



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Taciana Cassaro Pelissari Pontes

O Olhar da Atenção Primária em Saúde (APS) Frente ao Problema da Violência Doméstica

Florianópolis, Março de 2023

Taciana Cassaro Pelissari Pontes

O Olhar da Atenção Primária em Saúde (APS) Frente ao
Problema da Violência Doméstica

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Sabrina Blasius Faust
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Taciana Cassaro Pelissari Pontes

O Olhar da Atenção Primária em Saúde (APS) Frente ao Problema da Violência Doméstica

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Sabrina Blasius Faust
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. O objetivo deste estudo é ofertar serviços especializados e continuados que possam contribuir para a proteção social imediata, atendimento interdisciplinar, fortalecer a relação familiar, reparar danos e prevenir a reincidência das violações dos direitos das mulheres. O Método utilizado foi um Plano de intervenção com foco na violência doméstica existente na área de abrangência da Unidade Regional do município de Serra no Espírito Santo, que atua como referência a Unidades de Saúde Básicas. “As ações construídas são: “Aprender para atender”; ”Acolhimento Especializado”; “ Tudo de bom ficar bem”; “ Saber é o melhor Caminho”. Os resultados esperados são: Consolidar o serviço de atendimento comunidade; Capacitação e educação continuada da equipe sobre o problema da violência doméstica; Criação e renovação contínua de estratégias por parte da equipe multiprofissional; Humanizar o atendimento; Conscientização da população sobre as principais causa da violência doméstica como uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, falta de estrutura familiar, etc.; Redução do índice de violência doméstica; Maior sensibilização da comunidade para os riscos e consequências da violência doméstica; Maior adesão das vítimas ao serviço de atenção a ser criado para o atendimento específico; Acesso das Vítimas às Políticas Públicas e aos Programas governamentais com relação à segurança e renda; Melhora na qualidade de vida da comunidade.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde, Violência contra a Mulher, Violência Doméstica

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	13
2.1	Objetivo geral	13
2.2	Objetivos específicos	13
3	REVISÃO DA LITERATURA	15
4	METODOLOGIA	19
5	RESULTADOS ESPERADOS	25
	REFERÊNCIAS	27

1 Introdução

A Unidade Regional de Serra Sede, não possui o papel de ESF (Estratégia de Saúde de Família), de modo que não há equipes responsáveis por determinadas áreas, ou mesmo visitas domiciliares. É uma unidade regional, desse modo atua como referência a Unidades de Saúde Básicas.

Já não atuo mais na equipe de saúde mental, agora atuo como clínica geral, e acompanho pacientes adultos.

Na unidade mencionada, atendemos em média 85.000 usuários, mas a unidade abrange uma região com uma população de 17.816 habitantes. A unidade recebe vários pacientes de outros bairros, pois estão constantemente sem médicos em suas unidades básicas. Organizamo-nos na Unidade, da seguinte maneira: eu atuo como Médica, acompanhando os pacientes, fazendo prevenção e promoção de saúde.

A enfermeira atua na triagem dos pacientes, orientações, acolhimento, cuidados e tratamentos. E os técnicos de enfermagem auxiliam no cuidado, acolhimento e manipulação de medicações, e ainda temos o auxílio da equipe multidisciplinar.

A população adulta de Serra Sede tem uma grande demanda, e muitos não conseguem atendimento.

Alguns pacientes acamados, ou debilitados sofrem sem atendimento médico, pois não há Unidade Básica no bairro com ESF, para se fazer visitas domiciliares, e a Unidade regional não tem ambulância para transportar o paciente, caso ele necessite do transporte, deve ser feito contato com a secretaria de saúde para agendamento.

Muitos pacientes interrompem o tratamento de doenças crônicas devido à ausência de transporte, ou pela ausência de vaga para o agendamento.

Desse modo temos uma insatisfação muito grande da população diante os serviços prestados. O bairro de Serra Sede, se encontra no município da Serra, no estado de Espírito Santo. É a segunda cidade mais violenta do estado. O bairro se encontra em um nível de vulnerabilidade muito grande. É comum pacientes com relato de violência física, mental e doméstica. O índice de desemprego também é muito grande, culminando em indicadores altos de pobreza. As condições de moradia no bairro são precárias. Há saneamento básico em todo o bairro e arredores. As ruas são asfaltadas e possui luz elétrica. Porém é nítida a ausência de recursos financeiros para uma alimentação diária e adequada.

É comum, ainda, observamos mais de cinco pessoas dividindo apenas um cômodo, em más condições de higiene. De modo que é frequente patologias relacionadas às condições supracitadas, como a escabiose, por exemplo. A população do bairro de Serra Sede, está distribuída entre homens e mulheres. A População masculina, representa 7.832 habitantes e a população feminina, 9.984 habitantes. Já a distribuição da população por faixa etária, se dá da seguinte maneira: 3.195 crianças, 2.991 adolescentes, 10.012 adultos, 1.618 idosos.

Cabe aqui dizer que todos os dados conseguidos para essa atividade foram ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde do município, pelo seu levantamento epidemiológico, porém apenas consegui dados do ano exercício de 2017.

A população da minha abrangência, conta com 17.816 habitantes (CENSO 2010). Noque tange a taxa de natalidade do estado, temos o valor de 17,66% (IBGE 2016).

Já o coeficiente de mortalidade geral da população é de 56,29%, sendo os motivos mais comuns como: acidentes de transportes e agressões (SESA 2015). Já a taxa de mortalidade infantil no município da Serra é de 8,41% (IBGE 2017).

Há uma grande procura para o serviço de saúde. Não conseguimos atender toda a demanda, devido ausência de profissionais, desse modo é comum muitos pacientes ficarem sem atendimento e recorrerem aos Prontos Atendimentos para consultas seletivas. As queixas mais comuns são: cefaleia, dor abdominal e lombalgia. As doenças mais comuns são: HAS (Hipertensão Arterial Sistêmica) e DM (Diabetes Mellitus), diagnosticados com sintomas fracos e também suas descompensações.

Um assunto pertinente passível de intervenção na URSSS, seria a violência feminina doméstica. Tal fato é uma queixa diária recebida no consultório, mesmo que não referida. Ela atinge a população feminina do bairro e adjacências de Serra Sede, Serra, Espírito Santo.

A agressão pode ser: sexual, patrimonial, moral, psicológica e física. É comum a violência ocorrer dentro da residência da paciente supracitada, através de familiares próximos como: pai, marido, irmãos, etc. As consequências desse problema geram muitas vezes distúrbios psicológicos, traumas físicos, mentais, infecções sexualmente transmissíveis, baixa autoestima, entre outros.

O estudo do tema é importante para a população feminina de Serra Sede, visto que a porcentagem de ocorrência de violência doméstica é alta no bairro. O tema é de grande importância pois aborda a mulher no seu âmbito mais frágil, de modo que, muitas vezes, tal problema passa imperceptível durante as consultas.

As possibilidades de se realizar esse projeto, são grandes, visto que contamos na Unidade Regional de Saúde Serra Sede, com vários profissionais que podem auxiliar, como: psicólogos, assistentes sociais, médico especialista em saúde mental, médico ginecologista, entre outros.

Com a equipe supracitada é possível embasar confiança, vínculo e longitudinalidade para uma melhora na qualidade de vida das mulheres, tema principal dessa intervenção.

O projeto de intervenção tem como foco principal: ofertar serviços especializados e continuados que possam contribuir para a proteção social imediata, atendimento interdisciplinar, fortalecer a relação familiar, reparar danos e prevenir a reincidência das violações dos direitos das mulheres.

Com o auxílio de uma equipe multidisciplinar, podemos rastrear vestígios de violência doméstica no acolhimento, com perguntas diretas, realizada em um ambiente seguro para

se construir uma relação de confiança do paciente e o profissional de saúde; É importante, ainda, haver palestras destinadas ao nosso público-alvo, com informações sobre os conceitos de violência moral, patrimonial, sexual, psicológica e física. Devendo ser elucidados de maneira clara e objetiva, visando as mulheres de baixo nível socioeconômico.

2 Objetivos

2.1 Objetivo geral

Ofertar serviços especializados e continuados que possam contribuir para a proteção social imediata, atendimento interdisciplinar, fortalecer a relação familiar, reparar danos e prevenir a reincidência das violações dos direitos das mulheres.

2.2 Objetivos específicos

1. Rastrear vestígios de violência doméstica no acolhimento
2. Elaborar palestras destinadas ao nosso público-alvo, com informações sobre os conceitos de violência moral, patrimonial, sexual, psicológica e física.
3. Criar 'grupos de apoio', na Unidade de Saúde, com reuniões semanais, visitas domiciliares, palestras, atendimento psicológico e social.

3 Revisão da Literatura

A violência doméstica representa toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de um membro da família. Pode ser cometida dentro e fora do lar por qualquer um que esteja em relação de poder com a pessoa agredida, incluindo aqueles que exercem a função de pai ou mãe, mesmo sem laços de sangue (DAY V.P.; TELLES et al., 2003). A maior parte dos casos de violência acontece em casa (NEUMANN, 2002), afetando, sobretudo mulheres, crianças e idosos (BRAZ; CARDOSO, 2000). Entretanto a violência doméstica pode ocasionar danos diretos ou indiretos a todas as pessoas da família, nas várias fases de suas vidas.(DAY V.P.; TELLES et al., 2003)

Essa situação, que afeta em grande parte a mulher, apontada como a principal vítima dentro do lar, estima-se que, em todo o mundo, pelo menos uma em cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida onde o companheiro apresenta-se como o agressor mais comum.(MOREIRA et al., 2014).

A violência é associada frequentemente à “pobreza” e “desestruturação familiar” ou a características “patológicas” da vítima ou do agressor (SANTOS, 2005), demonstrando uma compreensão superficial dos aspectos culturais, históricos e sociais presentes.

Conforme dados do Instituto Maria da Penha, a cada 7.2 segundos uma mulher é vítima de violência física (GONÇALVES et al., 2016).

De acordo com o Instituto Patrícia Galvão, em 2013, 13 mulheres morreram todos os dias vítimas de feminicídio, isto é, assassinato em função de seu gênero. Cerca de 30% foram mortas por parceiro ou ex. Esse número representa um aumento de 21% em relação à década passada. Ou seja, temos indicadores de que as mortes de mulheres estão aumentando. O assassinato de mulheres negras aumentou (54%) enquanto o de brancas diminuiu (9,8%). Somente em 2015, a Central de Atendimento a Mulher (Ligue 180), realizou 749.024 atendimentos, ou 1 atendimento a cada 42 segundos. Desde 2005, são quase 5 milhões de atendimentos (IMAP, 2019). Os dados de violência contra a mulher no Estado do Espírito Santo em 2017 registraram 93 mulheres morreram em todo o Estado, sendo que 33 destes foram classificados como feminicídio, mais de 1/3 do total. De janeiro a setembro do mesmo ano, 11.591 boletins de ocorrência por agressão contra mulheres foram registrados nas Delegacias Especializadas em Atendimento à Mulher (DEAM) do Estado, o que dá uma média de 42 casos por dia. O Espírito Santo é um dos que mais registram casos de violência contra a mulher no Brasil.(IMAP, 2019).

Esse tipo de violência é considerado um problema de saúde pública, podendo levar a lesões, traumas e morte ou ocasionar impactos em longo prazo que afetam a qualidade de vida.

O projeto de lei (PL que garante o atendimento prioritário no Sistema Único de Saúde

(SUS) e no Sistema Único de Segurança Pública (Susp) para mulheres vítimas de violência doméstica foi aprovado pela Câmara dos Deputados no dia 21 de agosto. Segundo o PL, as mulheres também terão preferência na realização de cirurgias plásticas reconstrutoras entre casos de mesma gravidade, alterando a Lei Maria da Penha (Lei 11.340/06) e a Lei 13.239/15, que trata de cirurgias plásticas reparadoras de sequelas de lesões causadas por atos de violência contra a mulher. As leis vigentes não preveem a prioridade.

Em levantamento realizado pelo Datafolha, 1,6 milhão de mulheres foram espancadas ou sofreram tentativa de estrangulamento no Brasil, enquanto 22 milhões (37,1%) de brasileiras passaram por algum tipo de assédio. Os dados foram coletados entre fevereiro de 2018 e 2019. Entre os casos de violência, 42% ocorreram no ambiente doméstico. Após sofrer uma violência, mais da metade das mulheres (52%) não denunciou o agressor ou procurou ajuda. O projeto tramita em caráter conclusivo e ainda será analisado pelas comissões de Seguridade Social e Família; e de Constituição e Justiça e de Cidadania (AGÊNCIA CÂMARA DE NOTÍCIAS, 2019). (TOJAL *et al.*, 2016)

Do lado da atenção às vítimas existe insuficiência do sistema de saúde na sensibilização para diagnosticar e no treinamento para atender e encaminhar convenientemente mulheres nessa situação e ausência quase completa de abrigos para a proteção de mulheres em situação de risco. Os órgãos responsáveis pela proteção das vítimas e punição dos agressores – Delegacias Especiais de Atendimento às Mulheres (DEAMs), Institutos Médico-Legais (IMLs) e órgãos do judiciário, também têm encontrado fortes obstáculos ao cumprimento de sua função. A impunidade em relação aos crimes tem constituído incentivo a sua prática.

A atuação das equipes mostra a tendência a “medicalizar” a violência, com atitudes prescritivas e intervencionistas em relação à família (NUNES *et al.*, 2008). Outras pesquisas demonstraram que os profissionais, não raro, adotam uma atitude de omissão frente aos casos, não os tomando como objeto de seu trabalho. A atuação em equipe assume, então, caráter pontual e emergencial. No caso das situações de violência contra criança e adolescente, a denúncia ao Conselho Tutelar pelos profissionais é feita somente nos casos considerados mais graves.

O medo de sofrer represálias das famílias/comunidades, a insegurança quanto à atuação dos conselheiros tutelares e o medo de romper os vínculos construídos com as famílias são as principais justificativas para o baixo número de denúncias (ANDRADE *et al.*, 2011; KISS; SCHRAIBER, 2011; RAMOS; SILVA, 2011; CAVALCANTI; MINAYO, 2004; SANTOS, 2005)

Contribuições teórico-conceituais para pensar as violências e as práticas de saúde A escolha do cuidado como lente analítica expressa, neste texto, o esforço em auscultar no cotidiano das equipes práticas de contraponto (ou de resistência) às usuais estratégias de abordagem biopolítica, ou seja, centradas no controle disciplinar medicalizador das populações e dos corpos (MOREIRA *et al.*, 2014).

Uma atenção integral deve ser capaz de articular a assistência com um olhar sobre a prevenção, superando a fragmentação em troca da proposta de cuidado compartilhado em equipe (PINHEIRO; MATTOS, 2001). O ato de cuidar, segundo MERHY (2002), pressupõe uma mudança do modelo de atenção “procedimento centrado” para um modelo de atenção “usuário centrado”, tendo a defesa da vida do usuário como principal princípio norteador. Noutras palavras, o cuidado remete a uma prática que tem como objetivo principal a saúde do usuário tomado como sujeito, compreendendo-a como a ampliação de sua “reserva técnica” para enfrentar os desafios da vida, e não tomando os diagnósticos e os aspectos biológicos do adoecimento como centrais.

Estudos de Dutra et al. (2013), em três serviços que compõe a rede de a rede de proteção à mulher num Centro de Referência para mulheres em situação de violência doméstica evidenciaram que a violência contra às mulheres pelos seus parceiros impossibilita a manutenção dos vínculos sociais, colocando-as em situação de isolamento e fragilidade. Observaram que, à medida que aumentava o tempo de convívio do casal, os reflexos da violência física, psicológica e às vezes sexual iam transformando a configuração das suas redes sociais, que se tornava cada vez mais restrita e reduzida a atores com pouco poder para oferecer apoio. A restrição da rede sócio humana também restringiu e dificultou o acesso à rede sócio institucional.

Estudos de Santos; Freitas (2017), realizado com 12 mulheres em situação de violência doméstica perpetrada por parceiro íntimo, acompanhadas em centro de referência no atendimento à mulher, em Belo Horizonte, Minas Gerais demonstrou fragilidades dos serviços da rede, as diversas demandas da mulher em situação de violência que extrapolam o poder de resolutividade de um único setor. Observaram despreparo profissional para o acolhimento da mulher, despreparo de profissionais no momento da entrevista, falta de humanização no atendimento, quando não resolutivo, com interações que não encorajam a confiança, que não protegem as mulheres, que as expõem e as fragilizam ainda mais. O estudo também apontou falhas na resolutividade do atendimento, onde as falas revelam que, muitas vezes, a demanda da mulher quando está em busca de apoio nos serviços da rede não é atendida.

De acordo com Costa. Et al. (2013), entre os profissionais que presta atendimento às mulheres em situação de violência, existem barreiras formada pela própria vítima que, geralmente, vem embutida de vergonha, constrangimento, insegurança, medo, sendo este referido como o principal empecilho ao atendimento.

De acordo com os mesmos autores, a ausência de rede de apoio que ofereça oportunidades a essas mulheres para que estas sejam ressocializadas também é um problema que dificulta o atendimento. A desinformação da vítima, uma vez que a maioria das mulheres percebe a violência como natural, que vem incrustada na vida desta desde a infância, o que exige atendimento cuidadoso, principalmente pela dificuldade de mudar a cultura enraizada há anos, como relatado. A escassez de recursos humanos e materiais também

é realidade vivenciada em serviços de saúde e centros de apoio que prestam atendimento à mulher em situação de violência. Existem muitas deficiências da rede de saúde, e os profissionais detectaram necessidades que, de imediato, não poderiam ser resolvidas no contexto do centro de referência, havendo a necessidade de encaminhamento para outros serviços do Sistema Único de Saúde (SUS).

Gomes, et al. (2013) relatam que o desconhecimento acerca dos serviços de apoio à mulher em situação de violência é um empecilho para os encaminhamentos. Os profissionais desconhecem o funcionamento dos serviços, situação que contribui para o não encaminhamento. Os profissionais que atuam na rede de saúde sinalizam para a desarticulação dos serviços, o que compromete os encaminhamentos. Complementam ainda que uma das dificuldades apresentadas pela assistente social são as queixas retiradas pelas mulheres na Delegacia, onde depois de registrarem a ocorrência policial ficam com medo do agressor e das consequências que poderão sofrer pelos mesmos, e acabam retirando as denúncias dificultando assim o trabalho a ser realizado com a família da vítima. Isto devido às formas de condenação que ainda acontecem, pois o agressor não fica muito tempo preso, coagindo a vítima a continuar com o boletim de ocorrência.

Os grandes desafios enfrentados pela profissional são de auxiliar a vítima de violência doméstica na questão de abrigá-la em local seguro no primeiro momento da violência ocorrida, logo após garantir que levando em frente o boletim ocorrência não mais sofrerá agressões. Outro desafio é a independência emocional e financeira que a vítima tem com o agressor, fazendo com que a mesma fique acorrentada ao sendo sujeitada a constantes humilhações. Sem este porto seguro a vítima volta para a mesma condição de vida, pois não tem nenhuma garantia de que estará segura ou que possa garantir segurança aos filhos (IMAP, 2019).

A cultura enraizada ao longo dos anos pela sociedade machista fomentam a violência doméstica contra a mulher, uma vez que, a subordinação impõe a aceitação desse fenômeno por parte da maioria das mulheres vitimadas, que acabam por interiorizar essa condição sob peso da resignação construído culturalmente.

O medo é fator constante entre as mulheres acometidas com o mal da violência doméstica, e componente que impede a formação de uma identidade social emancipatória. Constitui-se rotina, que a violência contribua para que a mulher não consiga se perceber como ser social possuidor de direitos, o medo colabora para aniquilar sua capacidade crítica, e fazer com que a mulher entenda sua condição de vítima, de isolamento social. Ao contrário da percepção, o medo cria na mulher a baixo-auto – estima, a vergonha, e o não autor despeito, deixando graves sequelas, não somente no corpo, mas principalmente na alma das mulheres (GONÇALVES et al., 2016)

Conforme Saffioti; Almeida (1995), feridas no corpo podem ser tratadas com êxito num grande número de casos, todavia as probabilidades de sucesso, em termos de cura da alma, são muito reduzidas e em grande parte dos casos, não se obtém nenhum êxito.

4 Metodologia

Este projeto de caracteriza como um Plano de intervenção com foco na violência doméstica existente na área de abrangência da Unidade Regional de Serra que atua como referência a Unidades de Saúde Básicas.

Um plano de intervenção significa unir a teórica e a prática, a intervir no território de modo a olhar para o problema que a população está enfrentando (UFSC, 2016),

O projeto irá abranger toda a comunidade e arredores, com população média estimada de 18.000 pessoas, pois recebe vários pacientes de outros bairros, pois estão constantemente sem médicos em suas unidades básicas.

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.

Foi realizado um aprofundamento teórico por meio de artigos e publicações na base de dados da SciELO, na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e publicações do Ministério da Saúde.

O Plano de Intervenção foi elaborado com base nos objetivos deste estudo que é ofertar serviços especializados e continuados que possam contribuir para a proteção social imediata, atendimento interdisciplinar, fortalecer a relação familiar, reparar danos e prevenir a reincidência das violações dos direitos.

O projeto abrange toda a equipe multidisciplinar que farão parte das ações para elaborar estratégias e rastrear vestígios de violência doméstica no acolhimento. Serão realizadas também, palestras destinadas ao público-alvo, com informações sobre os conceitos de violência moral, patrimonial, sexual, psicológica e física. Devendo ser elucidados de maneira clara e objetiva, visando as mulheres de baixo nível socioeconômico.

As ações foram construídas de acordo com cada etapa do projeto, conforme quadros a seguir:

Quadro 1: Ação estratégica para o projeto “ Aprender para atender” da Unidade Regional de Saúde de Serra/ES.

Quadro 2: Ação estratégica para o projeto “ Acolhimento Especializado” da Unidade Regional de Saúde de Serra/ES.

Quadro 3: Ação estratégica para o projeto “ Tudo de bom ficar bem” da Unidade Regional de Saúde de Serra/ES.

Quadro 4: Ação estratégica para o projeto “ Saber é o melhor Caminho” da Unidade Regional de Saúde de Serra/ES.

Ação	Capacitação da Equipe para escuta qualificada e identificação de indícios e sinais de violência.
Projeto	<i>Aprender para atender</i>
Produtos esperados	Educação continuada de toda a equipe; Atendimento qualificado.
Recursos necessários	Físicos: Sala de aula para educação continuada e avaliação de aprendizagem. Financeiro: recursos audiovisuais. Cognitivos: Secretaria de Assistência; Secretaria de Segurança Pública e CAPs
Recursos críticos	Organizacional: Disponibilidade de horário dos profissionais.
Controle dos recursos críticos	Médica e enfermeiro Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Criar ambiente agradável de socialização e entrosamento entre a equipe; Trazer para conhecimento da equipe as principais causas da violência doméstica e os problemas que traz para a vida pessoal e da comunidade; Criar um olhar mais ampliado do profissional para uma provável vítima de violência doméstica.
Prazo	Início: 1 semestre 2021 Término: Contínuo
Responsáveis pelo acompanhamento	Médica e enfermeira da equipe.
Processo de monitoramento e avaliação	Médica e enfermeira da equipe.

Ação	Acolhimento direcionado para a identificação de indícios de violência doméstica
Projeto	<i>Acolhimento Especializado</i>
Produtos esperados	Acolhimento e atendimento qualificado por meio da escuta especializada; Protocolo de acolhimento, investigação e direcionamento das vítimas; Acompanhamento contínuo da vítima de violência
Recursos necessários	Físicos: Consultório, Sala reservada, casas de apoio Financeiro: sem custo. Cognitivos: Secretaria Municipal de Saúde, CAPs, Secretaria Municipal de Assistência Social, CRASS
Recursos críticos	Psicológicos e sociais: Dificuldade das vítimas em relatar a violência. Estruturais: Abrigo das vítimas em caso de urgência
Controle dos recursos críticos	Médica, Psicólogo, enfermeira e Assistente Social Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Criar relação de confiança entre profissional e vítima; Demonstrar para vítima, de forma segura e direta, que ela será assistida com relação aos aspectos físicos, psicológicos e social; Encaminhamento e abrigo das vítimas
Prazo	Início: 1 semestre 2021 Término: Contínuo
Responsáveis pelo acompanhamento	Médica Psicólogo Assistente Social Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação	Médica e enfermeira da equipe.

Ação	Encaminhamento e atendimento especializado para as vítimas de violência doméstica
Projeto	<i>Tudo de bom ficar bem</i>
Produtos esperados	Acompanhamento com profissionais especializados (ginecologista, psicólogos, assistente social, etc.) Aumento da qualidade de vida e relacionamento familiar
Recursos necessários	Organizacionais: Agenda dos profissionais Financeiro: sem custo. Cognitivos: CAPs, Secretaria Municipal de Saúde; CRASS
Recursos críticos	Organizacionais: Agenda dos profissionais Pessoais: Aceitação da vítima para o acompanhamento
Controle dos recursos críticos	Médica e enfermeira Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Compromisso e comprometimento dos profissionais com relação ao programa; Abrir horários específicos nas agendas para o atendimento; Incentivo às vítimas de violência doméstica em aceitar o acompanhamento
Prazo	Início: 1 semestre 2021 Término: Contínuo
Responsáveis pelo acompanhamento	Médica Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação	Médica Enfermeira

Ação	Campanhas educativas envolvendo toda a comunidade para aumentar o nível de conhecimento sobre a rede de apoios os direitos da vítima de violência doméstica
Projeto	<i>Saber é o melhor caminho</i>
Produtos esperados	Campanhas educativas Palestras informativas Rodas de conversas Rede comunitária de diálogo e apoio
Recursos necessários	Organizacionais: Espaço para as atividades Financeiro: áudio visual, materiais impressos e lúdicos. Cognitivos: CRASS, Secretaria Municipal de Saúde
Recursos críticos	Organizacionais: Adequar espaço na Unidade de Saúde e horários dos profissionais
Controle dos recursos críticos	Médica e enfermeira Motivação: Favorável.
Ações estratégicas	Campanhas educativas por meio de banners, folders que serão distribuídos durante o atendimento na Unidade de Saúde. Serão disponibilizados materiais impressos na recepção e por panfletagem e também nas visitas domiciliares; Palestras informativas mensais, reunindo pessoas do grupo de risco e voluntários para a disseminação da informação. Grupos de apoio quinzenal.
Prazo	Início: 1 semestre 2021 Término: Contínuo
Responsáveis pelo acompanhamento	Médica Enfermeira
Processo de monitoramento e avaliação	Critério de adesão ao grupo para observar se há envolvimento do público alvo: Após 1mês de implantação e divulgação do grupo: 0 a 20 pessoas (ruim), 20-40 pessoas (regular), 40-60 pessoas (bom), >60 pessoas (ótimo).

5 Resultados Esperados

No Brasil, de acordo com a Abrasco (ABRASCO, 2020), a função do Sistema Único de Saúde (SUS) deve ir além do cuidado imediato aos danos físicos e emocionais. Os serviços de Atenção Primária à Saúde são uma porta de entrada no sistema e mantêm contato com praticamente a totalidade da população feminina ao longo da vida. Podem reconhecer o problema, acolher a vítima e referir para a rede especializada de justiça, assistência social, segurança pública, trabalho e moradia, a fim de garantir os direitos das mulheres.

O sistema de saúde também deve atuar na prevenção do fenômeno, documentando a violência contra as mulheres, enfatizando a importância de combater o ato e defendendo ações coordenadas com outros setores. Quando a violência já ocorreu, o sistema de saúde deve identificar os sinais nas vítimas; acolhê-las e oferecer cuidados imediatos e contínuos para problemas de saúde – incluindo saúde mental; fazer a conexão com outros serviços legais e de suporte, para garantir assistência jurídica e outras necessidades, como habitação ou no caso do Brasil, até mesmo o acesso aos programas de transferência de renda, como o Programa Bolsa Família. Também é essencial que os sistemas implementem políticas internas de qualificação e diálogo para os seus trabalhadores, a fim de que eles enfrentem tanto barreiras individuais quanto estruturadas socialmente e possam, de fato, amparar as mulheres (ABRASCO, 2020) (SENADO, 2017).

Assim sendo, com a implantação deste Plano de Intervenção na Unidade Regional de Serra Sede, espera-se a comunidade se beneficie com a diminuição de violência doméstica.

Dessa forma, se pode vislumbrar os resultados esperados com a implantação das ações como:

- Consolidar o serviço de atendimento comunidade;
- Capacitação e educação continuada da equipe sobre o problema da violência doméstica;
- Criação e renovação contínua de estratégias por parte da equipe multiprofissional;
- Humanizar o atendimento;
- Conscientização da população sobre as principais causas da violência doméstica como uso abusivo de álcool, drogas ilícitas, falta de estrutura familiar, etc.
- Redução do índice de violência doméstica;
- Maior sensibilização da comunidade para os riscos e consequências da violência doméstica;

- Maior adesão das vítimas ao serviço de atenção a ser criado para o atendimento específico;
- Acesso das Vítimas às Políticas Públicas e aos Programas governamentais com relação à segurança e renda;
- Melhora na qualidade de vida da comunidade.

Referências

- ABRASCO, A. B. de S. C. *Epidemia invisível: qual o papel do SUS frente à violência contra as mulheres?* 2020. Disponível em: <<https://www.abrasco.org.br/site/noticias/saude-da-populacao/epidemia-invisivel-qual-o-papel-do-sus-no-combate-a-violencia-contras-mulheres/45504/>>. Acesso em: 18 Ago. 2020. Citado na página 25.
- DAY V.P.; TELLES, L. Z. P. A. M. M. D. S. M. e. a. et al. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *R. Psiquiatr.*, p. 9–21, 2003. Citado na página 15.
- GONÇALVES, T. A. et al. *Feminicídio*. São Paulo: agencia patricia galvao, 2016. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- IMAP, I. M. de A. P. *VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA TERÃO PRIORIDADE NO SUS*. 2019. Disponível em: <<http://www.imap.org.br/noticias/view/vitimas-de-violencia-domestica-terao-prioridade-no-sus>>. Acesso em: 20 Ago. 2020. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 18.
- MOREIRA, T. das N. F. et al. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família: Dossiê violência: questão de interface entre a saúde e a sociedade. *Saude e sociedade*, p. 30–38, 2014. Citado 2 vezes nas páginas 15 e 16.
- SENADO, A. *AGENCIA SENADO. SUS terá atendimento para mulheres e vítimas de violência doméstica e sexual*. 2017. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2017/03/31/sus-tera-atendimento-para-mulheres-e-vitimas-de-violencia-domestica-e-sexual>>. Acesso em: 15 Jul. 2020. Citado na página 25.
- TOJAL, A. L. S. et al. Rede de enfrentamento à violência contra a mulher: situação dos serviços especializados no município de maceió. *Revista Brasileira de Tecnologias Sociais*, p. 13–22, 2016. Citado na página 16.
- UFSC, U. F. de S. C. *Metodologia*. Florianópolis: ufsc, 2016. Citado na página 19.