



Capítulo 4

ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO ESTRATÉGIAS DE CUI- DADO EM CASOS DE VIOLÊN- CIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

**ACOLHIMENTO E VÍNCULO COMO ESTRATÉGIAS DE CUIDADO
EM CASOS DE VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO PRI-
MÁRIA**

**RECEPTION AND BONDING AS CARE STRATEGIES IN CASES OF
VIOLENCE AGAINST WOMEN IN PRIMARY CARE**

Edja Mayra Ferreira de Castro¹

Dayse Catão Ramalho²

Você pode me riscar da História

Com mentiras lançadas ao ar.

Pode me jogar contra o chão de terra,

Mas ainda assim, como a poeira, eu vou me levantar.

Minha presença o incomoda?

Por que meu brilho o intimida?

Porque eu caminho como quem possui

Riquezas dignas do grego Midas.

[...]

Das chochas dessa História escandalosa

1 Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Alagoas, Especialista em Saúde da Família e Comunidade pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da Paraíba e Secretaria Municipal de Saúde de João Pessoa.

2 Possui Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Paraíba, formação em Psicanálise e saúde mental - EBP/ Seção PB e Mestrado em Saúde da família pela Universidade Federal da Paraíba. Especialista em Saúde mental – FIP, Especialista em Preceptoría no SUS pelo Hospital Sírio-Libanês. Preceptora Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Secretaria Municipal de Saúde João Pessoa. Possui Experiência em CRAS/ CREAS/ NASF. Atualmente é Psicóloga no CAPS AD III - David Capistrano da Costa Filho.

Eu me levanto

Acima de um passado que está enraizado na dor

Eu me levanto

Maya Angelou

Trecho de “ And Still I Rise”

1978

Resumo: Este trabalho consiste em uma observação participante, construído a partir das vivências de uma residente de Psicologia em Saúde da Família e Comunidade. O material do estudo foi composto de registros dos atendimentos onde as falas das usuárias, trazidas a partir da memória e de anotações, produziam sentidos e provocavam a criação de uma relação de respeito entre usuária e profissional e também entre usuária e serviço de saúde. O objetivo deste trabalho foi gerar uma reflexão acerca da importância do acolhimento e da criação de vínculo entre usuárias e profissionais de unidades de saúde da família, em casos de violência contra a mulher. Dentro da atenção primária, acolher e vincular produzem responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que, efetivamente, impactam o processo de saúde, assim, percebe-se que o acolhimento, proporcionado pelos profissionais, foi essencial para criar um vínculo com as usuárias, para que falassem sobre a violência e pudessem ser direcionadas para a psicoterapia. Conclui-se que é necessário problematizar a forma como a violência contra a mulher chega à Atenção Básica, bem como a forma que é realizado o acolhimento destas usuárias, pois tanto o acolhimento quanto o vínculo permitem que as histórias sejam conhecidas fazendo com que cada usuária e profissional afete e seja afetado, facilitando o relacionamento entre ambos, melhorando o serviço ofertado e auxiliando na aceitação do cuidado, modificando as práticas em saúde e considerando as singularidades de cada usuária.

Palavras chaves: violência contra mulher, acolhimento, atenção primária

Abstract: This work consists of a participant observation, built from the experiences of a resident of Psychology in Family and Community Health. The material of the study was composed of records of consultations where the speeches of the users, brought from memory and notes, produced meanings and provoked the creation of a relationship of respect between the user and the professional and also between the user and the health service. The objective of this work was to generate a reflection on the importance of welcoming and creating a bond between users and professionals of family health units, in cases of violence against women. Within primary care, welcoming and linking produce accountability and technological optimization of the solutions that effectively impact the health process, thus, it is perceived that the reception, provided by professionals, was essential to create a bond with users, so that talk about violence and could be directed to psychotherapy. It is concluded that it is necessary to problematize the way in which violence against women reaches Primary Care, as well as the way in which these users are welcomed, since both the reception and the bond allow the stories to be known, making each user and professional affect and be affected, facilitating the relationship between them, improving the service offered and assisting in the acceptance of care, modifying health practices and considering the singularities of each user.

Keywords: violence against women, reception, primary care

Introdução

A violência contra a mulher passou a ser considerada problema de saúde pública em 1996 (SILVA, PADOIN E VIANA, 2013), porém ainda hoje, em 2021, continua sendo uma triste realidade no Brasil e no mundo. No ano passado, das 18.000 notícias que foram acompanhadas pela Rede de

Observatórios da Segurança, 10% foram relatados como relativas à violência contra as mulheres (isso simboliza 1.823 eventos, ou seja, cinco por dia). “Este alto número é fruto de uma construção social que delega à mulher uma posição subalterna e que dá ao homem a falsa sensação de posse em relação à sua companheira” (RAMOS, 2021, p.8).

Ainda segundo o autor supracitado, durante muito tempo mulheres foram vistas como propriedade masculina, seguindo uma necessidade de construir a imagem da mulher do lar, dos filhos e obediente como o “ideal de feminino”. Esse ideal vem sendo questionado na teoria e não é mais uma norma, devido aos avanços de lutas feministas das últimas décadas, entretanto ainda há muita aversão quanto a essas mudanças o que faz com que, na prática, o que foge a esse modelo “ideal” seja recebido de forma violenta por parte da sociedade.

É a partir da fuga deste ideal que em 1989, mesmo com uma falta de investimento do governo federal e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), os movimentos de mulheres avançavam ao dialogar com os governos estaduais para a criação e ampliação de Delegacias de Mulheres, abrigos, centros de referência e serviços de saúde voltados para mulheres vítimas de violência sexual. Isso ocorreu pois com a Constituição de 1988 finalmente foi reconhecida a violência contra a mulher, estabelecendo a necessidade de proteger as vítimas bem como o direito de assistência à saúde por parte do Estado através do Sistema Único de Saúde (SUS) (SANDENBERG E TAVARES, 2016).

A temática da violência contra a mulher é uma questão de saúde pública e traz como pauta a Atenção primária (representando a porta de entrada do sistema de atenção à saúde) e o acolhimento prestado às vítimas que buscam os serviços em caso de necessidade de assistência. O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH) mais visíveis na Atenção Primária à Saúde (APS), promovendo o acesso dos usuários por meio de uma mudança no processo de trabalho, disposto a atender todos aqueles que procurarem o serviço de saúde (BRASIL, 2013).

Conforme Silva, Padoin e Viana (2013), a Atenção Básica é um dos setores da saúde que tem como objetivo assistir mulheres em situação de violência. As intervenções, incluídas na Política

Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), permitem acolher a violência junto a outras demandas, tornando-se parte da prática assistencial da mulher.

O acolhimento como postura e prática promove a construção da relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, objetivando as respostas resolutivas aos problemas identificados através da escuta. Esse pressuposto é a base para uma prática assistencial mais assertiva à mulher em situação de violência (SILVA, PADOIN E VIANA, 2013, p. 609).

De acordo com a PNH (BRASIL, 2013), “acolher é reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” (p.7). Tendo como objetivo principal a “construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva” (p.8). Garantindo, através de uma escuta qualificada por parte dos profissionais, o acesso dos usuários a partir de uma análise de risco (onde são investigados a vulnerabilidade e a gravidade do caso) para que as demandas sejam atendidas de forma eficaz dentro do SUS e ampliando as práticas de cuidado.

O acolhimento surge na concepção da necessidade de uma reorganização da atenção à saúde, reordenando e modificando o modelo tecno-assistencial dos serviços de saúde, indicando a mudança da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde, com base na oferta de atendimento a todas as pessoas que o procuram por meio de uma conexão de confiança e de compromisso dos usuários com a equipe e os serviços (SOARES, 2011).

Ainda segundo Soares (2011), “o acolhimento deve ser visto como um dispositivo potente para se atender os princípios e diretrizes estabelecidos pelo SUS, pois o mesmo facilita a acessibilidade, favorecendo o desenvolvimento de vínculo entre equipe e população” (p. 9). O acolhimento possibilita também conhecer a demanda do usuário, o que o faz buscar o serviço, o que é possível fazer dentro da rede para solucionar a queixa. Dentro da atenção primária, por exemplo, onde os

usuários são adscritos ao território do serviço e tem uma equipe de referência, é importante que este acolhimento esteja associado a uma criação de vínculo, pois esta prática possibilita uma troca entre profissionais e usuários, visando a ampliação da qualidade do cuidado. Acolher e vincular produzem responsabilização e otimização tecnológica das resolutividades que, efetivamente, impactam o processo de saúde.

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento, e conseqüentemente evitando consultas e internações desnecessárias (BRUNELLO, et al., 2009, p.132).

Vê-se, frequentemente, a violência contra a mulher sendo discutida nos cenários de saúde, relacionada ao protocolo de ação, aos sistemas de rede de apoio à mulher. Mas, se tratando da atenção primária, é preciso se atentar para formas de trabalhar isso dentro deste cenário, deste contexto. O acolhimento é a primeira ferramenta que pode ser utilizada desde a chegada da usuária ao serviço até o encaminhamento para o serviço especializado. O vínculo determina um estreitamento da relação interpessoal.

Sendo assim, é possível se perguntar: como o acolhimento e a criação de vínculo entre profissionais e usuárias na Atenção Básica contribui para a ampliação do cuidado em casos de violência contra a mulher? Para responder a essa questão, a pesquisa teve como objetivo gerar uma reflexão acerca da importância do acolhimento e da criação de vínculo entre usuárias e profissionais de unidades de saúde da família, em casos de violência contra a mulher.

Metodologia

Este trabalho consiste em um estudo qualitativo, transversal, descritivo, utilizando a técnica de observação participante, construído a partir das vivências de uma residente de Psicologia em Saúde da Família e Comunidade em uma Unidade de Saúde da Família, no período de março de 2020 à fevereiro de 2022, no município de João Pessoa, Paraíba.

A abordagem qualitativa, surgida na Alemanha no século XIX, surge com a necessidade das ciências sociais estudarem os fenômenos da humanidade. Nela o pesquisador descreve os comportamentos humanos e tenta entender o seu significado (QUEIROZ et al., 2007).

Segundo Minayo (2001), a observação participante permite analisar fatores subjetivos e serve como fonte de conhecimento real do contexto em que o grupo analisado está inserido; no caso desta pesquisa, aproximou a residente da realidade em que as usuárias estavam inseridas. Ainda, segundo Queiroz et al. (2007), a principal suposição desta abordagem é que não há nada enrijecido, isto é, não há a necessidade de conclusões definitivas, a incerteza faz parte da sua natureza.

Neste modelo, o observador faz parte do processo de observação e estabelece uma relação com os observados, podendo modificar e ser modificado pelo contexto.

A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (MINAYO, 2001, p 59-60).

A coleta de dados envolveu desde a chegada das usuárias ao serviço, o processo de acolhimento e atendimento pelos profissionais de referência das equipes (sendo médicos, enfermeiras, dentistas ou agentes de saúde) até o encaminhamento para o atendimento psicológico.

O material desse estudo foi composto de observações da residente; registros dos atendimentos onde as falas das usuárias, trazidas neste trabalho a partir da memória e de anotações, produziam sentidos e provocavam a criação de uma relação de respeito entre usuária e profissional e também

uma ligação entre usuária e o próprio serviço de saúde.

Resultados e Discussão

As Residências em Saúde da Família aparecem no final da década de 1990, com o intuito de criar um molde de Residência Multiprofissional, vinculadas à Atenção Primária à Saúde (APS), salvaguardando as especialidades de cada profissão envolvida, mas criando uma área comum, vinculada à saúde pública e que ampliasse os princípios da promoção da saúde, integralidade, atenção e do acolhimento. As Residências em Saúde são oficializadas a partir da Lei nº 11.129 de 2005, orientadas pelos princípios e diretrizes do SUS, com a proposta de incluir e formar profissionais com uma visão integrada e crítica, com capacidade para resolver as necessidades de saúde da comunidade (BRASIL, 2006).

De acordo com a definição do Ministério da Saúde, a APS se caracteriza, por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde.

Sendo a principal porta de entrada da população no SUS, servindo como coordenadora do cuidado e centro de comunicação com a Rede de Atenção à Saúde, a APS amplia os meios de atenção integral à saúde, com profissionais atuando para além do espaço físico do serviço, em uma assistência territorializada e contextualizada, por meio dos princípios do SUS (como universalidade, integralidade, equidade, entre outros), ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Estes serviços são conhecidos como Unidades de Saúde e encontram-se dentro do território à qual a população se situa e são responsáveis pela resolutividade de 80% dos problemas de saúde pública (BRASIL, s.d).

Dentre estes problemas está a violência contra a mulher (VCM), um fenômeno mundial que pode ocorrer ao longo da vida e entre diferentes classes sociais, mostrando ser necessário considerar

seus aspectos socioculturais. As diversas formas de violência contra as mulheres acabam por exigir uma reorganização da prática assistencial das equipes de saúde com o intuito de melhor responder a esta demanda, devido aos danos e sequelas que causam às vítimas e ao próprio serviço (PIMENTA, 2011).

Quando mulheres estão sofrendo violência e procuram os serviços de saúde, nem sempre conseguem expor a situação, por isto é necessário buscar, sempre, manter um vínculo com a comunidade, para conhecer o contexto em que a população está inserida e também suas dificuldades (PIMENTA, 2011). Isto pode ser feito através de uma busca ativa de casos, com perguntas para o cadastramento com as equipes de agentes comunitários de saúde, durante a triagem, com perguntas rotineiras em atendimentos dos mais diversos tipos, durante a anamnese ou até mesmo quando outras queixas são trazidas durante os atendimentos.

Essa busca ativa poderia partir de espaços de acolhimento, aproximação, e escuta, possivelmente havendo a revelação de episódios violentos. Entretanto, segundo Beraldi et al. (2012) para identificar a violência, se mostra necessário fazer uso de “recursos internos, sensibilidade, habilidade e disponibilidade para ouvir o outro, além de intenso investimento na capacitação profissional” (p 316), é importante fazer questionamentos, pois se o profissional não perguntar é muito improvável que a mulher relate a violência. É interessante, também, respeitar o espaço e o tempo da usuária durante estes questionamentos, pois, por mais que sejam relevantes, mais importante é entender que a mulher deve se sentir confortável para falar sobre a situação de violência vivida.

De acordo com d'Oliveira et al. (2020) existem alguns motivos para que a atenção primária seja significativa na atenção à saúde no que se refere à VCM. A primeira se refere ao fato de a APS seja a porta de entrada do SUS, a segunda está relacionada com a atuação longitudinal e territorializada da APS, junto à comunidade e às famílias adscritas. Por fim, por ter a APS uma perspectiva assistencial voltada à prevenção e promoção em saúde, oferecendo uma assistência contínua às mulheres independente das queixas serem ligadas a adoecimentos, vê-se a APS como um importante serviço

de atendimento às vítimas de violência.

Faz-se importante deixar claro que o período aqui relatado coincide com o início da pandemia de COVID-19, que trouxe diversos impactos sociais, inclusive o aumento do número de casos de VCM e a subnotificação, já que muitas mulheres, que sofriam (e ainda sofrem) esse tipo de violência dentro de suas casas muitas vezes não conseguiam fazer a denúncia ou procurar algum tipo de atendimento. É neste contexto que entra a importância das unidades de saúde, por se tratarem de atendimentos dentro do território. As possibilidades de contatos de rede, conhecida como intersetorialidade, que as Unidades de Saúde da Família conseguem realizar, se mostram ainda mais importantes nesta conjuntura.

Enquanto enfrentamos os impactos devastadores da pandemia da COVID-19 na América Latina e no Caribe, assim como em todas as regiões do mundo, é preciso enfrentar outra pandemia que não pode ficar oculta: a violência contra mulheres e meninas. Essa violação de direitos humanos afeta, em média, uma em cada três mulheres ao longo da vida e, apenas em 2019, resultou em ao menos 3.800 vítimas de feminicídio (ONU MULHERES, 2020, p.1)

Logo ao iniciar a residência foi possível perceber que o território pertencente à USF era extremamente vulnerável e que a unidade tinha uma alta demanda de casos de VCM, entretanto, a partir de uma conversa com uma enfermeira, foi exposto que a USF não notificava casos de violência há mais de três anos por receio de repressão da comunidade, ou seja, não havia uma compreensão por parte dos profissionais da diferença entre notificação e denúncia. A partir daí houve o interesse da residente em discutir mais sobre este tema, percebendo a necessidade de falar com usuários e usuárias e também com os próprios profissionais das equipes, convidando trabalhadores de outras áreas e fazendo um contato intersetorial para falar sobre a realidade do território. Por exemplo, quando foi feito um diálogo com a assistente social da unidade sobre a necessidade de uma intervenção na equi-

pe para que fizesse um convite externo e esta chamou a patrulha da mulher para falar sobre casos de violência e como proceder.

É comum usuárias chegarem até o serviço de saúde com queixas diversas, mas não especificamente a VCM e acabarem relatando sobre a violência em algum momento, relacionando com o problema que foi inicialmente trazido. Como é o caso de uma usuária atendida pela médica que chegou com a queixa a respeito da vida sexual e o incômodo que sentia ao ter relações, mas devido às conversas durante os atendimentos, foi dito à médica que havia sofrido uma série de violações desde a infância por familiares e conhecidos. Ou até mesmo de outra usuária que chegou até a unidade se queixando de dores e foi direcionada ao médico, onde relatou que havia sido estuprada.

Percebe-se que o acolhimento, uma escuta inicial, proporcionado pelos profissionais foi essencial para criar um vínculo com essas usuárias, e então falassem sobre a violência para que pudessem ser direcionadas para a psicoterapia, tendo em vista que ambos os casos foram direcionados para atendimento psicológico logo após ser ofertada esta possibilidade para as usuárias. A importância desta escuta se dá devido ao fato de ser a partir dela que são identificados os problemas, a gravidade do caso e, também, onde são elencadas possíveis resoluções.

As usuárias chegaram à psicoterapia por meio de atendimentos de profissionais de suas equipes, onde acabaram relatando questões sobre violência contra a mulher, casos como estupro e abusos desde a adolescência. Os casos eram trazidos nas consultas e passados para a psicóloga residente de forma em que eram feitos atendimentos de acordo com a demanda e disponibilidade das usuárias (eram agendados encontros semanais, mas, caso sentissem necessidade, outros encontros poderiam ser agendados com maior antecedência). A maioria dos encontros ocorriam dentro da unidade, na sala que estivesse disponível para atendimento, mas também eram realizadas interconsultas com outros profissionais como médicos das equipes, enfermeiras e também visitas domiciliares com apoio dos agentes de saúde.

Na experiência aqui trazida a psicoterapia foi guiada pela linha do construcionismo social.

Na qual o papel terapeuta cria

condições para o surgimento de conversas que gerem novos sentidos em uma postura de colaboração, rumo à co-construção; (3) foco no relacionamento: a terapia construcionista busca a compreensão das questões trazidas pelo cliente, através de uma análise dos relacionamentos nos quais ele está envolvido e nos quais constrói determinados sentidos; (4) sensível a valores: o terapeuta construcionista considera que o relacionamento terapêutico é sempre pautado por determinados valores que influenciam na construção dos sentidos neste contexto (RASERA E JAPUR, 2004, p.432).

Assim é imprescindível para o terapeuta construcionista que haja um vínculo entre profissional e usuário, possibilitando a troca que origina na terapia, sendo o acolhimento parte deste processo desde o início, pois é ele que permite o encontro e está envolto de sentidos.

É necessário tempo para a construção do vínculo, o que torna compreensível que a pessoa não se sinta à vontade para falar sobre sua vivência, seus traumas e a violência que sofreu, então foi necessário alguns atendimentos para poder criar uma relação de confiança com as usuárias e assim pudessem falar sobre o que lhes ocorreu. Através do vínculo as usuárias conseguiam ressignificar suas histórias e as violências sofridas, enxergando suas potencialidades para que pudessem enxergar além da violência sofrida, o que é possível observar nos relatos trazidos abaixo:

Olhei pra mim vir mulher que me tornei dei graça a Deus por tudo que aconteceu comigo pra torna a mulher que só hoje. forte. [...] Aos 14 foi estuprada pelo mostro assim que vejo ele. molestada pelo cunhado, pelos irmãos. O melhor de tudo é saber que eu venci tudo isso. (Usuária 1)

Foi difícil, foi lágrimas e mais lágrimas, não posso dizer que estou 100% mas

vou chegar lá não sou mais aquela mulher fraca quando cheguei aqui nas primeiras semanas. Obrigada a deus, obrigada a meu esposo, obrigada a minha médica e a minha psicóloga, e principalmente a mim! (Usuária 2)

Através do acolhimento as práticas em saúde são modificadas de forma a considerar as singularidades de cada uma das mulheres que chegam à unidade de saúde, podendo identificar possíveis violências. Para isso é importante levar em consideração a compreensão dos afetos para enfrentar situações cotidianas nos serviços de saúde, sem que a doença se torne o foco - o enfoque deve ser sempre a usuária e seu sofrimento (SCHOLZE, DUARTE JUNIOR E SILVA, 2009)

Ao trazer o sofrimento, uma usuária trazia uma narrativa interessante durante os atendimentos, falando que apenas podia confiar na psicóloga pois foi colocado em questão o seu relato de violência quando foi mencionado para outra profissional da equipe. Isso dificultou o acesso da mesma à unidade de saúde, devido à quebra de vínculo com profissionais e o próprio serviço. Mas com a insistência da residente, que trouxe para perto outros profissionais, fez com que a usuária se sentisse confortável até que reconhecesse que ali era seu espaço novamente.

Fiquei com medo e chateada, por não terem acreditado em mim, achava que não tinha forças mais pra ficar discutindo, brigando, fazendo com que acreditassem. O que posso contar é minha psicóloga, isso me dá forças. Não vou mais deixar isso me impedir de vir ao posto fazer minhas coisas (Usuária 3).

Essa relação se caracteriza em um vínculo que vai se formando e possibilitando uma melhora na qualidade dos serviços de saúde, estabelecendo relações de escuta, de diálogo e de respeito. É indispensável tomar o acolhimento e a escuta, o vínculo como inicial e a partir daí tomar outras providências como um atendimento, uma notificação de violência, recorrer a outros serviços em caso de direitos violados, reconhecer que estamos ali enquanto profissionais de saúde para atender às ne-

cessidades daquela mulher que trouxe seu relato, não para duvidar do que foi dito.

É possível perceber que para fazer um bom atendimento, em um caso de violência, não depende de um único profissional, mas sim de toda a equipe que se envolve na unidade de saúde e do vínculo que essa equipe tem com os usuários e usuárias.

É necessário que todos os envolvidos no atendimento de casos de VCM aprendam a trabalhar baseados nos pressupostos da interdisciplinaridade, a qual implica uma consciência dos limites e das potencialidades de cada campo de saber para que possa haver uma abertura em direção à construção de um fazer coletivo (BERALDI et al., 2012, p.316-317).

O vínculo, então, acaba contribuindo no processo de aceitação ao tratamento, confiando e seguindo as recomendações dos profissionais de maneira orientada, buscando sempre o conforto e a melhor qualidade de saúde das usuárias, de forma que a assistência não seja apenas para prevenir doenças, mas sim para promover uma melhor qualidade de vida. Isso pode ser percebido com uma das usuárias, tendo em vista que no início do tratamento ela tinha receio de tomar medicações para a depressão, mas devido ao vínculo com a médica passou a tomar. O que fez com que a médica a encaminhasse para a psicoterapia, algo que ela também tinha receio, entretanto o bom vínculo com as profissionais ajudou no processo.

Quando eu fui fazer terapia eu pensei ‘sera que eu vou conseguir ou eu tenho que desistir? ou seja melhor seguir em frente sozinha com minhas dores me agarrar em coisas que não posso mudar ou falar pra mim mesma que eu não sou forte de verdade, seguir em frente sabendo que eu não vou conseguir?’ Eu me senti assim quando eu comecei a fazer terapia. [...]. Quando a tristeza bater em minha porta vou deixar bem claro que felicidade chegou primeiro. eu não vou ser vítima do meu passado. tudo isso que eu passei foi pra mostrar que eu

sou uma guerreira dentro de mim e vou ser forte daqui pra frente. Não quero decepcionar as pessoas que estão me ajudando, primeiro eu, meu esposo, a minha médica e minha psicóloga. (Usuária 2)

Considerações Finais

Na Atenção Básica nos deparamos com diferentes realidades e diferentes questões de saúde. Apesar de muitos profissionais terem dificuldade de reconhecer, a violência contra a mulher é uma destas questões e se torna também um fator de risco para o desenvolvimento de diversos outros problemas de saúde.

Torna-se necessário problematizar a forma como a violência contra a mulher chega à Atenção Básica, bem como é realizado o acolhimento destas usuárias, pois a forma que esta demanda é atendida nos serviços pode acarretar em uma sobrecarga por parte dos profissionais, refletindo em uma necessidade de ampliação em treinamentos e capacitações para o atendimentos destes casos na Atenção Primária à Saúde, bem como na não procura por parte das usuárias, em casos de violência, por serviços como as unidades de saúde.

O acolhimento e o vínculo permitem as histórias sejam conhecidas fazendo com que cada usuária e profissional afete e seja afetado, facilitando o relacionamento entre ambos, melhorando o serviço ofertado por parte dos profissionais e auxiliando na aceitação do cuidado por parte das usuárias, modificando as práticas em saúde e, assim, considerando as singularidades de cada uma das usuárias.

É preciso considerar a violência contra a mulher nos cenários da atenção básica relacionada não somente à rede de apoio, mas também a formas de trabalhar esta temática dentro dos territórios e também de outros serviços de saúde e da assistência. Trabalhar saúde da mulher envolve se atentar a papéis de gênero e sobre como isso se aplica dentro do contexto social e também no âmbito da saúde.

Mostram-se necessárias capacitações e outros momentos de formação e discussões contínuas na APS, de forma a ampliar o cuidado integral à saúde da mulher, por ter um enorme impacto nas condições de saúde e nas variáveis sociodemográficas.

A construção de vínculos possibilita que relações sejam fonte de apoio, de força, de compreensão, para que seja possível reconhecer potencialidades, superar, e principalmente, crescer. Relatar qualquer tipo de violência contra a mulher enquanto uma mulher é entrar em contato com sofrimentos de outras que também afetam, pela simbologia do papel social de ser mulher. É um processo que passa uma dor física, emocional e espiritual, mas ao mesmo tempo é também sobre luta, resistência e complacência.

Referências:

ANGELOU, MAYA. And Still I Rise. 1978. Disponível em: <https://ericabombardi.files.wordpress.com/2019/01/ainda-assim-eu-me-levanto-maya-angelou.pdf>

BRASIL, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição – 1ª reimpressão – 2013

BRASIL, Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - SAS. Departamento de Atenção Básica - DAB. s.d. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee>

BRASIL. Ministério da Saúde. Residência multiprofissional em saúde: experiências, avanços e desafios. Série B. Textos Básicos de Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Brasília, 2006. 414 p. Acesso em: 19/12/2018. Dispo-

nível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/residencia_multiprofissional.pdf

BERALDI, Ana Cyntia Paulin et al. Violência contra a mulher na rede de atenção básica: o que os enfermeiros sabem sobre o problema?. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil [online]. 2012, v. 12, n. 3 [Acessado 8 Janeiro 2022] , pp. 307-318. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1519-38292012000300010>.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino et al. O vínculo na atenção à saúde: revisão sistematizada na literatura, Brasil (1998-2007). Acta Paulista de Enfermagem [online]. 2010, v. 23, n. 1 [Acessado 9 Janeiro 2022] , pp. 131-135. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100021>>.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas et al. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática* * Estudo financiado pelo Medical Research Council (MRC – UK). . Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2020, v. 24 [Acessado 4 Dezembro 2021] ,e190164. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.190164>. Epub 08 Jun 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

ONU MULHERES. Prevenção da Violência contra Mulheres diante da COVID-19 na América Latina e no Caribe. v 1. n.1.2020. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2020/05/BRIEF-PORTUGUES.pdf>

PIMENTA, Jucilane Costa. Violência contra mulher: um desafio para a atenção básica à saúde. Uni-

versidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Governador Valadares, 2011. 29f. .Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

QUEIROZ et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. R. Enferm, UERJ, Rio de Janeiro, 2007, v. 15, n.2, p. 276-283. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2020779/mod_resource/content/1/Observa%C3%A7%C3%A3o%20Participante.pdf

RAMOS, Silvia. A dor e a luta das mulheres: números do feminicídio - Rio de Janeiro: Juliana Gonçalves, CESeC, 2021. Disponível em: https://dssbr.ensp.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/03/REDE-DE-OBS_ELASVIVEM-1.pdf

RASERA, Emerson F. e JAPUR, Marisa. Desafios da aproximação do construcionismo social ao campo da psicoterapia. Estudos de Psicologia (Natal) [online]. 2004, v. 9, n. 3 [Acessado 8 Janeiro 2022], pp. 431-439. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2004000300005>.

SANDENBERG, Cecilia M. B; TAVARES, Márcia S. (Org.) Violência de gênero contra mulheres: suas diferentes faces e estratégias de enfrentamento e monitoramento. - Salvador: EDUFBA, 2016. 335 p. (Coleção bahianas; v. 19)

SCHOLZE, Alessandro da Silva, Duarte Junior, Carlos Francisco e Silva, Yolanda Flores. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. Interface - Comunicação, Saúde, Educação [online]. 2009, v. 13, n. 31 [Acessado em 8 Janeiro 2022], p. 303-314.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. *Acta Paulista de Enfermagem* [online]. 2013, v. 26, n. 6

SOARES, Tatiana Aparecida. Os benefícios do acolhimento na atenção básica de saúde: uma revisão de literatura. Araçuaí – MG. 28p. 2011