comunicação Social da Universidade Federal de Viçosa, para produção do material audiovisual. Intervenção breve em todas as consultas de usuários de benzodiazepínicos.
Prazo	Intervenção breve – início imediato Sala de espera digital – 04 meses para início Reavaliação de ambos em 06 meses.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Médica da UBS
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica da UBS

Quadro 5 – Operações sobre o “nó crítico 5” relacionado ao problema “Violência doméstica contra mulher”, na população sob responsabilidade da Equipe de Saúde da Família “São Domingos”, em Araponga, Minas Gerais.

Nó crítico 5	Desinformação sobre o processo de adoecimento e uso crônico de medicações, especialmente as que causam dependência.
Operação	Aumentar o conhecimento da população sobre os processos de adoecimento, especialmente o adoecimento mental e os relativos aos agravos mais comuns no município; qual o papel das medicações e a importância de seguir as estratégias de tratamento propostas.
Projeto	<i>Informa Saúde</i>
Resultados esperados	População mais consciente sobre autocuidado, processos de adoecimento e uso de medicamentos.
Produtos esperados	Salas de espera. Grupos para populações-alvo.
Recursos necessários	Organizacional: planejamento dos dias e temas da sala de espera. Estrutural: adequar espaço na UBS para receber os grupos. Cognitivo: preparar material de apoio adequado à escolaridade das participantes. Financeiro: recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Recursos críticos	Organizacional: planejamento dos dias e temas da sala de espera. Financeiro: conseguir recursos audiovisuais e folhetos educativos.
Controle dos recursos críticos	Ator que controla: Secretaria de Saúde de Araponga Motivação: Favorável
Ações estratégicas	Tornar o projeto comum a todas UBS do município, via Secretaria de Saúde, e otimizar recursos para os materiais de apoio. Parcerias com as farmácias do município.
Prazo	Um mês para início, três meses para reavaliação.
Responsáveis pelo acompanhamento das operações	Todos os membros da equipe.
Processo de monitoramento e avaliação das operações	Médica e enfermeira da UBS.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este plano de ação, em médio prazo, espera-se o fortalecimento do vínculo entre usuários e equipe, com conseqüente aumento do reconhecimento dos casos de violência doméstica e solicitação de ajuda para lidar com o problema, bem como maior notificação desse agravo. Em longo prazo, espera-se uma redução dos casos de violência doméstica na população adscrita.

O plano executado deve ser avaliado pela equipe e acompanhado pelos profissionais especializados do NASF, o que permitirá que se realizem os ajustes necessários em tempo hábil para os resultados esperados sejam alcançados.

Devemos considerar a existência de fatores limitadores para o desenvolvimento das ações interdisciplinares propostas, em especial a falta de estrutura das unidades de saúde e território muito extenso, o que dificulta a proximidade dos usuários com o sistema. Outro obstáculo é a inexistência de locais de reunião adequados para que discussão coletiva fomente a participação ativa do usuário.

É importante lembrar que não há um projeto de educação continuada para os membros da equipe da unidade de saúde, que os capacite para o desenvolvimento de atividades práticas com a população. As alternativas atualmente existentes são apenas aquelas centradas no processo saúde-doença, a exemplo dos grupos educativos. Alguns deles condicionados a consulta médica.

Finalmente, cabe salientar a ausência de um processo de trabalho cujo planejamento agregue conceito, abordagem de problemas e comunicação em linguagem acessível aos diversos públicos.

REFERÊNCIAS

BARROS, C.R.S.; SCHRAIBER, L.B. Violência por parceiro íntimo no relato de mulheres e de homens usuários de unidades básicas. **Rev Saúde Pública**. v. 51,n. 7, p.1-10, 2017.

BRASIL, Diário Oficial da União. **Lei 11.340**, "Maria da Penha", de 7 de agosto de Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: D.O.U. de 8.8.2006, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. 68 p. Disponível em: <http://campanhapontofinal.com.br/download/informativo_01.pdf> Acesso em: 02 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres **Pacto Nacional de enfrentamento à violência contra a mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Diário Oficial da União. **Lei nº 10.778**, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm>. Acesso em: 08 mai. 2018.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, supl. 1, p. S146-S155, 1994.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE - PAS - Pesquisa Anual de Serviços**, 2010. [online] Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/economia/comercio>

MENEGHEL, S. N.; PORTELLA, A. P. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 22, n. 9, p. 3077-3086, set. 2017 .

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Violencia contra la mujer: un tema de salud prioritario**. Washington, D.C.: Division de Salud Familiar y Reproductiva; Division de Salud y Desarrollo Humano, 1998.

SCHRAIBER L. B. e D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: Interfaces com a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v 5, n. 93, p.11-27, 1999.