

## ITINERÁRIO DA MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA BUSCA PELO SERVIÇO DE SAÚDE EM UM TERRITÓRIO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

**Palavras-chave:** Violência contra a Mulher; Violência Doméstica; Atenção Primária à Saúde; Vulnerabilidade Social; COVID-19

Aniele Rodrigues Ribeiro<sup>1</sup>; Simone Mendes Carvalho<sup>1</sup>

0000-0003-4963-1914; 0000-0001-8821-9725

<sup>1</sup>Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP). Rio de Janeiro, RJ – Brasil

**Contribuições dos autores:** *Análise Estatística:* Aniele R. Ribeiro; *Coleta de Dados:* Aniele R. Ribeiro; *Conceitualização:* Aniele R. Ribeiro; *Gerenciamento de Projeto:* Aniele R. Ribeiro, Simone M. Carvalho, *Metodologia:* Aniele R. Ribeiro, Simone M. Carvalho *Redação – Preparo do Original:* Aniele R. Ribeiro; *Redação - Revisão e Edição:* Aniele R. Ribeiro, Simone M. Carvalho; *supervisão:* Simone M. Carvalho; *visualização:* Aniele R. Ribeiro

**Autor Correspondente:** Aniele Rodrigues Ribeiro

**E-mail:** aniele.r.ribeiro@gmail.com

### RESUMO

**Objetivo:** Caracterizar o perfil e o tipo de violência sofrida por mulheres que procuram o serviço de saúde em um território de vulnerabilidade social; Identificar o nível de atenção mais procurado por essas mulheres para o primeiro atendimento após o episódio de violência; Analisar o itinerário das mulheres em situação de violência na busca pelo serviço de saúde. **Método:** Estudo descritivo, retrospectivo, de meio documental, com principal fonte de dados as informações do Sistema Informação de Agravos de Notificação, através de Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada dos anos de 2019 e 2020. Para coleta, tabulação e análise dos dados foi utilizado o software Excel©. Análise estatística descritiva, foram empregadas frequências absolutas e relativas. **Resultados:** Foram analisadas 51 Fichas de Notificação. Em 2019 as principais vítimas foram jovens e adultas, negras e que possuíam relacionamento íntimo com os agressores. Em 2020, mulheres entre 0 e 15 anos de idade, negras e que possuíam outros tipos de vínculos com os agressores. A violência física se mostrou a mais frequente, com meio de agressão mais comum a força corporal/spancamento. O nível primário de atenção à saúde foi o mais procurado para atendimento inicial e priorizou encaminhamentos dentro da própria rede de atenção à saúde e outras redes de atenção, o nível secundário de atenção priorizou encaminhamentos para delegacias. **Conclusões:** Destaca-se a necessidade de identificar mulheres que deixaram de ser acompanhadas em decorrência da implementação das medidas contra o novo coronavírus, e investigações sobre os impactos do não acompanhamento dessas mulheres.

**Fonte de Financiamento:** UNIRIO

**Número do Comitê de Ética (CEP):** CEP UNIRIO – 5.035.719 / CEP SMS/RJ – 5.086.722

**Revista:** Revista Mineira de Enfermagem (REME)

**Instrução aos Autores:** <https://periodicos.ufmg.br/index.php/remede/instrucoes-aos-autores#apresentacaodosmanuscritos>

**Observação:** Norma atualizada em 01/11/2021, a que se encontra disponível pelo menu do site está desatualizada, a atualizada está disponível através da notificação na tela inicial da revista e através do link acima.

**Professora Avaliadora Indicada:** Mary Ann Freire / **E-mail:** mary.freire@unirio.br

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é definida como qualquer ato de violência de gênero que resulte - ou possa resultar - em dano físico, sexual, ou psicológico às mulheres, incluindo ameaças de tais atos, coerção ou privação arbitrária de liberdade, que ocorram em ambiente público ou em vida privada.<sup>1</sup> A VCM foi declarada um importante problema de saúde pública, persistindo ainda em 2021, com desdobramentos maléficos para a sociedade, demandando atenção e recursos de autoridades políticas e de saúde.<sup>2</sup>

Cerca de um terço das mulheres (30%) que estão ou estiveram em um relacionamento são ou foram vítimas de violência provocada por parceiro íntimo, sendo diversas as consequências para a saúde. Cerca de 42% relata lesões físicas, além de transtornos psicológicos, gestações indesejadas, abortos, problemas ginecológicos e infecções sexualmente transmissíveis. Os desfechos podem ser mortais, como homicídio e suicídio. Os custos socioeconômicos são altos, pois as vítimas podem sofrer isolamento, perda da capacidade de trabalhar, perda de salário e capacidade limitada de cuidar de si mesmas e seus filhos.<sup>2</sup>

A Lei 11.340 de 2006 (Lei Maria da Penha) cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher no Brasil, e identifica os diferentes tipos de violência contra a mulher como: violência física, violência psicológica, violência sexual, violência patrimonial e violência moral.<sup>3</sup>

Mulheres em situação de pobreza, com baixa escolaridade, sem renda própria, residentes de áreas de vulnerabilidade social e que experienciaram situações de violência durante a infância são mais propensas a serem vítimas de violência e apresentam também maior dificuldade para quebrarem o ciclo da violência.<sup>4</sup>

Em face da importância de manter o acompanhamento das mulheres vítimas de violência de gênero pela Rede de Atenção à Saúde (RAS) e outros órgãos, foi criada a lei 10.778, em 2003, que estabelece notificação compulsória para casos de VCM, devendo esta ser feita pela unidade de atendimento tanto pública quanto privada.<sup>5</sup> Os profissionais de saúde estão melhor preparados para diagnosticar e notificar doenças transmissíveis em detrimento de agravos não transmissíveis, fazendo com que a violência se torne invisível no cotidiano dos serviços de saúde.<sup>6,7</sup>

Os profissionais de saúde que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS), sobretudo aqueles que atuam em área de vulnerabilidade social, devem estar abertos e sensibilizados às necessidades e especificidades dos usuários atendidos. No contexto da VCM, os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar os casos, oferecer cuidado humanizado, integral e individualizado, garantindo o acompanhamento da mulher através da RAS, considerando todas as fragilidades às quais a mulher vítima de violência pode estar exposta.<sup>8</sup>

As mulheres vítimas de violência podem procurar serviços do tipo urgência e emergência por problemas causados diretamente por episódios de agressões físicas ou sexuais, como fraturas ou abortamentos. Os serviços de APS costumam ser procurados por sofrimentos

pouco especificados, porém decorrentes da vivência da violência, como doenças crônicas, problemas de saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais.<sup>9</sup>

Apesar das mulheres vítimas de violência frequentarem os serviços de saúde com maior frequência que aquelas que nunca experienciaram a violência, profissionais de saúde enfrentam dificuldades no rastreio, acompanhamento e diagnóstico dos casos de VCM.<sup>10</sup> Nesse sentido, a realização desse estudo justifica-se pela necessidade de contextualizar o itinerário das mulheres em situação de violência na busca pelos serviços de saúde em um território de vulnerabilidade social. O desenvolvimento de estratégias de cuidado para a mulher em situação de violência, no âmbito da APS, torna-se indispensável para a identificação e acompanhamento efetivo dessas mulheres na RAS. Estudar o tema da violência de gênero e da vulnerabilidade social na perspectiva de saúde da mulher expressa a busca pela intercomunicação entre as desigualdades sociais, integralidade como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) e a produção do cuidado.

Considerando o exposto, a motivação do presente estudo, se originou a partir da experiência adquirida através da realização de uma pesquisa de iniciação científica na área, bem como da participação no grupo de pesquisa Saberes de Enfermagem e da Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Evidenciou-se a importância da busca pelo cuidado integral e resolutivo de mulheres vítimas de violência de gênero, em face das dificuldades vividas por essas usuárias ao acessarem serviços da RAS, e também dos profissionais de saúde que atuam nesses serviços. Por se tratar de um território complexo e de dura realidade de exclusão e marginalização social, este revela situações aos quais muitas vezes esses profissionais não foram preparados para enfrentar, exigindo assim competência emocional, escuta qualificada, conhecimento técnico-científico, sensibilidade, domínio dos diferentes serviços da RAS e articulações intersetoriais.<sup>11</sup>

Portanto, o objeto deste estudo consiste no itinerário da mulher em situação de violência na RAS em um território de vulnerabilidade social, sendo estruturado a partir das questões norteadoras: “Qual o perfil das mulheres vítimas de violência de gênero?”, “Quais os tipos de violência mais experienciadas por vítimas de violência de gênero?”, “Por quais meios, ou níveis de atenção, mulheres vítimas de situações de violência adentram na RAS?”, “Como é feito o encaminhamento e acompanhamento das mulheres vítimas de situações de violência na RAS?”.

## **OBJETIVO**

Caracterizar o perfil e o tipo de violência sofrida por mulheres que procuram o serviço de saúde em um território de vulnerabilidade social; Identificar o nível de atenção mais procurado por essas mulheres para o primeiro atendimento após o episódio de violência; Analisar o itinerário das mulheres em situação de violência na busca pelo serviço de saúde.

## **MÉTODO**

A proposta do presente estudo procura atender aos desafios atuais do campo da saúde coletiva no que se refere à violência de gênero e as estratégias utilizadas na construção/reflexão/execução das ações para a produção de cuidado à mulher em situação de violência, tendo como análise o seu percurso na rede de atenção.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, retrospectivo, de meio documental, que tem como principal fonte de dados as informações do Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Os dados foram coletados em uma Unidade Básica de Saúde localizada na Rocinha-RJ, na Área Programática (AP) 2.1. A baliza temporal definida para nortear a coleta e análise dos dados compreende os anos de 2019 a 2020.

Para caracterização do perfil e do itinerário foram considerados os dados contidos na ficha de notificação, que entre outras informações, contém dados da pessoa atendida, da ocorrência, tipologia da violência, características da violência sexual (quando for o caso), consequências da violência, evolução e encaminhamento. Foram consideradas fichas com a resposta “feminino” no campo “sexo”. Não foram consideradas fichas de notificações de áreas não cobertas pela unidade de saúde. Para análise do perfil não foram considerados os dados ignorados ou em branco.

Para coleta, tabulação e análise dos dados foi utilizado o software Excel©. A análise foi feita de forma estatística descritiva e foram empregadas as frequências absolutas e relativas. As etapas para a análise do itinerário foram: (a) decomposição do material coletado em partes, separados por níveis de atenção pelos quais as mulheres vítimas de VCM acessaram a rede de saúde, e os tipos de serviços para quais foram encaminhadas após o atendimento, de acordo com a frequência de aparição; (b) descrição do resultado da decomposição, onde foram expostos os achados encontrados na análise; (c) realização de inferências dos resultados e seus significados, onde foram destacadas as diferenças e similaridades nos padrões de encaminhamento; (d) utilização da fundamentação teórica para realização de interpretações dos resultados.

O projeto foi submetido aos Comitês de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ), respectivamente, obedecendo aos requisitos estabelecidos pela Resolução 466/12, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerando que a pesquisa foi desenvolvida de forma presencial, visto que a pesquisadora foi a unidade de saúde para ter acesso às notificações, ressalta-se que todos os protocolos de segurança no que se refere à prevenção de contaminação pelo Covid-19 foram respeitados, seguindo os protocolos propostos pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde do RJ, com uso de máscara N-95 e utilização de álcool gel para higienização das mãos.

## **RESULTADOS**

A favela da Rocinha, local onde foi realizada a pesquisa, fica na zona sul da cidade do Rio de Janeiro e apresenta vulnerabilidade social importante. Marcada por intensa desigualdade social, enfrenta questões complexas em seu cotidiano, como baixa renda, baixa escolaridade, dificuldade no acesso à diferentes tipos de serviços, e também enfrenta em seu cotidiano diversos tipos de violência. Quanto a rede de atenção à saúde no território, existem três unidades de APS para atendimento da população, uma unidade de pronto atendimento e um centro de atenção psicossocial.

Foram analisadas 51 Fichas de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada do SINAN, sendo 39 fichas de notificação referentes ao ano de 2019 e 12 fichas de notificação referentes ao ano de 2020.

No ano de 2019, a faixa etária mais recorrente dentre as notificações da unidade foi a de mulheres entre 16 e 25 anos de idade, com 53,84% dos casos notificados (21 casos), correspondendo a mais da metade de todas as notificações da unidade naquele ano. Foi seguida pela faixa etária de 36 à 45 anos, que apresentou 17,94% dos casos notificados (7 casos), e pela faixa etária de 26 à 35 anos, com 15,38% das notificações (6 casos). Esses resultados indicam que mulheres jovens e adultas em idade reprodutiva foram as que mais procuraram a unidade de saúde ao sofrerem agressões durante aquele ano. As faixas etárias menos recorrente foram a de mulheres com mais de 46 anos, com 7,69% dos casos notificados (3 casos), e a de 0 à 15 anos de idade, com apenas 5,12% dos casos notificados na unidade (2 casos).

No ano de 2020, a faixa etária mais encontrada dentre os casos notificados na unidade foi a de 0 à 15 anos, com 50% dos casos notificados, correspondendo a metade das notificações da unidade durante aquele ano (6 casos). Foi seguida pela faixa etária de mulheres com mais de 46 anos de idade, com 25% dos casos notificados (3 casos). A faixa etária menos recorrente foi a de 16 à 25 anos, onde nenhum caso foi notificado (0%).

Em 2019, 51,28% dos casos de VCM notificados pela unidade foram contra a mulher da cor parda (20 casos) e 25,64% dos casos de violência foram contra a mulher de cor preta (10 casos). Notificações de violência contra a mulher branca foram 17,94% (7 casos). Em 2020, 41,66% dos casos de VCM notificados foram contra a mulher da cor parda (5 casos) e 8,33% contra a mulher da cor preta (1 caso). Notificações de violência contra a mulher da cor branca foram 25% de todos os casos notificados pela unidade naquele ano (3 casos).

Quanto ao vínculo da vítima com o agressor, no ano de 2019, a resposta “Cônjuge” foi encontrada em 23,07% das fichas de notificação (9 casos), “Ex-Cônjuge” em 10,25% dos casos notificados (4 casos) e “Autoprovocada” em 15,38% das notificações da unidade (6 casos). As respostas “Ex-Namorado” e “Namorado” foram encontradas em 7,69% fichas de notificação cada (3 casos cada). A resposta “Outros” foi encontrada em 11 fichas de notificação, ou seja, 28,20%. Cerca de 48,7% das mulheres vítimas de violência atendidas pela unidade naquele ano possuíam ou possuíram algum tipo de relacionamento íntimo com os agressores.

Em 2020, a resposta “Cônjuge” foi encontrada 2 vezes, representando 16,66% dos casos notificados, as respostas “Ex-Cônjuge” e “Ex-Namorado” foram encontradas 1 vez (cada), representado 8,33% dos casos (cada), a resposta “Autoprovocada” foi encontrada 2 vezes, representando 16,66% dos casos notificados na unidade.

As respostas “Namorado” e “Outros” não foram encontradas dentre as fichas do ano de 2020, representando 0% dos casos notificados pela unidade. Em contrapartida, nesse mesmo ano, apareceram novos agentes de agressão não encontrados dentre as notificações do

ano de 2019, sendo eles: “Mãe”, “Filho”, “Cuidador” e “Desconhecidos”, que representaram 24,99% dos casos notificados na unidade. A resposta “Amigos/Conhecidos” foi encontrada 2 vezes, representando 16,66% dos casos da unidade.

Quanto ao perfil das mulheres vítimas de violência de gênero atendidas na unidade nos anos de 2019 e 2020, foi possível observar que no ano de 2019 esse grupo era formado principalmente por mulheres jovens e adultas, entre 16 e 45 anos de idade, pertencentes à população negra e que possuíam ou possuíram relacionamento íntimo com os agressores. No ano de 2020, o grupo de mulheres vítimas de violência atendidas na unidade era principalmente composto por mulheres entre 0 e 15 anos de idade e por mulheres com mais de 46 anos de idade, pertencentes a população negra e que possuíam outros tipos de vínculos com os agressores, que não relacionamentos íntimos.

Quanto ao tipo de violência sofrida pelas mulheres atendidas na unidade no ano de 2019, a mais frequente foi “Física, Psicológica/Moral” correspondendo a 41,02% (16 casos), seguida por “Física” com 35,89% (14 casos). “Psicológica/Moral” e “Física, Psicológica/Moral, Tortura” foram encontradas em 2 fichas de notificação cada (5,12% cada). A resposta “Física, outros” foi encontrada em 1 ficha, assim como a resposta “Física, Psicológica/Moral, Sexual” (2,56% cada). Quando somadas, a violência física se mostrou presente em cerca de 87,15% dos casos notificados na unidade naquele período, e a violência psicológica/moral se mostrou presente em 53,82% dos casos.

No ano de 2020, o tipo de violência mais sofrida pelas mulheres que buscaram atendimento na unidade foi “Física”, com 33,33% dos casos notificados na unidade (4 casos), seguida por “Física; Psicológica/Moral; Tortura”, que representou 16,66% dos casos notificados (2 casos). “Sexual”, “Física; Psicológica/Moral; Tortura; Sexual”, “Negligência/Abandono”, “Física; Sexual”, “Física; Psicológica/Moral;”, “Psicológica/Moral; Negligência/Abandono” foram encontradas em 1 ficha cada, representando 8,3% (cada) das notificações da unidade. Quando somadas, a violência física se mostrou presente em 75% dos casos notificados da unidade, e a violência psicológica/moral se mostrou presente em 41,66% dos casos notificados naquele período.

Em 2019, o meio de agressão mais encontrado dentre as fichas de notificação da unidade foi “Força corporal/espancamento” com 35,89% dos casos (14 casos), seguido por “Força corporal/espancamento, ameaça” com 10,25% dos casos (4 casos). “Força corporal/espancamento, enforcamento, ameaça” foi encontrado em 7,69% fichas de notificação (3 casos). “Envenenamento” e “Perfurocortante” foram encontrados em 5,12% das fichas de notificação cada (2 casos cada). A resposta “Outros” foi encontrada em 12 fichas de notificação, ou seja, em 30,76% dos casos. Quando somados, o meio de agressão mais encontrado dentre as fichas de notificação daquele ano se mostrou como “Força corporal/espancamento”, com 53,89% das notificações da unidade.

No ano de 2020, a resposta mais encontrada foi “Força corporal/espancamento”, com 33,33% das notificações da unidade (4 casos), seguida por “Força corporal/espancamento; Enforcamento; Ameaça” que representou 16,66% das notificações da unidade (2 casos). As respostas “Substância/Objeto quente”, “Força corporal/espancamento; Ameaça”, “Outros”, “Força corporal/espancamento; Objeto Perfurocortante; Ameaça”, e “Envenenamento” foram encontradas em 1 ficha cada, representando 8,33% dos casos notificados cada. Quando somados, cerca de 66,66% dos casos notificados da unidade tiveram como parte da agressão

“força corporal/espancamento”, que se mostrou o meio de agressão mais frequentemente vivenciados pelas mulheres vítimas de violência atendidas na unidade durante aquele ano.

A motivação da violência mais frequente no ano de 2019 foi “Sexismo”, com 38,46% dos casos notificados na unidade (15 casos), seguida por “Conflito Geracional”, que foi encontrada em 10,25% dos casos (4 casos). A resposta “Outros” foi encontrada em 7 fichas de notificação. No ano de 2020, a resposta mais encontrada foi “Outros”, com 41,66% dos casos da unidade (5 casos). A resposta “Sexismo” foi encontrada em 4 fichas, ou seja, 33,33% dos casos. A resposta “Conflito Geracional” não foi encontrada dentre as fichas de notificação daquele ano.

Quanto ao itinerário das mulheres vítimas de violência atendidas no ano de 2019 e 2020, foi possível observar que a maioria das usuárias buscou para o primeiro atendimento após o episódio de violência a própria unidade de saúde, tendo sido a porta de entrada de 51,28% (20 casos) das notificações em 2019 e 58,33% (7 casos) das notificações em 2020. Portanto, pode-se dizer que as mulheres vítimas de violência atendidas pela unidade buscaram, principalmente, o nível primário de atenção à saúde, reforçando assim a importância do princípio de primeiro contato da APS.

Porém, apesar da maior parte das mulheres vítimas de violência buscarem a unidade de APS para o primeiro atendimento, a busca por serviços de atenção secundária também se mostrou expressiva em ambos os anos, com 48,71% (19 casos) da procura por parte das mulheres para o primeiro contato após o episódio de violência no ano de 2019 e 41,66% (5 casos) no ano de 2020.

Os padrões de encaminhamento das unidades buscadas para primeiro atendimento por parte das mulheres vítimas de VCM diferem quando comparados a partir dos níveis de atenção. A unidade de APS, ou seja, a unidade de nível primário de atenção à saúde mostrou maior diversidade de encaminhamentos, destacando assim seu princípio da coordenação do cuidado (QUAD. 1).

**QUADRO 1** – Encaminhamentos de casos de VCM a partir dos diferentes níveis de atenção

<b>Nível de Atenção / Unidade que notificou</b>	<b>Encaminhamentos (2019-2020)</b>	<b>Frequência Absoluta (2019 – 2020)</b>	<b>Frequência Relativa (2019 – 2020)</b>
Nível Primário de Atenção à Saúde (Unidade Básica de Saúde)	Rede de Saúde (apenas)	9	17,64%
	Rede de Saúde (e outros)	11	21,56%
	Rede de Atendimento à Mulher	6	11,76%
	Rede de Assistência Social	4	7,84%
	Rede de Educação	1	1,96%
	Conselho Tutelar	2	3,92%
	Conselho do Idoso	1	1,96%
	Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	1	1,96%
	Delegacia de Atendimento à Mulher	4	7,84%
	Delegacia de Atendimento ao Idoso	1	1,96%
	Outras delegacias	3	5,88%
	Sem Encaminhamento	4	7,84%
		Rede de Saúde (apenas)	8
	Rede de Saúde (e outros)	8	15,68%

Nível Secundário de Atenção à Saúde (Emergência Hospitalar e Unidade de Pronto Atendimento)	Rede de Atendimento à Mulher	5	9,80%
	Rede de Assistência Social	1	1,96%
	Rede de Educação	1	1,96%
	Conselho Tutelar	5	9,80%
	Delegacia de Atendimento à Mulher	6	11,76%
	Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente	2	3,92%
	Outras Delegacias	6	11,76%
	Sem encaminhamento	5	9,80%

**Fonte:** Elaborado por autoras a partir dos dados da pesquisa

O nível primário de atenção à saúde demonstrou maior preocupação por encaminhamentos dentro da própria rede de atenção à saúde e outras redes de atenção especializadas e intersetoriais, somando o total de 31 encaminhamentos, sendo as mais frequentes a Rede de Atendimento à Mulher e a Rede de Assistência Social. Enquanto o nível secundário de atenção, entre emergência hospitalar e unidade de pronto atendimento, demonstrou uma maior quantidade de encaminhamentos para delegacias que o nível primário de atenção, com 14 encaminhamentos para delegacias, sendo as mais comuns a Delegacia de Atendimento à Mulher e outras delegacias não especializada. Os encaminhamentos para rede de saúde foram 16 no total, e para outras redes foram 7 encaminhamentos.

## DISCUSSÃO

A favela da Rocinha, apesar de mundialmente conhecida, ainda carece de recursos apropriados para o atendimento da população em diferentes setores, como saúde, educação, transporte, lazer e saneamento básico. Os avanços em relação a disponibilidade, distribuição e acesso de serviços de variadas naturezas, apesar de existirem, não acompanham o padrão de expansão encontrado na cidade do Rio de Janeiro. Ainda segundo os autores, a favela é constituída principalmente por mulheres em idade reprodutiva, possui alta taxa de migração da região nordeste do país e está em constante expansão populacional.<sup>12</sup> É elevado o número de mulheres que sofrem por VCM na Rocinha, por ainda prevalecerem valores machistas e patriarcais.<sup>13</sup>

Ao serem coletados os dados, foi possível observar uma considerável diferença entre o quantitativo de notificações registradas entre os anos de 2019 e 2020 na unidade de saúde. É possível que uma das principais motivações para a mudança tenha sido as medidas de prevenção contra o novo coronavírus, uma vez que as notificações de VCM tiveram uma queda aproximada de 69,24% nos registros do ano de 2020, quando comparadas ao ano de 2019. Tal achado corrobora com dados nacionais, quando mostram que grande parte das mulheres vítimas de VCM passaram a viver enclausuradas com seus agressores e ficaram impossibilitadas de realizar denúncias ou procurarem outros tipos de serviço para atendimento.<sup>14</sup> O encapsulamento dessas mulheres em um ambiente doméstico hostil e impregnado por valores patriarcais dificulta, e muitas vezes impede, o acesso aos serviços de saúde.<sup>15</sup>

Ainda acentuando a dificuldade do acesso de mulheres vítimas de VCM aos serviços de saúde durante a implementação das medidas de controle do novo coronavírus, foi possível notar a mudança no perfil etário de mulheres que mais procuraram a unidade de saúde

ao sofrerem agressão durante os anos de 2019 e 2020. A faixa etária mais recorrente no ano de 2019, a de mulheres entre 16 e 25 anos de idade, que representou mais de 50% dos casos notificados na unidade naquele ano, se tornou a faixa etária menos recorrente no ano de 2020, com 0% dos casos notificados na unidade. Já a faixa etária menos recorrente no ano de 2019, a de 0 a 15 anos, com apenas 5,12% dos casos da unidade, se tornou a faixa etária mais frequente em 2020, representada por 50% dos casos notificados na unidade durante aquele ano. Portanto, pode-se dizer que o acesso de mulheres jovens à unidade de saúde, população mais recorrente no ano de 2019, foi dificultada no ano de 2020.

A violência contra mulheres jovens costuma ser frequentemente descredibilizada e invisibilizada, gerando diversos problemas físicos e psicológicos que podem refletir ao longo de toda a vida dessas mulheres, prejudicar o desenvolvimento das mesmas e interromper seus sonhos. As mulheres jovens costumam ser as principais vítimas de VCM por diversos fatores, além da vulnerabilidade inerente a própria idade, que é fator agravante para o enfrentamento ineficaz da situação que vivenciam, tendem a ser mais dependentes emocionalmente, financeiramente e possuem redes de apoio mais frágeis.<sup>16</sup>

Pessoas autodeclaradas pretas e pardas constituem a população negra brasileira.<sup>17</sup> Portanto, é possível afirmar que dentre os casos de VCM notificados na unidade, as mulheres negras foram as principais vítimas, com 76,92% dos casos notificados no ano de 2019 e 49,99% dos casos notificados no ano de 2020.

A violência de gênero contra a mulher negra constantemente atinge patamares maiores que a violência contra a mulher não negra, o que expressa que além das relações desiguais de poder em relação ao homem, do machismo estrutural e do patriarcado socialmente incorporado, essas mulheres também sofrem de opressão de raça, discriminação e intolerâncias.<sup>18</sup> As barreiras que o racismo e a pobreza constroem fazem com que as mulheres negras sofram múltiplas formas de violência.<sup>19</sup>

Quanto ao vínculo da vítima com o agressor, foi possível notar uma importante diferença entre os anos de 2019 e 2020, uma vez que em 2019 grande parte das mulheres possuíam ou possuíram relacionamentos íntimos com os agressores, e em 2020 a violência passou a ter outros agentes principais. A violência provocada por parceiro íntimo é definida como comportamento dentro de uma relação íntima que pode causar dano físico, sexual ou psicológico, e representa um problema sério e difundido ao redor do mundo, que além de violação dos direitos humanos, causa danos profundos na saúde física, sexual, reprodutiva, emocional, psicológica da mulher e família.<sup>20</sup>

A mudança do principal tipo de vínculo da vítima com o agressor no ano de 2020 corrobora com a anteriormente exposta dificuldade encontrada por mulheres vítimas de violência de gênero acessarem o serviço de saúde durante a implementação das medidas de controle do novo coronavírus.<sup>15</sup> Houve queda nos registros de boletins de ocorrência de casos de violência doméstica no ano de 2020, em contrapartida houve aumento significativo de atendimentos emergenciais de VCM pela polícia militar quando comparados ao mesmo período do ano de 2019, o que ressalta a dificuldade ou impossibilidade das mulheres vítimas de violência de acessarem os serviços assistenciais, seja para denúncias ou atendimento, devido ao enclausuramento em domicílio com os agressores.<sup>21,14</sup>

Apesar da mudança no perfil etário e no principal tipo de vínculo da vítima com o agressor entre os anos de 2019 e 2020, foi possível observar que o tipo de violência prevalente

em ambos os anos foi a violência física, seguida por violência psicológica/moral, e o meio de agressão mais comum foi força corporal/espancamento. A violência física é frequentemente associada como o tipo mais recorrente de VCM, porém existem diversos obstáculos no reconhecimento de outros tipos de violências sofridas por mulheres em situação de VCM por parte das próprias mulheres vitimadas e profissionais de saúde, sobretudo quanto a violência patrimonial e sexual perpetradas por parceiros íntimos.<sup>22</sup>

A violência física é definida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher vitimada. A violência psicológica é entendida como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima, ou que prejudique o pleno desenvolvimento, degrade ou controle suas ações e outros aspectos da vida da mulher, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, insulto, chantagem, entre outros meios que cause prejuízo à saúde psicológica da mulher vitimada. A violência moral é definida como qualquer conduta que calunie, difame ou cause injúria a mulher vitimada.<sup>3</sup>

Já a violência sexual é entendida como qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou participar de uma relação sexual não consentida, mediante a intimidação, ameaça, coação ou uso de força, ou que a induza a utilizar ou comercializar sua sexualidade, que a impeça de usar métodos contraceptivos, a obrigue ao matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição, ou que a prejudique de exercer seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência patrimonial é definida como qualquer conduta que venha a causar retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos da mulher, seus instrumentos de trabalho, documentos, bens, valores e direitos ou recursos econômicos.<sup>3</sup>

É essencial do olhar diferenciado por parte dos profissionais de saúde para eventos violentos e traumatismos, pois a maioria desses eventos não são acidentais, tampouco fatalidades. Esses eventos podem ser diagnosticados, tratados, acompanhados e até mesmo prevenidos através da escuta qualificada por parte do profissional de saúde, do correto acompanhamento e intervenção em momento oportuno.<sup>23</sup> É importante ressaltar que não são raros os casos de VCM cronificados, onde múltiplas violências são perpetradas simultaneamente por anos, o que pode significar um desafio para o profissional quanto a abordagem daquela situação, da mulher e sua família.

Apesar da constância dos tipos de violência e meios de agressão mais encontrados em ambos os anos, foi possível observar que a principal motivação da violência não permaneceu a mesma entre os anos de 2019 e 2020, e sim que acompanhou a mudança no perfil de mulheres vítimas de VCM atendidas na unidade, uma vez que em 2019 a principal motivação da violência foi sexismo, e no ano de 2020 foi “outros”. Esse achado corrobora com a problemática amplamente discutida no presente estudo, a dificuldade ou impossibilidade do acesso a unidade de saúde por parte de mulheres jovens e adultas vítimas de VCM.

A mudança na principal motivação da violência no ano de 2020, apesar de inicialmente parecer uma melhora de indicador, reflete uma realidade preocupante, uma vez que registros nacionais sobre casos de VCM mostram que não apenas continuaram existindo como cresceram significativamente durante o ano de 2020.<sup>21</sup> Esse aumento de casos não refletido em outros setores, como o da saúde, gera maior necessidade de atenção por parte de órgãos públicos e profissionais na identificação e captação de mulheres vítimas de VCM.

A violência motivada por sexismo é uma face cruel das desigualdades enfrentadas no universo feminino devido ao machismo enraizado na sociedade, que silencia vozes, estigmatiza mulheres e faz com que continuem no silêncio e na invisibilidade.<sup>18</sup>

Em ambos os níveis de atenção foi possível notar a alta frequência de encaminhamentos apenas para a própria rede de saúde, assim como mulheres sem encaminhamentos, a VCM é uma questão complexa e que precisa de atendimento intersetorial e acompanhamento para minimizar o sofrimento das mulheres vitimadas, evitar a fragmentação do cuidado e desfechos irreversíveis ou até mesmo fatais.<sup>24</sup>

O itinerário das mulheres em situação de violência se mostrou fortemente influenciado pelo primeiro nível de atenção acessado pelas usuárias, e não o seguimento de um fluxo organizado e previamente estabelecido, ficando a cargo dos profissionais atendentes a determinação do percurso das mulheres em situação de violência dentro da RAS e de outros serviços. Muitos profissionais da linha de frente não estão preparados para o rastreo, diagnóstico e encaminhamento de casos de violência. A falta de preparo dos profissionais e/ou de fluxos estabelecidos de acordo com os recursos locais prejudica a continuidade e qualidade do cuidado prestado, sobretudo em uma área de vulnerabilidade social.<sup>10</sup>

A VCM deve ser detectada pelo profissional de saúde e ser tratada como um problema de saúde pública. A causa da invisibilidade da VCM nos serviços de saúde é multifatorial e perpassa por fatores relacionados ao próprio profissional, como despreparo, desinteresse e até mesmo falta de tempo para escutar a usuária para suas necessidades além da esfera biológica, e também por fatores relacionados a falta de direcionamento claro e acessível no próprio território para condução dos casos. Existem ainda as barreiras do preconceito das autoridades e funcionários em atender as mulheres em situação de VCM, uma vez que em muitas situações as vítimas são julgadas como causadoras da violência.<sup>22</sup>

A APS possui princípios nos quais deve se basear para seu funcionamento, sendo eles: Primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, abordagem familiar e enfoque comunitário.<sup>25</sup> A unidade de APS se mostra como a unidade de saúde mais próxima da mulher e de sua realidade, com profissionais que a conhecem, sua família e a comunidade a qual está inserida, que mantém vínculo de forma longitudinal, e não apenas por ocasionalidade de consulta. Preza pelo cuidado de todas as esferas que envolvem a mulher, com medidas de prevenção, promoção e recuperação da saúde, com foco na integralidade do cuidado. Caso a usuária precise de atendimento em outro ponto da RAS, a APS exerce seu princípio de coordenadora do cuidado e se utiliza do sistema de referência e contrarreferência, ou seja, encaminha a usuária para outro ponto de atenção sem perder o vínculo com a mesma. Portanto, pode-se dizer que ao seguir essa organização, a APS representa uma grande potência para o cuidado de qualidade e resolutivo de mulheres vítimas de VCM.

## CONCLUSÃO

A VCM se mostra como um importante problema de saúde pública ainda nos dias atuais, apesar de amplamente discutida e descrita pela literatura científica. Identifica-se a necessidade de treinamento e sensibilização de profissionais de saúde para rastreo, diagnóstico e acompanhamento de casos de VCM. A subnotificação de casos de VCM resulta no não fortalecimento de políticas públicas e no impedimento de criação de novos mecanismos de proteção às mulheres vítimas de violência. Sobretudo em áreas de vulnerabilidade social, onde

as dificuldades de acesso à RAS e demais serviços de assistência social e segurança são multifatoriais, é imprescindível que o acompanhamento das vítimas e o acesso aos serviços sejam ampliados e fortalecidos, objetivando a prevenção da fragmentação do cuidado, e de desfechos irreversíveis e fatais.

Apesar de essenciais para o combate do novo coronavírus, as medidas de controle implementadas no ano de 2020 representaram um importante obstáculo para o acesso de mulheres vítimas de VCM aos serviços de saúde e outros serviços de atendimento. Portanto, destaca-se a necessidade de identificar mulheres vítimas de VCM que deixaram de ser diagnosticadas e acompanhadas adequadamente em decorrência da implementação das medidas de controle contra o novo coronavírus. Investigações sobre os impactos do não acompanhamento dessas mulheres, tanto para a saúde das mesmas, quanto para a saúde pública e economia também se mostram necessárias, uma vez que a VCM continua a representar uma ameaça mortal para incontáveis mulheres ao redor do globo ao longo dos anos.

## REFERÊNCIAS

1. Organização das Nações Unidas. Declaração sobre a eliminação da violência contra as mulheres. Resolução nº 48/104, 20 de dezembro de 1993 [sob proposta da Terceira Comissão (A/48/629)], 85ª sessão plenária. Nova York: ONU, 1993.
2. Organização Mundial da Saúde. Estimativas de prevalência da violência contra as mulheres, 2018. Genebra, 2021. Disponível em: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-prevention/vaw\\_report\\_web\\_09032021\\_oleksandr.pdf?sfvrsn=a82ef89c\\_5&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/violence-prevention/vaw_report_web_09032021_oleksandr.pdf?sfvrsn=a82ef89c_5&download=true)
3. BRASIL. Lei 11.340, de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Brasília, 2006. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm)
4. Krug E, Dahlberg L, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. **World report on violence and health**. Geneva: World Health Organization; 2002. Disponível em: <http://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>
5. BRASIL. Lei 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. 40 p. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/110.778.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.778.htm). Acessado em: 22 abr .2021.
6. Saliba O, Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. Rev Saúde Pública 2007;41:472–7. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300021&lng=en&nrm=iso); <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000300021>
7. Sousa SPO, Mascarenhas MDM, Silva M da CB, Almeida RAM de. Conhecimento sobre doenças e agravos de notificação compulsória entre profissionais da Estratégia Saúde da Família no município de Teresina, estado do Piauí, Brasil - 2010. Epidemiol Serv Saúde 2012;21:465–74. Disponível em: [http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-49742012000300012&lng=pt&nrm=iso](http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742012000300012&lng=pt&nrm=iso); <https://doi.org/10.5123/S1679-49742012000300012>
8. Couto WBA. O cuidado em saúde na visão de adolescentes gestantes na atenção básica [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2018.

9. Scharaiber LB, D'Oliveira AFP, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito – A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: UNESP; 2005.
10. Silva AJA, Nogueira DA. O assistente social e o atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica e familiar. *Barbarói*. 2020; p. 44–67,
11. Santos EP, Morais RTR, Bassan DSB. Saúde e vulnerabilidade social: discutindo a necessidade de ações comunitárias com base em indicadores sociais no município de Taquara/RS. *DRd - Desenvolvimento Regional em debate*. 2020; v. 10, p. 885–904,
12. Emygdio RF, Lemes RA, Souza SCB. Rocinha e maré: uma realidade urbana. *Revista Digital Simonsen*. 2015 Nov; n.3. Disponível em: [www.simonsen.br/revistasimonsen](http://www.simonsen.br/revistasimonsen)
13. Almeida GB, Souza COM. Núcleo de Atendimento à Mulher (NUAM): análise do perfil da vítima de violência doméstica e familiar na Comunidade da Rocinha. *Caderno de Segurança Pública*. 2017 Nov; n.9.
14. BRASIL. Violência doméstica e familiar contra a mulher: Ligue 180 e tudo o que você precisa saber, Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Brasília, 2020. Disponível em: [disponível em: https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/denuncie-violencia-contra-a-mulher/violencia-contra-a-mulher](https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/denuncie-violencia-contra-a-mulher/violencia-contra-a-mulher)
15. Junior SSF, Almeida VTS, Júnior ALDO, Luiz RS. As prisioneiras da dor: argumentando sobre a subnotificação da violência doméstica em meio à pandemia. *Brazilian Journal of Development*. 2021; v. 7, n. 4, p. 38721–38739.
16. Taquette S, Mello AS, Raymundo CS, Mathias CRJC, Eisentein E, Bastos FG, Novotny LW, Attianezi M, Bastos O, Melo RCSM, Barker SL, Pollo V. Mulher adolescente/jovem em situação de violência. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. 2007; p. 128.
17. Gomes I, Marli M. IBGE mostra as cores da desigualdade. *Revista Retratos*. 2018 Mai; v. 11, p. 17.
18. Carneiro S. Mulheres em movimento. *Revista Estudos Avançados*. 2003; v. 17, n. 49, p. 117-132. Disponível em <https://www.revistas.usp.br/eav/article/view/9948/11520>
19. Glaser N, Carraro L. Violência contra a mulher negra: Análise comparativa sobre dados de violência de gênero racial. *Salão Internacional de Ensino, Pesquisa e Extensão – SIEPE*. 2018 Nov; v. 10.
20. Organização Mundial da Saúde. Natureza, magnitude e consequências da violência sexual e da violência por parceiro íntimo. *Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência*. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde; 2012; p.11-17.
21. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Nota Técnica: Violência Doméstica Durante a Pandemia de COVID-19. 2020.
22. Garbin CAS, Garbin AJI, Dossi AP, Dossi MO. Violência doméstica: análise das lesões em mulheres. *Cad Saúde Pública* 2006;22:2567–73. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001200007&lng=pt&tlng=pt)
23. Minayo MCS. A violência social sob perspectiva da saúde pública. *Cad Saúde Pública*. 1994; 10 Suppl 1:7-18.
24. D'oliveira AFPL, Scharaiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Revista de Medicina*. 2014; v. 92, n. 2, p. 134.
25. Starfield B. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde; 2002.