

É POSSÍVEL PREVENIR A VIOLÊNCIA? Percepções de Mulheres e Homens Usuários da Estratégia Saúde da Família

Victoria Leslyê Rocha Gutmann¹
Camila Daiane Silva²
Cristiane Lopes Amarijo³

RESUMO

Este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de mulheres e homens usuários da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da violência. Trata-se de um estudo descritivo, qualitativo, realizado com 32 pessoas usuárias de oito Estratégias de Saúde da Família em um município localizado ao sul do Rio Grande do Sul. As informações foram coletadas por meio de entrevistas e analisadas posteriormente pelo *software IRaMuTeQ*. Os resultados evidenciaram que, por sua complexidade, a violência é de difícil prevenção, porém imprescindível. Entre as estratégias e atitudes para a prevenção, foram elencados o policiamento e as mudanças individuais de comportamento. Em relação aos serviços e leis, os participantes remeteram-se à polícia, à Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e à Lei Maria da Penha. As unidades de saúde e a Educação também foram citadas na prevenção da violência. Acredita-se que a pesquisa tornou possível pensar em ações e estratégias mais viáveis em relação ao enfrentamento e prevenção das situações de violência que, por respeitarem as demandas dos indivíduos, poderão ser mais eficazes e resolutivas.

Palavras-chave: violência; prevenção primária; Estratégia Saúde da Família; gênero e saúde.

IS IT POSSIBLE TO PREVENT VIOLENCE? PERCEPTIONS OF WOMEN AND MEN USING THE FAMILY HEALTH STRATEGY

ABSTRACT

This study aimed to know the perception of women and men users of the Family Health Strategy about the prevention of violence. This is a descriptive, qualitative study carried out with 32 people using eight Family Health Strategies in a municipality located in the south of Rio Grande do Sul. The information was collected through interviews and later analyzed by the *IRaMuTeQ* software. The results showed that, due to its complexity, violence is difficult to prevent but essential. Among the strategies and attitudes for prevention, policing and individual behavior changes were listed. Regarding services and laws, the participants referred to the police, the Specialized Police Station for Assistance to Women, and the Maria da Penha Law. Health units and Education were also mentioned in the prevention of violence. It is believed that the research made it possible to think of more viable actions and strategies in relation to confronting and preventing situations of violence that, by respecting the demands of individuals, may be more effective and resolute.

Keywords: violence; primary prevention; Family Health Strategy; gender and health.

Submetido em: 1º/6/2022

Aceito em: 31/8/2022

¹ Autora correspondente: Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Rua Delfino Conti Trindade. CEP 88040370 – Florianópolis/SC, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/1898758265991130>. <https://orcid.org/0000-0002-3457-7620>. victorialeslye@gmail.com.

² Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/9735001000722376>. <https://orcid.org/0000-0002-0739-4984>

³ Universidade Federal do Rio Grande – Furg. Rio Grande/RS, Brasil. <http://lattes.cnpq.br/2786971694751653>. <https://orcid.org/0000-0002-4441-9466>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que são muitas as formas de ocorrência da violência, de modo que o seu conceito, por mais abrangente que seja, não abarca completamente todas as suas dimensões. Destaca-se alguns desses conceitos, como o da Organização Mundial da Saúde, a qual define violência como o uso intencional do poder contra si mesmo, outra pessoa ou um grupo, que resulte em lesão, morte, sofrimento, dano ou privação (WHO, 2002).

Assim, a violência, de um modo geral, caracteriza-se por ser um fenômeno complexo, multifacetado e cíclico em termos históricos, sociais e culturais, tendo impacto direto na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos e seus familiares no que se refere aos anos potenciais de vida perdidos, bem como nos gastos financeiros com tratamento de agravos, além das repercussões para toda a sociedade em termos de morbimortalidade (CAVALER; MACARINI, 2020; ROCHA; GALELI; ANTONI, 2019).

Logo, esse fenômeno, considerado um problema de saúde pública, vem se tornando objeto de estudo e campo de atuação necessário e atual, uma vez que também constitui demanda crescente para os serviços de saúde e acarreta impactos importantes na vida de homens e mulheres envolvidos, incluindo o processo saúde-doença e social de produção e reprodução (RODRIGUES *et al.*, 2018). Ressalta-se, ainda, o que Pereira e Maciel (2022) apontam acerca das consequências negativas da violência, as quais não atingem somente as pessoas em situação de violência, mas também os seus autores, uma vez que a violência atua diretamente nos processos de socialização e de aprendizagem e, conseqüentemente, na naturalização e na transmissão intergeracional da violência.

Independentemente do sexo, estima-se, globalmente, que 477 mil pessoas foram vítimas de assassinato no ano de 2016, número mais expressivo que as mortes por guerras e conflitos, as quais representaram 180 mil pessoas. O continente Americano apresenta os maiores índices mundiais de homicídios, onde dos dez países com as taxas mais elevadas, oito são da América, especialmente da região Sul desse continente. Dentre os 195 países pesquisados, o Brasil ocupa a nona posição, perdendo para Honduras, Venezuela e El Salvador, países com os índices mais elevados (WHO, 2018).

No Brasil, o Estado do Rio Grande do Sul está entre os 11 que apresentam crescimento gradativo da violência letal nos últimos dez anos, com aumento de 58% de homicídios de 2006 para 2016, perdendo para os Estados de Sergipe, Alagoas e Rio Grande do Norte. Quanto ao feminicídio, os Estados que apresentam os maiores índices são, respectivamente, Roraima, Pará e Goiás. Já o Rio Grande do Sul ocupa a 14ª posição, apesar de um aumento de 90,1% dos casos nos últimos dez anos (BRASIL, 2020).

Ainda que qualquer pessoa possa estar no papel de vítima ou agressor, os grupos mais vulneráveis a sofrerem violência são crianças, adolescentes, mulheres, idosos, homossexuais e portadores de deficiência (SANTO; SANTOS, 2020). As relações de gênero desempenham papel fundamental na produção de prejuízos à saúde desses indivíduos, uma vez que os homens, além de vítimas, estão mais envolvidos na autoria da violência, de modo que no Brasil, em 2018, foram registrados 30.873 assassinatos do sexo masculino, em contrapartida dos 4.519 casos registrados do sexo feminino,

as quais, surgem, predominantemente, como vítimas e, em menor proporção, como autoras da violência (BRASIL, 2020).

Ainda, a violência contra as mulheres possui um caráter peculiar. Enquanto os homens são vítimas de violência principalmente em espaços públicos, tendo como agressores, geralmente, colegas e amigos, as mulheres, crianças e idosos, sofrem violência no próprio lar, praticado, na maioria das vezes, por seus parceiros ou ex-parceiros e familiares, ou seja, indivíduos que as deveriam proteger (SANTO; SANTOS, 2020).

As consequências da violência podem ocorrer de modo que deixem marcas físicas, como lesões e ferimentos, e/ou internas, simbólicas e traumáticas, envolvendo quadros de depressão, ansiedade e distúrbios do sono, por exemplo (ALVES *et al.*, 2020). Destaca-se que a violência não se traduz apenas na forma física, mas também abrange as manifestações verbais, psicológicas, sexuais, morais e patrimoniais, que, por vezes, se inter-relacionam em uma mesma situação. Assim, por sua complexidade, a violência envolve diferentes necessidades, e, por isso, são essenciais as intervenções dos mais variados setores da sociedade.

Nesse sentido, são fundamentais as ações e as estratégias que incluam as áreas da saúde, educação, assistência social e justiça, por exemplo. Especificamente, as ações de saúde pública podem ser divididas em quatro tipos: prevenção primordial, primária, secundária ou terciária. A prevenção primordial refere-se ao impedimento do desenvolvimento de fatores de risco que predisõem a diferentes tipos de violência. A prevenção primária visa a prevenir a ocorrência, limitando os fatores de risco. O nível secundário, por sua vez, busca detectar o problema precocemente e prevenir a progressão ou sua recorrência. Finalmente, a prevenção terciária destina-se a atuar na recuperação e reabilitação, minimizando a gravidade do sofrimento ou prevenindo a morte ou a invalidez (ELLSBERG *et al.*, 2014). As prevenções primordial e primária são fundamentais para a redução da violência a longo prazo. O processo de mudança de crenças sociais, que estão profundamente enraizadas, porém, é mais lento e faz com que intervenções secundárias e terciárias sejam bastante utilizadas na abordagem dos casos agudos de violência (KIRK *et al.*, 2017).

O cuidado com a saúde vai além dos efeitos da violência ao priorizar a pessoa e sua visão de mundo, bem como seus costumes, hábitos e valores adquiridos ao longo da vida. Romper paradigmas implica práticas mais humanizadas, adaptadas e imersas na realidade local, posto que o papel dos profissionais da saúde no enfrentamento da violência transcende as intervenções medicamentosas e sintomáticas, englobando, também, medidas de prevenção, atenção integral e trabalho em rede (MENDONÇA *et al.*, 2020).

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) constitui a principal forma de ingresso da população na Rede de Atenção à Saúde (RAS) do Sistema Único de Saúde (SUS) (NONATO *et al.*, 2020). A APS desempenha um papel central ao coordenar a comunicação entre os diversos pontos da RAS, capaz de abordar uma ampla gama de fatores estruturais para a violência (socioeconômicos, culturais, familiares, comunitários, individuais e de gênero), promovendo uma abordagem abrangente para prevenir e enfrentar este problema (MENDONÇA *et al.*, 2020). Ainda, a APS pode contar com a

Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual se destaca por sua posição privilegiada, uma vez que está localizada nos territórios, favorecendo o diálogo horizontal e dinâmico com seus usuários (MENDONÇA *et al.*, 2020; BRASIL, 2017).

Assim, conhecer as percepções de um grupo ou comunidade acerca da prevenção da violência permite saber suas necessidades, anseios, medos, tornando-os elaboradores de um pensamento social, crítico e reflexivo para a mudança de suas realidades. Nesse sentido, questiona-se: Qual a percepção de mulheres e homens usuários da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da violência? Para responder essa questão, este estudo teve como objetivo conhecer a percepção de mulheres e homens usuários da Estratégia Saúde da Família acerca da prevenção da violência.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, realizado em oito unidades de ESF na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. Destaca-se que a Secretaria de Saúde do município disponibilizou uma lista com todas as 25 unidades de saúde vinculadas à ESF na época da coleta de dados, de modo que foram selecionados as oito primeiras, convidando-se a participar, aleatoriamente, quatro pessoas usuárias de cada unidade, sendo duas mulheres e dois homens, totalizando 32 participantes, considerando que o quantitativo de 25 a 30 participantes permite uma compreensão mínima para estudos que se utilizam de entrevistas em profundidade, permitindo, assim, o estabelecimento de uma resposta qualificada à pergunta de pesquisa (DWORKIN, 2012).

Elaborou-se um roteiro próprio de entrevista, semiestruturado, contendo questões sobre a caracterização dos participantes e a temática da violência em geral, por meio de perguntas norteadoras abertas, tais como: “Você acredita que a violência possa ser prevenida? Se sim, com quais estratégias e atitudes?”, “Você conhece algum serviço de prevenção e atendimento da violência?”, “Você conhece alguma lei que aborde a temática da violência?”, “Como essa unidade de saúde poderia contribuir para o enfrentamento da violência?”

O período de coleta das informações ocorreu entre janeiro e abril de 2019. A coleta foi acordada com o profissional responsável de cada ESF, realizada em uma sala reservada, de modo a respeitar o sigilo e a privacidade de cada participante. O convite aos participantes ocorreu por meio da abordagem aos usuários que estavam presentes na ESF, convidando-os a participar após terem suas necessidades atendidas no serviço, sendo realizadas as entrevistas no mesmo dia em que ocorreu o convite. Após o convite, cada um dos participantes foi esclarecido acerca do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, expressando aceite mediante assinatura. As entrevistas foram gravadas em áudio, com tempo de duração médio de 30 minutos.

As 32 pessoas participantes atenderam aos critérios de inclusão, que eram ter idade igual ou superior a 18 anos e não possuir limitações cognitivas de fala, compreensão e audição. As pessoas que buscaram a unidade de saúde em situação de emergência foram excluídas. Preservando-se o compromisso com a sua confidencialidade e anonimato, os participantes foram identificados pela inicial “P” de “Pessoas”, seguido do número da ordem de realização da entrevista (P1, P2, P3...), além da caracterização se sexo Feminino (F) ou Masculino (M).

Para o tratamento dos dados foi utilizado o *software IRaMuTeQ (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires)* 0.6 alpha 3, desenvolvido por Pierre Ratinaud, o qual possibilita a realização de análises estatísticas sobre dados textuais, fornecendo contextos e classes com conteúdo a partir da semelhança dos seus vocabulários. Os critérios para inclusão dos elementos em suas respectivas classes é a frequência maior que a média de ocorrências no *corpus* e a associação com a classe determinada pelo valor de qui-quadrado igual ou superior a 3.84. A partir do cruzamento dos segmentos de textos, aplicou-se o método da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), o qual permite a formação de um esquema hierárquico de classes, de modo que os pesquisadores possam inferir acerca do conteúdo, nomear as classes e compreender os discursos (SOUSA *et al.*, 2020). A pesquisa obteve parecer aprovado do Comitê de Ética em Pesquisa, sob nº 264/2018 e C.A.A.E. nº 03758918.1.0000.5324, respeitando os aspectos éticos em pesquisa com seres humanos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 510/2016.

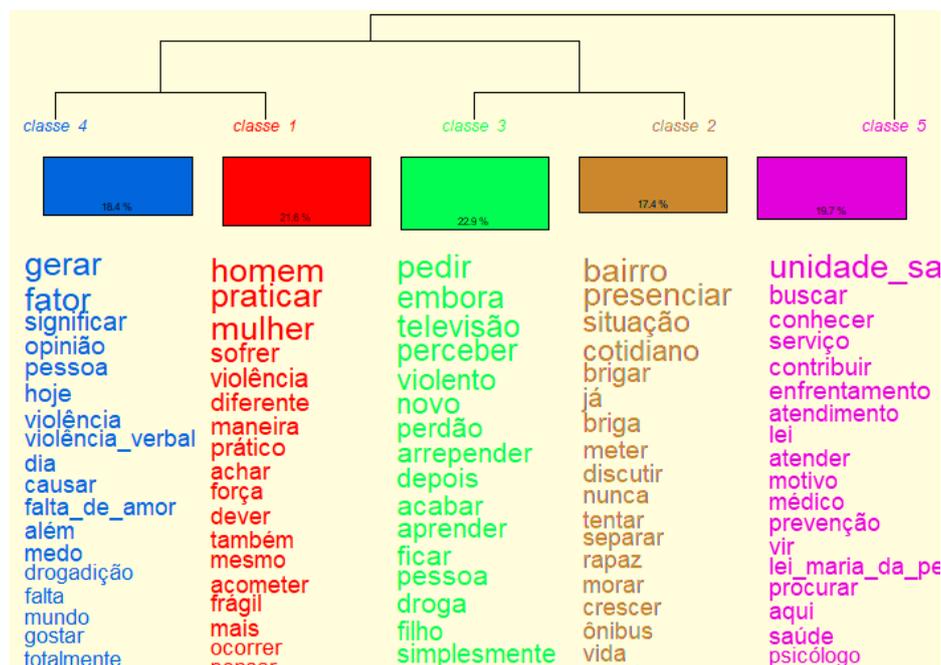
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 32 participantes do estudo tinham entre 20 e 71 anos, prevalecendo a faixa etária de 20 a 40 anos (62,5% para mulheres e 68,75% para homens). A cor autodeclarada que predominou foi a branca (62,5% em mulheres e 75% em homens), seguida da preta (37,5% e 25%). Quanto à orientação sexual, 97% se declararam heterossexuais. No que se refere à escolaridade, 37,5% das mulheres possuíam Ensino Fundamental, e outras 37,5% Ensino Médio, enquanto 62,5% dos homens possuíam o Ensino Médio. Do total de participantes, 50% das mulheres e 75% dos homens estavam empregados. A maior parte das mulheres (68,75%) e dos homens (75%) possuía companheiro(a) e filhos (81%), sendo de um (35%) a dois (25%). Quanto à religião, os participantes se declararam, respectivamente, evangélicos (28%), umbandistas (19%), sem religião (19%), católicos (16%) e espíritas (16%).

O *corpus* geral foi constituído por 32 textos, separados em 696 Segmentos de Texto (ST), com aproveitamento de 593 desses STs, o que corresponde a 85,2%. Emergiram 24.549 ocorrências (entre palavras, formas ou vocábulos), sendo 2.755 palavras distintas e 1.391 com uma única ocorrência. Para inferir acerca do conteúdo, nomear as classes e compreender os discursos, aplicou-se a CHD. Assim, surgiram cinco classes para apreciação: classe 1, com 128 STs (21,6%), classe 2, com 103 STs (17,4%), classe 3, com 136 STs (22,9%), classe 4, com 109 STs (18,4%) e classe 5, com 117 STs (19,7%), conforme ilustra a Figura 1.

Cabe salientar que este estudo abordará a classe cinco, a qual representa 19,7% do *corpus* analisado. Nessa classe, os participantes abordaram a prevenção da violência bem como os serviços, leis de prevenção, atendimento e a contribuição da unidade de saúde para o enfrentamento dessa problemática. Assim, a análise desta classe resultou em três categorias, respectivamente denominadas de “Policiamento, educação e mudança individual para a prevenção da violência”; “Serviços e leis para prevenção da violência: (des)conhecimento”; e “As unidades de saúde na prevenção da violência”.

Figura 1 – Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Elaboração das autoras no Software IRaMuTeQ.

POLICIAMENTO, EDUCAÇÃO E MUDANÇA INDIVIDUAL PARA A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA

Apesar da dificuldade em prevenir a violência, os participantes reconheceram a complexidade e a importância em preveni-la. As principais estratégias e atitudes necessárias para a prevenção elencadas pelos participantes foram o policiamento e a compreensão de quem comete o ato violento.

Olha, na época que a gente está vivendo acho muito difícil [se referindo à prevenção da violência] (P25-F).

A esperança de todo morador, toda comunidade, era que não houvesse violência, mas hoje em dia, com a situação que está, é complicado (P27-M).

A violência pode ser prevenida com mais policiamento, mais ronda policial (P26-M).

Acho que a violência poderia ser prevenida com mais policiamento, segurança e vergonha na cara de todo mundo (P6-M).

Tem como prevenir se mudar algumas atitudes, como prender as pessoas que cometem violência (P13-F).

Uma pesquisa realizada em Minas Gerais, com o objetivo de comparar vivências e percepções de usuários e profissionais de saúde relativas à violência no âmbito da APS, evidenciou que a visão dos dois grupos é semelhante ao acreditar que seja possível prevenir a violência. A maior parte dos entrevistados reconheceu que a abordagem dessa problemática é uma função da atenção básica (RODRIGUES *et al.*, 2018). Por se tratar de um problema complexo, portanto, não pode ser reduzido unicamente a estratégias de segurança pública e punição, mas é fundamental unir diversas áreas e setores de forma interdisciplinar em diferentes frentes e iniciativas no enfrentamento das situações de violência (BEIRAS; NASCIMENTO; INCROCCI, 2019).

Ainda, na percepção dos participantes, a educação social e a mudança de comportamentos individuais desde a infância são importantes para a prevenção da violência.

Acredito que a educação é a base de tudo, desde a criança que é bem educada pelos pais, bem tratada. Sou professor, então acredito que a criança precisa de um processo de aprendizagem para conviver em sociedade, começando desde a infância até a fase adulta, é a melhor forma de prevenir (P17-M).

Sobre a violência ser prevenida, acho que pode, tendo o diálogo, programas de diálogo (P19-F).

Eu acho que tem como evitar, depende das atitudes da gente também (P7-F).

Depende [...] tudo depende da cabeça da pessoa (P24-F).

A cultura de paz propõe-se a estimular e incentivar que a conquista da democracia seja construída mediante a comunicação, o diálogo, a educação e o respeito, resultando na resolução eficaz dos conflitos e na construção da cidadania. A abordagem da violência precisa levar em consideração seus múltiplos níveis de determinação, micro ou macroestruturais e culturais, transformando verdadeiramente os comportamentos individuais e a realidade social (BELGA; SILVA; SENA, 2017). Para tal, é fundamental que ocorra maior vínculo entre a Saúde e a Educação, a exemplo do Programa Saúde na Escola, uma vez que a dificuldade de acesso aos direitos e as oportunidades sociais, somadas a um ambiente violento, em que, não raras vezes, são expostos, colocam crianças e adolescentes em situação de risco e vulnerabilidade à essa violência (GOMES; BITTAR; BERETTA, 2019).

Assim, a escola, em conjunto com os serviços de saúde, pode atuar na promoção da cultura da paz, uma vez que a educação em saúde é uma potente ferramenta transversal que, quando atrelada às ações interdisciplinares, soma-se na contribuição da redução dos estereótipos de gênero, na prevenção da violência e das desigualdades sociais (GAMA; ANASTÁCIO; MIRANDA, 2022). Logo, apesar do desafio em sua prevenção, os indivíduos acreditam que estratégias e ações, inclusive próprias e individuais, precisam ser colocadas em prática, desde a infância, por meio da educação social e também de medidas corretivas e punitivas a quem comete atos violentos.

Serviços e leis para prevenção da violência: (des)conhecimento

A percepção de mulheres e homens sobre a prevenção da violência relaciona-se ao serviço prestado pela polícia. Apesar da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (Deam) e serviços de atenção básica também serem elencados, o desconhecimento sobre os serviços ainda prevalece.

Não conheço nenhum serviço que atenda ou previna a violência (P20-F).

O serviço de prevenção e atendimento que conheço é a polícia (P1-F).

Os serviços de atendimento e prevenção da violência que conheço são a delegacia da mulher e a delegacia de polícia (P15-F).

Sobre os serviços de prevenção e atendimento da violência já ouvi falar na delegacia da mulher, mas nunca precisei ir lá. Acho que a UBS e o Caps também podem ajudar [...] (P9-F).

Eu sei que nos Cras tem atendimento para a mulher, tem psicólogo, não sei se tem algum trabalho específico para essa questão da violência, porque nunca procurei. Algumas igrejas também trabalham com as mulheres. E eu sei que tem as casas de apoio à mulher que é agredida, onde as mulheres vão para lá e a identidade delas e o endereço da casa não são revelados [...] (P23-F).

Em relação à Deam, no Brasil, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher foi criada em 1985 no Estado de São Paulo (SOUZA; CORTEZ, 2014). Essas Delegacias tornaram-se o principal serviço destinado à apuração de infrações cometidas contra a mulher. Compete às Deams a instauração dos inquéritos policiais que servirão como instrumento para sustentação da queixa e aplicação da Lei (CAVALER; MACARINI, 2020). Tanto as delegacias quanto os demais serviços, tais como juizados, abrigos, centros de referência, entre outros, carecem de profissionais treinados e em número adequado para acolher e intervir nas demandas, uma vez que não são encontrados do mesmo modo e proporção pelo país. A eficácia dos serviços depende não apenas do desempenho isolado de cada um deles, mas também do grau de articulação em rede desses dispositivos (COIMBRA; RICCIARDI; LEVY, 2018).

Na percepção da prevenção da violência, os participantes elencaram a Lei nº 11.340 de 2006, mais conhecida como Lei Maria da Penha (LMP), evidenciando que, embora não conheçam integralmente seu conteúdo, essa lei está no imaginário social. Além disso, os participantes exprimiram sua percepção sobre a efetividade da referida lei.

A toda falada é a [Lei] Maria da Penha, mas sei que existem outras para outros tipos de violência. Se vai ser cumprida não sei, mas sei que existe (P9-F).

Conheço a lei Maria da Penha, a lei do abuso sexual infantil, do abuso de poder e do assédio sexual dentro do trabalho... (P1-F).

Conheço a lei contra o tráfico e a lei Maria da Penha (P12-M).

Conheço a lei Maria da Penha, mas no meu ponto de vista não serve para muita coisa [...], as mulheres vão quase dez vezes na delegacia e o homem continua perseguindo, então não adianta nada (P14-M).

Sobre as leis, só conheço a lei Maria da Penha, mas não sei como funciona (P5-F-L).

Conheço a lei Maria da Penha, que surgiu por causa de uma mulher que sofreu bastante (P31-F).

A Lei Maria da Penha, instituída em 2006, define violência contra a mulher (VCM) como toda ação ou omissão ancorada na desigualdade de gênero, que ocasione dano psicológico, físico, sexual, moral ou patrimonial à mulher, levando inclusive à sua morte (BRASIL, 2006). Essa definição trouxe para o ordenamento jurídico instrumentos mais rigorosos em relação aos autores da VCM, posto que deixou de ser considerado crime de menor potencial ofensivo, o qual possuía como punição o pagamento de cestas básicas ou serviços comunitários (MENEHEL *et al.*, 2013).

Apesar desse mecanismo legal, criado para coibir e prevenir a violência contra a mulher, os números de violência permanecem elevados (BRASIL, 2020). Mesmo após a expedição das medidas protetivas de urgência, das quais também tratam a LMP, muitos homens permanecem coagindo as mulheres, o que evidencia uma cultura de impunidade que ameaça e coloca em risco a vida delas (CARNEIRO *et al.*, 2019).

As diretrizes da LMP priorizam o enfrentamento da violência doméstica e familiar a partir de três eixos – prevenção, punição e assistência à mulher. Apesar disso, observa-se que o Estado se organiza de forma fragmentada, priorizando a punição ao agressor. Essa resposta, unicamente legislativa e penal, possui caráter reducionista que dificulta a abordagem da violência de gênero de maneira aprofundada, isto é, que busque transformar as estruturas das quais ela decorre (BAÊTA; NETO, 2016).

Cabe ressaltar que, embora a LMP tenha sido a mais lembrada pelos participantes, crianças e pessoas idosas, assim como as mulheres, também estão entre as maiores vítimas da violência que, geralmente, é oculta por ocorrer no âmbito doméstico. Assim, a segurança, a justiça, a Defensoria Pública, as Varas da Infância e Juventude, o Conselho Tutelar e de Direitos, as Unidades de Saúde, os Centros de Referência de Assistência Social, os Centros de Referência Especializada de Assistência Social e as entidades da sociedade civil e comunidade, como empresas, universidades, escolas e demais locais, podem promover essas discussões, tratando acerca da legislação vigente, da rede formal de proteção, bem como da complexidade da violência (CAVALER; MACARINI, 2020).

É importante atualizar, portanto, o imaginário social que considera majoritariamente os serviços de policiamento em detrimento de outros que são tão ou mais relevantes para a prevenção da violência. Além disso, a disseminação de informações amplas acerca desses dispositivos – serviços e leis –, permitirá maior confiança e autonomia para a superação das situações de violência.

As unidades de saúde na prevenção da violência

Na percepção de mulheres e homens sobre a prevenção da violência, as unidades de saúde foram elencadas para o atendimento clínico das situações de violência. Foi atribuída a responsabilidade aos profissionais de saúde em acionar outros dispositivos, como a polícia. Apesar da escassez de estudos acerca da percepção dos usuários sobre a violência e sua prevenção, pesquisas com essa abordagem também trazem a visão dos usuários em que cabe à polícia a função de desenvolver ações de prevenção à violência (RIBEIRO *et al.*, 2016; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Não sei se a unidade de saúde poderia contribuir no enfrentamento da violência porque não entendo muito sobre isso, mas um dia cheguei na unidade e tinha um homem esfaqueado, todo ensanguentado, e eu vi que a equipe tomou providência, então acho que eles cumpriram com a obrigação deles (P13-F).

Na minha opinião, a unidade de saúde poderia contribuir no enfrentamento da violência com a guarda municipal, por exemplo, colocar uma pessoa aqui na unidade de saúde que seja responsável por isso (P14-M).

A maior parte dos participantes acredita, porém, que a unidade de saúde pode contribuir no enfrentamento e prevenção da violência, principalmente por meio da educação em saúde, com a realização de grupos e divulgação de campanhas acerca da temática.

Acho que a unidade de saúde pode contribuir no enfrentamento da violência com grupos de convivência. Aqui na unidade tem alguns grupos, mas acho que deveria ser mais divulgado porque muitas pessoas nem conhecem as atividades que existem (P15-F).

Eu acho que a gente procura a unidade de saúde para bastante coisa e tem anúncios ali na frente, “previna-se”, várias campanhas. Então a campanha da violência contra a mulher seria uma boa ter ali na frente, porque a gente se sente acolhido quando vê os anúncios [...] ser acolhido e saber que tem o anonimato, a gente se sente mais confiante (P31-F).

Considera-se que as unidades básicas, especialmente as ESFs, possuem um papel fundamental na luta contra todo e qualquer tipo de violência, que podem influenciar ou causar processos de adoecimento, resultando em significativas questões de saúde e de políticas públicas para a prevenção e reparação desses agravos. Ao promover a aproximação com os usuários, estreitar o vínculo, estabelecer relações de confiança e favorecer a criação de espaços de diálogo e participação, as ESFs apresentam-se como uma importante alternativa no enfrentamento da violência. Neste sentido, as práticas educativas e os espaços de reflexão constituem-se como meios que não se limitam somente às ações punitivas, mas que também englobam as preventivas na promoção de direitos (RODRIGUES *et al.*, 2018; CARNEIRO *et al.*, 2019).

Um estudo que realizou entrevistas com profissionais e usuários de Minas Gerais, identificou que os usuários trazem em seus discursos a construção e o envolvimento em ações coletivas sob a forma de reuniões, rodas, debates, conversas, interação e participação com a comunidade para a abordagem da violência. Isso demonstra que os indivíduos sinalizam a construção de espaços mais democráticos de discussão, em que, de fato, possam debater o problema, de modo a transcender o modelo verticalizado de transmissão de informações e de conhecimentos (RODRIGUES *et al.*, 2018).

Além da realização de grupos, os participantes do presente estudo perceberam a necessidade da presença de psicólogos no quadro funcional das unidades de saúde para prevenção da violência. Destaca-se que a composição das equipes multiprofissionais das ESFs possui, pelo menos, um médico, um enfermeiro, um auxiliar e/ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde, não fazendo parte dessa equipe mínima os profissionais psicólogos, de modo que a atuação dessa categoria profissional ainda é incipiente no SUS (BRASIL, 2017).

Acho que com grupos familiares que trouxessem as mulheres e até quem se sente agredido, com ajuda psicológica, onde ninguém se julgasse, que ajudasse, conversasse, com psiquiátrico, às vezes precisa de remédio; as pessoas ficam depressivas, ansiosas. E até as próprias pessoas, porque às vezes um amigo é muito bom. Creio que não é só um órgão que pode fazer isso. Todo mundo pode e deve se envolver (P1-F).

Tinha que ter aulas. Por eu ser professora, acredito na educação e no diálogo; as aulas são muito importantes. Seriam aulas, grupos de apoio para quem sofre, aulas para quem não sofre e talvez venha a sofrer e aprenda a como lidar com aquilo, com psicólogos (P19-F).

Têm funcionários excelentes aqui que contribuem muito; são dedicados mesmo sem muito tempo, sempre dão um jeito de conversar com a gente. Acho que completaria a equipe se tivesse um psicólogo (P9-F).

Os participantes enfatizaram a necessidade de os profissionais que compõem a equipe mínima da ESF também estarem aptos a realizar o atendimento das situações de violência para além do tratamento clínico dos agravos físicos presentes.

Acho que a unidade de saúde poderia contribuir no enfrentamento da violência, prestando mais atenção no paciente quando vem aqui, na aparência física, se tem algum hematoma, se começa a chorar do nada, para suspeitar que aquela pessoa possa estar passando por alguma coisa mais séria. E eu me refiro à consulta com o técnico ou com o médico, não necessariamente com o psicólogo (P20-F).

A formação, pautada no modelo biomédico e intervencionista, faz com que, especialmente médicos e enfermeiros, ainda não saibam como agir diante das situações de violência, principalmente na ausência de lesões físicas ou disfunções orgânicas (CARNEIRO *et al.*, 2019). Em pesquisa realizada no ano de 2018, para identificar as estratégias utilizadas por uma ESF na organização do trabalho em um território exposto à violência, houve a compreensão dos profissionais de que suas ações não se limitam exclusivamente ao atendimento de doenças, o que vai ao encontro de um dos princípios norteadores do SUS, ou seja, a integralidade do cuidado (NONATO *et al.*, 2020).

Novamente os usuários trouxeram em suas falas a importância da segurança e policiamento. Ainda, atribuíram às unidades de saúde a responsabilidade em acionar a polícia. Pode-se verificar, porém, uma mudança nessa percepção quando a maior parte dos participantes acredita que as unidades de saúde podem contribuir no enfrentamento e prevenção da violência por meio do atendimento clínico e também das ações educativas individuais e em grupo. Apesar de todos os profissionais da ESF terem sido citados como importantes nessas ações, a falta dos psicólogos foi fortemente mencionada, o que pode ser explicado pela intensa carga emocional e traumática decorrente dos casos de violência.

Por fim, apesar de sua complexidade, acredita-se que a violência possui grande potencial de ser prevenida, principalmente quando os indivíduos assumem sua responsabilidade perante a sociedade para atingir esse objetivo. Além das ações individuais, se faz primordial as ações coletivas, considerando diversas áreas e públicos, retirando essa incumbência de um único setor, como a segurança, criando, assim, uma rede em conjunto com a sociedade civil que envolva a educação, a saúde, a justiça, a assistência social e os formuladores de políticas públicas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por tratar-se de uma problemática complexa, alguns participantes percebem que a violência é de difícil prevenção, porém ações que visem à prevenção são imprescindíveis. Desse modo, entre as estratégias e atitudes para prevenção foram elencados o policiamento e as mudanças individuais de comportamento. Além disso, em relação aos serviços e leis de prevenção e atendimento das situações de violência, a percepção voltou-se novamente à polícia, além da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher e a Lei Maria da Penha. Apesar disso, observou-se o conhecimento insuficiente dos usuários acerca dos dispositivos citados. Verificou-se que, mesmo a pesquisa abordando a violência de uma forma geral, os participantes de ambos os sexos remeteram-se a uma forma de violência específica – a violência contra as mulheres –, possivelmente por ser presente no cotidiano ou estar enraizada como senso comum dos mesmos.

Ainda, as unidades de saúde também foram elencadas como um serviço de prevenção à violência, com as atribuições do atendimento clínico, do acionamento da polícia e, principalmente, das ações educativas devido ao potencial da ESF em realizar grupos e divulgar campanhas preventivas. Por fim, os participantes também elencaram a necessidade da presença de psicólogos na realização do atendimento das situações de violência, bem como a atuação dos profissionais que compõem a equipe mínima das ESF, de modo a se atingir um cuidado integral e humanizado.

A prevenção, a identificação, o atendimento, o acolhimento, as orientações, a notificação, as intervenções e os encaminhamentos são algumas das ações necessárias dos profissionais que compõem a rede de atenção às pessoas em situação de violência. Diversos setores, tais como a saúde, a educação, a segurança pública, a assistência social e a política, precisam estar articuladas e, em conjunto com as demandas da sociedade, atuar como fatores de prevenção e proteção no rompimento dos ciclos de violência.

Assim, acredita-se que este estudo poderá subsidiar a atuação profissional e futuras pesquisas científicas acerca da temática, tornando possível pensar em ações e estratégias mais viáveis em relação ao enfrentamento e prevenção das situações de violência que, por respeitarem as demandas dos indivíduos, poderão ser mais eficazes e resolutivas. Por fim, como limitação, acredita-se que esta pesquisa poderia ser expandida aos demais serviços da Rede de Atenção à Saúde, bem como de outros setores, abrangendo um público maior e diferenciado.

REFERÊNCIAS

- ALVES, R. S. S.; SOARES, I. L.; SOUSA, F. L. L. de; SILVA, M. P. B.; SILVA, L. A. C. da; OLIVEIRA, B. X.; MAIA, C. C.; TORRES, J. A.; MARQUES, K. C.; FAGUNDES, G. R. S.; SILVESTRE, F. E. R.; SANTOS, S. F. dos. “But he never hit me”: Types of violence against women with an emphasis on contextualizing emotional abuse by their intimate partners. *Research, Society and Development*, v. 9, n. 11, p. e39391110059, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i11.10059>
- BAÊTA, R. F.; NETO, J. B. de A. Violência de gênero: enfrentamento sob a perspectiva dos mecanismos necessários à superação de vulnerabilidades. *Saúde em Redes*, v. 2, n. 2, p. 201-210, 2016. DOI: <https://doi.org/10.18310/2446-4813.2016v2n2p201-210>
- BEIRAS, A.; NASCIMENTO, M.; INCROCCI, C. Programas de atenção a homens autores de violência contra as mulheres: um panorama das intervenções no Brasil. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 1, p. 262-274, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/s0104-12902019170995>
- BELGA, S. M. M. F.; SILVA, K. L.; SENA, R. R. de. Concepções de programas de prevenção à violência e promoção da cultura de paz. *Cad. Saúde Colet.*, v. 25, n. 2, p. 177-182, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020215>
- BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Atlas da violência*. Ministério da Economia: 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>. Acesso em: 31 maio 2022.
- BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Dispõe sobre os mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 31 maio 2022.
- BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 31 maio 2022.

- CARNEIRO, J. B.; GOMES, N. P.; CAMPOS, L. M.; GOMES, N. P.; CUNHA, K. S.; VIRGENS, I. R.; ERDMANN, A. L. Contexto da violência conjugal em tempos de Maria da Penha: um estudo em Grounded Theory. *Cogitare Enfermagem*, v. 24, p. e59431, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v24i0.59431>
- CAVALER, C. M.; MACARINI, S. M. Repensando práticas: delegacias da mulher enquanto espaço dialógico de prevenção à violência conjugal. *Nova Perspectiva Sistêmica*, v. 29, n. 66, p. 60-73, 2020. DOI: <https://dx.doi.org/10.38034/nps.v29i66.516>
- COIMBRA, J. C.; RICCIARDI, U.; LEVY, L. Lei Maria da Penha, equipe multidisciplinar e medidas protetivas. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, v. 70, n. 2, p. 158-172, 2018. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000200012&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 31 maio 2022.
- DWORKIN, S. L. Sample Size Policy for Qualitative Studies Using In-Depth Interviews. *Archives of Sexual Behavior*, v. 41, n. 6, p. 1.319-1.320, 2012. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10508-012-0016-6>
- ELLSBERG, M.; ARANGO, D. J.; MORTON, M.; GENNARI, F.; KIPLESUND, S.; CONTRERAS, M.; WATTS, C. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say. *Lancet*, v. 385, p. 1555-66, 2014. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7)
- GAMA, R. C.; ANASTÁCIO, Z. F. C.; MIRANDA, M. A. G. de C. Questões de sexualidade e gênero no 1º ciclo do ensino básico: legitimidade, modalidade e temas. *Revista Contexto & Educação*, v. 37, n. 117, p. 128-139, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2022.117.12890>
- GOMES, G. M. R. B.; BITTAR, C. M. L.; BERETTA, R. C. S. Ações de promoção da saúde no enfrentamento à violência escolar: uma revisão integrativa. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, v. 8, n. 2, p. 278-295, 2019. DOI: <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1530>
- KIRK, L.; TERRY, S.; LOKUGE, K.; WATTERSON, J. L. Effectiveness of secondary and tertiary prevention for violence against women in low and low-middle income countries: a systematic review. *BMC Public Health*, v. 17, n. 622, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4502-6>
- MENDONÇA, C. S.; MACHADO, D. F.; ALMEIDA, M. A. S.; CASTANHEIRA, R. L. Violência e Atenção Básica à Saúde no Brasil: uma revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 25, n. 6, p. 2.247-2.257, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.19332018>
- MENEGHEL, S. N.; MUELLER, B.; COLLAZIOL, M. E.; QUADROS, M. M. Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 691-700, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000300015>
- NONATO, L. O. F.; PERES, A. M.; KHALAF, D. K.; SOUZA, M. A. R.; FIGUEIREDO, K. C.; LAPIERRE, J. Estratégias de gerenciamento na Atenção Primária à Saúde em territórios de vulnerabilidade social expostos à violência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 54, e03608, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018054903608>
- PEREIRA A. A.; MACIEL, S. Bullying escolar: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Contexto & Educação*, v. 37, n. 117, p. 186-198, 2022. DOI: <https://doi.org/10.21527/2179-1309.2022.117.12877>
- RIBEIRO, M. M. R.; MELO, E. M.; TAVARES, R.; MELO, V. H. Promoção de saúde e a situação de violência entre os usuários da atenção primária à saúde. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 26, supl. 8, p. 281-285, 2016. Disponível em: <http://rmmg.org/artigo/detalhes/2164>. Acesso em: 31 maio 2022.
- RIBEIRO, M. M. R.; TAVARES, R.; MELO, E. M. de; BONOLO, P. de F.; MELO, V. H. Promoção de saúde, participação em ações coletivas e situação de violência entre usuários da Atenção Primária à Saúde. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 4, p. 43-54, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s403>
- ROCHA, R. Z. da; GALELI, P. R.; ANTONI, C. de. Rede de apoio social e afetiva de mulheres que vivenciaram violência conjugal. *Contextos Clínicos*, v. 12, n. 1, p. 124-152, 2019. DOI: <https://dx.doi.org/10.4013/ctc.2019.121.06>
- RODRIGUES, E. A. S.; TAVARES, R.; MELO, V. H.; SILVA, J. M. da; MELO, E. M. de. Violência e Atenção Primária à Saúde: percepções e vivências de profissionais e usuários. *Saúde em Debate*, v. 42, n. 4, p. 55-66, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-11042018s404>
- SANTO, J.; SANTOS, C. Considerações sobre a rede de enfrentamento à violência contra as mulheres. *Revista Contexto & Saúde*, Ijuí: Editora Unijuí, v. 20, n. 40, p. 139-148, 2020. DOI: <https://doi.org/10.21527/2176-7114.2020.40.139-148>

SOUSA, Y. S. O.; GONDIM, S. M. G.; CARIAS, I. A.; BATISTA, J. S.; MACHADO, K. C. M. de. O uso do software Iramuteq na análise de dados de entrevistas. *Pesquisas & Práticas Psicossociais*, v. 15, n. 2, p. 1-19, 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082020000200015&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 31 maio 2022.

SOUZA, L. de; CORTEZ, M. B. A delegacia da mulher perante as normas e leis para o enfrentamento da violência contra a mulher: um estudo de caso. *Revista de Administração Pública*, v. 48, n. 3, p. 621-639, 2014. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0034-76121141>

WHO. World Health Organization. 2018. *World Health Statistics: homicide*. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/world-health-statistic-reports/6-june-18108-world-health-statistics-2018.pdf>. Acesso em: 31 maio 2022.

WHO. World Health Organization. 2002. *World report on violence and health*. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>. Acesso em: 31 maio 2022.

Todo conteúdo da Revista Contexto & Educação está
sob Licença Creative Commons CC – By 4.0