

**CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFAAT
PSICOLOGIA**

RIANA TIEMI KINOSHITA RIBEIRO

**PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O SOFRIMENTO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

**Atibaia/SP
2021**

RIANA TIEMI KINOSHITA RIBEIRO RA: 1517606

**PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O SOFRIMENTO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Psicologia no Centro Universitário UNIFAAT, como requisito parcial para obtenção de Bacharel em Psicologia, sob orientação da Prof.^a Me. Marcela Cavallari Augusto.

Atibaia/SP

2021

FOLHA DE APROVAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
Termo de Aprovação

RIANA TIEMI KINOSHITA RIBEIRO

PSICOLOGIA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: O SOFIMENTO DE MULHERES
VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial para obtenção de Bacharel em Psicologia, pelo Centro Universitário UNIFAAT, com orientação da Prof. Me. Marcela Cavallari Augusto.

Data da aprovação: __/__/__

Prof.^a Me. Marcela Cavallari Augusto

Orientadora

AGRADECIMENTOS

Deixo aqui meus agradecimentos,

Primeiramente aos meus pais, Nilton e Sayuri, por sempre acreditarem em mim, pelo carinho, apoio e incentivo em toda minha trajetória. As minhas tias, Adriana e Erika, que mesmo longe me deram suporte e acolhimento. Ao meu namorado, Giovanni, por sempre me fazer acreditar em mim mesma. Aos meus colegas de curso, pelas trocas, ideias e ajuda mútua. Aos meus avós, Rubens, Marilena e Zilda, por todo amor e por sempre se felicitem por minhas conquistas. E ao meu avô Nilton, que me acompanhou no meu coração, em todo esse caminho.

RESUMO

A violência doméstica é um fenômeno antigo e recorrente no interior das famílias e que vem ganhando cada vez mais visibilidade, devido ao aumento de denúncias e da discussão da problemática envolvendo todas as esferas sociais. Sabe-se que a saúde mental de mulheres vítimas de violência doméstica é gravemente prejudicada, desenvolvendo sintomas somatizados, como depressões, ansiedades, fobias sociais, enxaquecas, fibromialgias, entre outros. A atenção Primária à Saúde (APS) torna-se uma das portas de entradas dessas mulheres quando procuram ajuda, seja para a violência em si ou suas consequências físicas e psíquicas. Desse modo, os objetivos do presente trabalho buscam descrever e esquematizar o trabalho da psicóloga (o) na APS ao receber essas mulheres e identificar boas práticas para a psicóloga (o) no auxílio das vítimas. Foi realizada uma pesquisa bibliográfica sobre a violência contra mulher e a doméstica e os serviços da/o psicóloga (o) na APS. Conclui-se que a psicóloga (o) tem um trabalho fundamental não apenas no atendimento direto com as vítimas, mas também na formação continuada da equipe e na promoção de campanhas de conscientização voltadas para a sociedade.

Palavras Chaves: Atenção Primária à Saúde; Violência Doméstica; Psicologia.

ABSTRACT

The domestic violence is an old phenomenon and very recurrent on the within families, which in this days has been gaining more and a more visibility, due to the increase of complaints and discussion of the problem involving all social spheres. It's known that the mental health of women victims of domestic violence is severely impaired, developing somatized symptoms, such as depression, anxieties, social phobias, headaches, fibromyalgia's and among others. Primary Health Care becomes one of the getaways for these women when they seek help, whether for the violence itself or its physical and psychological consequences. Thus, the objectives of this study seek to describe and outline the work of the psychologist in PHC when receiving these women and identify good practices for the psychologist in helping victims. Bibliographical research was carried out on violence against women and domestic and psychologist services in PHC. It is concluded that the psychologist has a fundamental job not only in direct care with victims, but also in the continued training of the team and in promoting awareness campaigns aimed at society.

Keywords: Primary health care; Domestic Violence; Psychology

Sumário

Introdução	7
1. A Violência Contra Mulher	8
1.1 Violência Doméstica	12
1.2 A Mulher Violentada Na Psicanálise	16
2. A Atenção Primária à Saúde	18
2.1 A Psicologia No NASF	20
2.2 A Psicologia Na Equipe Multidisciplinar Ao Receber Mulheres Vítimas De Violência Doméstica.....	23
2.3 Ferramentas Da Psicologia.....	25
2.4 A Notificação Compulsória.....	26
3. A Rede De Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica	27
Discussão	28
Considerações Finais	30
Referência	31
Anexo	37

INTRODUÇÃO

As definições de violência de acordo com o dicionário Silveira Bueno (2007, p.800) são: “qualidade de violento; agressão” e violento “que exerce com força; violentar, há emprego, o de força bruta, agressivo, impetuoso” e por fim violentar “forçar; coagir; violar”. Portanto, entende-se como violência o ato de agir com agressividade, podendo causar danos físicos ou psicológicos na vítima. A definição de violência contra mulher realizada pela Assembleia Geral das Nações Unidas é qualquer ato que tenha como objetivo o sofrimento físico, mental ou sexual, estando incluído agressões verbais, coações e privação da liberdade (COELHO; SILVA; LIDNER, 2018).

A violência contra mulher no Brasil é uma problemática recorrente que teve um aumento significativo no número de denúncias, passando então a ser uma questão de Saúde Pública, por conta dos comprometimentos físicos, psicológicos e sociais que podem trazer as mulheres e ainda ser uma das principais causas de mortes a mulheres (COELHO; SILVA; LIDNER, 2018). Dentro do que conhecemos de violência contra mulher, existe a violência doméstica que é caracterizada por qualquer ação ou conduta que cause um dano físico, psíquico, constrangimento ou morte que ocorram dentro do ambiente domiciliar (OSTERNE, 2005).

Mulheres vítimas de violência doméstica podem ter diversos prejuízos, no corpo e na psique como: depressão, isolamento social, ideações suicidas, perda da identidade e etc. (GOMES *et al.* 2014). Algumas mulheres ainda não reconhecem que estão passando por uma violência, portanto a psicóloga (o), junto de uma equipe multiprofissional, tem um papel importante em receber essas mulheres, levando em consideração que este é o profissional que enxerga e opera na subjetividade dos indivíduos, podendo participar no processo de reconhecimento da situação de violência (SIQUEIRA & ROCHA, 2019).

A Atenção Primária à Saúde (APS) é umas das portas de entrada dessas vítimas, sendo normalmente o primeiro serviço de saúde que é procurado. O trabalho da psicologia nesse campo, passa a ser de acolhimento, de estabelecimento de vínculos e do fortalecimento das usuárias. Além de promover a saúde, podendo ter ações de prevenção sobre a violência (EICHENBERG & BERNARDI, 2016). Esse estudo, visa compreender como é a atuação das psicólogas (os) na atenção primária frente às mulheres que sofreram violência doméstica, para isso foi realizado uma pesquisa

bibliográfica de materiais já publicados nas bases de dados [Google Scholar](#), SciELO, CAPES, *Biblioteca Virtual em Saúde - Psicologia (BVS-Psi)*, *PEPsic*.

1. A Violência Contra a Mulher

O termo violência contra a mulher é assim chamado, pois a prática ocorre apenas pela condição de ser mulher. Esse tipo de violência é um fenômeno antigo, por conta de ser algo recorrente na sociedade muitas vezes acaba sendo silenciado. Todavia, atualmente existem estudos científicos que se aprofundam nesse assunto e a mídia que vem trazendo cada vez mais casos (TELES E MELO, 2002).

Para compreender a violência contra mulher é preciso inicialmente entender as estruturas do gênero, que são atributos históricos-sociais onde se dividem binariamente os papéis em sociedade. A mulher sendo vista como frágil, passiva e submissa, e a figura do homem relacionado ao poder, força e dominação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A violência de gênero está ligada à relação de poder do homem e a submissão da mulher, porém esses foram papéis impostos para ambos que se solidificaram durante a história, sendo reforçados pelo patriarcado. Ou seja, essa violência não advém da natureza e sim da socialização do que foi imposto (TELES E MELO, 2002).

A violência é considerada um fenômeno biopsicossocial cuja complexidade dinâmica emerge na vida em sociedade, no entanto hoje é quase unânime que a violência não faz parte da natureza humana e não possui raízes biológicas. Por isso, para a sua compreensão é necessária à análise histórica, sociológica e antropológica, considerando as interfaces das questões sociais, morais, econômicas, psicológicas e institucionais (MINAYO, 1994, p. 7).

Para Dantas-Berger e Giffin (2005 *apud* Zanatta & Faria, 2018) a violência de gênero e violência contra a mulher são sinônimos, sendo ambas violências praticadas por homens contra as mulheres. Quando ocorrida dentro do ambiente familiar pode-se definir como violência intrafamiliar, que pode ser cometido por qualquer membro da família ou a doméstica quando causada pelo parceiro contra a mulher (COELHO *et al* 2018).

A violência contra mulher é vista como um acontecimento que tem diversas causas e consequências, Siqueira e Rocha (2019) afirmam que os principais motivos são:

- a) Bebidas Alcoólicas: o parceiro tende a ser mais agressivo e impulsivo quando sob influência do álcool;
- b) Ciúme: algumas vezes não é percebido por causa da naturalização e romanização do ciúme, sendo uma das principais formas de violência psicológica;
- c) Desigualdade de Gênero: também uma forma de violência psicológica, quando há uma visão de superioridade masculina, podendo ocorrer humilhações no ambiente familiar, social ou de trabalho;
- d) Visão Conservadora: Homens normalmente aprenderam a ter essa visão dentro do seu próprio lar da infância e acreditam que necessitam manter a imagem de homem dominador e que o respeito por ele deve ser maior do que pela mulher, questões que advém da estrutura social;
- e) Histórico de Violência Familiar: Homens que viveram em um ambiente abusivo podem trazer comportamentos violentos no seu relacionamento;
- f) Interrupção de Apoio Familiar: Quando a mulher não tem uma rede de apoio onde ela pode pedir ajuda em caso de violência, podendo ser um facilitador para que a violência se perpetue.

A mulher que é violentada necessita obter o apoio em diversas áreas como na saúde, no judiciário e no social. É preciso que todas as áreas se comuniquem conjuntamente para que assim os direitos dessa mulher sejam garantidos, tanto quando se trata de sua proteção, no processo de criação de vínculos com a vítima, na identificação do agressor, quanto na sua saúde física e psicológica (SOUZA E REZENDE, 2018).

Todavia, muitas mulheres não denunciam por não reconhecerem que sofreram ou estão em uma situação de violência por conta de não saberem o que caracteriza um quadro de violência ou da existência de leis que amparam, como citado por Saffioti (1995), mas isso não anula a presença do sofrimento.

Diante disto, a Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 define as tipologias de violência contra mulher:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, violação de sua intimidade, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

Os dados a serem apresentados no **Quadro 1** são de denúncias realizadas no Estado de São Paulo, onde o estupro consumado é o tipo de violência com o maior aumento de denúncias, enquanto as outras apresentam uma variação, porém, não apresentando uma diminuição significativa. Todavia, esses tipos de violências podem ter ocorrido em maiores números, mas muitas mulheres não denunciaram.

Quadro 1- Número de denúncias realizadas de violência contra mulher no Estado de São Paulo em milhas

<i>VIOLÊNCIA</i>	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
<i>FEMINICÍDIO</i>	-	-	-	-	-	-	136	184	171
<i>LESÃO CORPORAL</i>	63415	57203	53376	51331	52336	50665	47699	54910	50242
<i>CALÚNIA - DIFAMAÇÃO – INJÚRIA</i>	15908	14138	13382	13618	14289	12750	11743	12128	10958
<i>CONSTRANGIMENTO ILEGAL</i>	186	180	189	233	194	175	112	199	215
<i>AMEAÇA</i>	68075	63946	60589	58826	58963	57508	57291	65135	56671
<i>INVASÃO A DOMICILIO</i>	362	306	291	307	336	303	334	380	364
<i>DANO</i>	1096	1020	1080	1013	933	845	898	938	945
<i>ESTUPRO CONSUMADO</i>	576	414	489	502	433	516	3226	3120	2620

Fonte: Dados Portal Polícia Militar do Estado e Secretaria de Segurança de São Paulo

Nota (1): incluem denúncias da Capital, Demacro e Interior.

Nota (2): Os dados de feminicídio começam a ser contabilizados a partir de 2018.

Existem diversos motivos pelos quais mulheres não denunciam seus agressores, como se sentirem culpadas, vergonha, filhos em comum, falta de rede de apoio, dificuldade de acesso ao sistema de justiça ou rede de atendimento e proteção. Além disso, quando a agressão é cometida por parceiros ainda podem ocorrer, a dependência financeira ou emocional, pressão social para se manter a família e o ciclo de violência (CORDEIRO, 2018).

As consequências para essas mulheres que sofreram algum tipo de violências podem ser diversas, para Kashani e Allan (1998, *apud* Fonseca e Lucas, 2006) as mais recorrentes são: a

diminuição de auto estima, insônia, falta de apetite, ansiedade, depressão, estresse pós-traumático, uso de álcool e drogas e até mesmo o suicídio.

Sendo assim, das diversas possibilidades do fenômeno da violência contra mulher, encontramos a violência doméstica, perpetuada dentro da esfera da família e domiciliar.

1.1 Violência Doméstica

De acordo com a lei N 11.340, conhecida como Maria da Penha, em seu art. 5º a violência doméstica e familiar contra a mulher se enquadra em “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial”.

I - No âmbito da unidade doméstica, compreendida como o espaço de convívio permanente de pessoas, com ou sem vínculo familiar, inclusive as esporadicamente agregadas;

II - No âmbito da família, compreendida como a comunidade formada por indivíduos que são ou se consideram aparentados, unidos por laços naturais, por afinidade ou por vontade expressa;

III - Em qualquer relação íntima de afeto, na qual o agressor conviva ou tenha convivido com a ofendida, independentemente de coabitação.

A lei foi sancionada com o objetivo de poder proteger a mulher que é violentada dentro do ambiente doméstico. Antes desta lei existir, a violência contra mulher era julgada por crimes de menor potencial ofensivo, ou seja, era visto como menor gravidade (IMP, 2018).

A história da Maria da Penha, que pode ser consultada no *Instituto Maria da Penha (IMP)*, ficou internacionalmente conhecida, por conta da gravidade da violência e pela a omissão do Estado. Em 1983 seu ex-marido Marco Antônio Heredia Viveros, atirou duas vezes em suas costas enquanto dormia, a deixando paraplégica. Após o retorno para casa é deixada em cárcere privada, onde Marco tenta eletrocutá-la durante o banho.

O caso é julgado apenas oito anos depois da agressão, com a entrada de recursos Marco consegue a liberdade. Diante disto, foi formalizado um pedido pelo Centro de Justiça e o Direito Internacional (CEJIL) e pelo Comitê Latino-Americano e do Caribe para a defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM), para a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (OEA), para que então o Estado brasileiro reavaliasse o caso.

Sendo assim, foi a partir de toda a violência sofrida por Maria da Penha, tanto pelo marido quanto pela justiça, que se dá a criação dessa lei, grande marco para a proteção da mulher que é agredida, agora com uma legislação que garante a punição do agressor.

Dessa forma, com a lei em vigor possibilita que o agressor seja preso em flagrante, a mulher passa a ter medidas protetivas de afastamento para evitar outros riscos e caso o agressor não cumpra, tem sua prisão decretada. O governo, ainda diante da lei, deve dar suporte a vítima, provendo serviços de saúde, delegacias e quando necessário o abrigo (CORDEIRO,2018).

Todavia, mesmo com a lei estando presente para punição dos agressores e proteção das vítimas, uma pesquisa realizada em 2016 pelo Via Lilás do Estado do Rio de Janeiro, apontou que 71% das mulheres pesquisadas sofreram alguma violência, mas não denunciaram.

A dependência emocional pelo parceiro é um dos motivos pelos quais mulheres não denunciam, podendo estar em um aprisionamento do ciclo da violência doméstica, que para Lenore Walker (1970 *apud* IMP, 2018) é dividido em fases:

- 1- Aumento da tensão, quando o parceiro começa a se irritar por coisas não importantes, podendo humilhar a vítima;
- 2- Ato de violência, quando o agressor irá explodir, realizando a violência física, verbal, psicológica ou moral;
- 3- Arrependimento e comportamento carinhoso, conhecido também como lua de mel, quando o agressor começa a se tornar carinhoso e prometendo a mudança.

Geralmente, as mulheres levam algum tempo para tomar consciência da gravidade da situação, pois existem casos que chegam a demorar anos para a percepção da situação de violência. O comportamento violento sistemático cria um padrão de vida em que a mulher não consegue mais entender, em meio a repetidas agressões diárias, que não está vivendo apenas momentos isolados de crises conjugais (CFP, p. 69)

Percebe-se que as ocorrências desse ciclo constam na listagem do **Quadro 1**, onde na primeira fase pode ocorrer o constrangimento ilegal, ameaça, dano e difamação. Na segunda fase, as mesmas podem continuar podendo ocorrer junto a lesão corporal, estupro ou até mesmo o feminicídio. Na terceira fase, conforme Cordeiro (2018) se há a manipulação da mulher, algo não mensurável, onde ela pode começar a acreditar que a violência ocorreu por suas condutas.

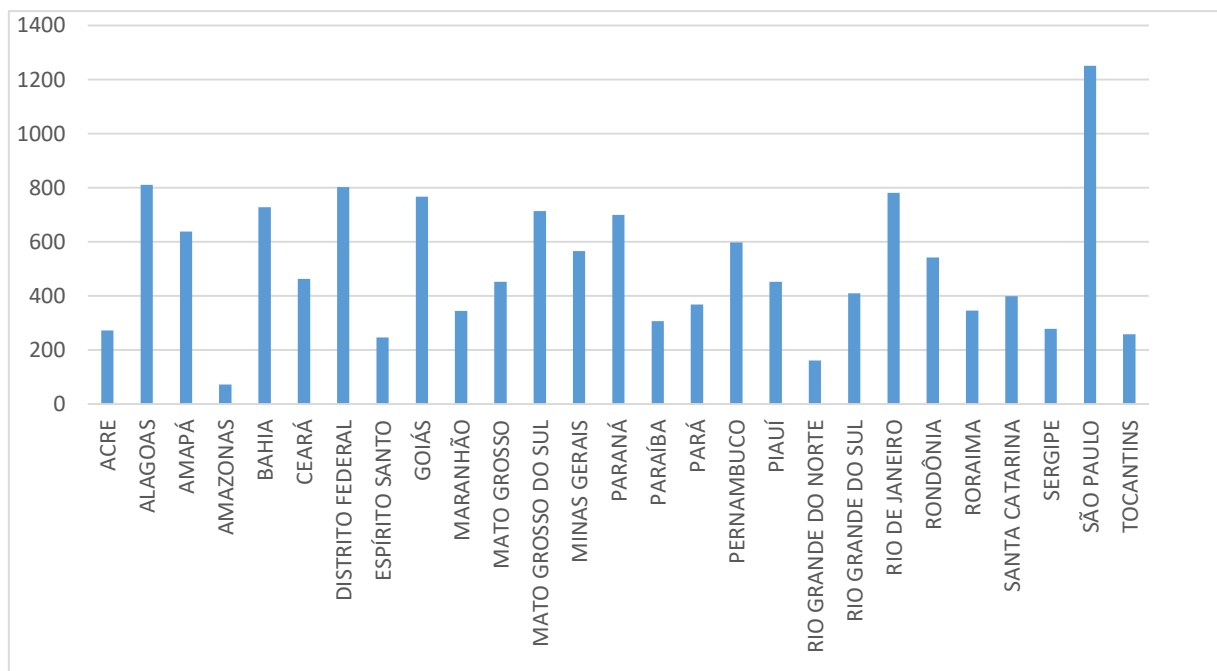
A dependência financeira é outro fator que influencia, ainda mais quando se tem filhos com o parceiro, o medo do desamparo financeiro faz com que deixem de denunciar. É importante ressaltar que muitas dessas mulheres têm dificuldades de entrar no mercado de trabalho, por nunca terem trabalhado ou não estarem atuando há muito tempo (CORDEIRO,2018). Outro fator é a pressão

social ocasionada pela família, amigos ou igreja para que as mulheres não denunciem seus maridos, e logo não acabem com a família que tem formada com seu agressor (SAFFIOTI, 1995).

A violência sexual, de acordo com o Mapa da Violência (2018) é outra agressão comum, foi incluída na Lei Maria da Penha, pela Deputada Erika Kokay, que vai além do abuso e o estupro, o registro ou produção do ato sexual, íntimo e privado, sem autorização estará sujeito a detenção. Em uma pesquisa realizada pela OMS no Brasil (2002) mostra que pelo menos 30% das mulheres haviam sido agredidas física e sexualmente e 10% sexualmente, mas muitas destas ainda se sentem constrangidas em fazer denúncias.

TABELA 1

Mapa da Violência Doméstica no Brasil-2018



Fonte: Mapa da Violência 2018

Segundo o Mapa da Violência (2018) nesse mesmo ano a imprensa noticiou pelo menos 14.796 casos de violência doméstica, sendo a maioria das vítimas entre 18 e 59 anos de idade (83,7%), a maior concentração entre 24 e 36 anos, isto é, mulheres jovens que se mantêm em relacionamentos abusivos.

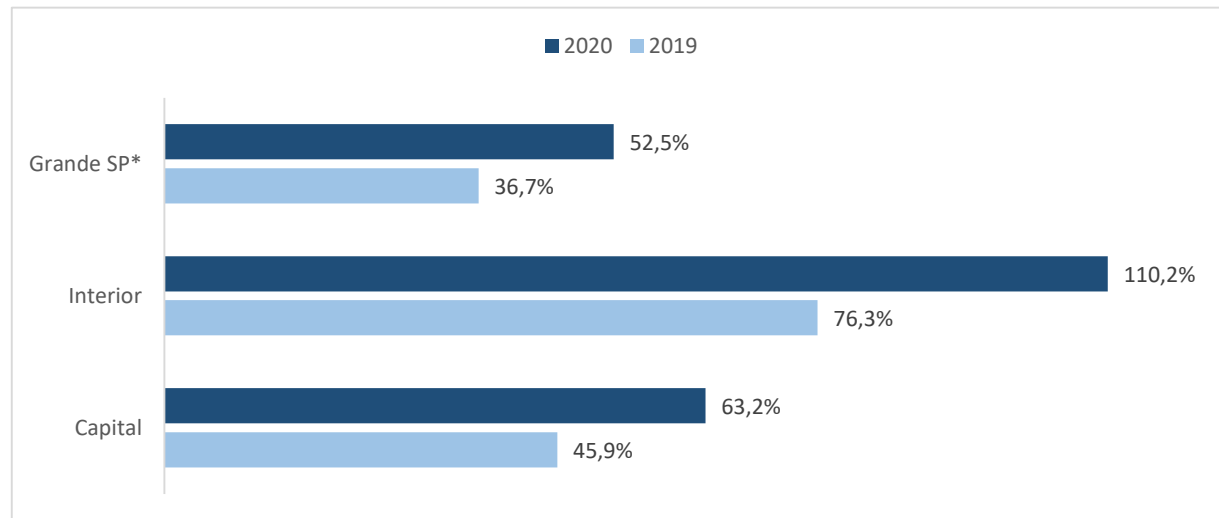
Em linhas gerais, o conceito de relacionamento abusivo frisa a violência psicológica e emocional em relações afetivas. Para além da violência física, demonstrações de ciúmes e

ações que diminuiriam a autoestima ou limitariam a autonomia da mulher passam a ser práticas consideradas abusivas. Além disso, ao contrário do assédio e do estupro, o conceito de relacionamento abusivo pressupõe haver intimidade prévia entre vítima e agressor, passando a tensionar também a esfera íntima (SANTOS E VAZ, 2019, p. 124).

No contexto da pandemia por conta da COVID-19, os números de casos de violência doméstica aumentaram, de acordo com a Secretaria de Segurança Pública de São Paulo. A casa *Help*, espaço de acolhimento de vítimas de violência doméstica, da cidade de São Paulo teve 70% de aumento de recebimento de abrigados (DAMASCENO & PAGNAN, 2021).

TABELA 2

A violência doméstica no Estado de São Paulo 2019 e 2020, dados em milhares



*Exceção a capital

Fonte: Polícia Militar do Estado e Secretaria de Segurança de São Paulo

Esse aumento de pelo menos 254,8% ocorreu devido ao isolamento social e a dificuldade das mulheres para realizar a denúncia. Por conta disto, o governo da cidade de São Paulo iniciou o programa Patrulha Maria da Penha, onde fazem visita para mulheres que já possuem medidas protetivas, para garantir que o agressor não se aproxime novamente (DAMASCENO & PAGNAN, 2021).

Mulheres que passam por esse tipo de violência, tendem a procurar os serviços de saúde pública, mais especificamente na Atenção Primária de Saúde (APS), por conta dos sintomas que advém dessa violência, como a insônia, depressão, angústias, palpitações, ansiedades e até mesmo

problemas digestivos. Entretanto, não relatam se sofreram ou estão em uma situação de violência (SOUZA & REZENDE, 2018).

1.2. A Mulher Violentada Na Psicanálise

De início é necessário a compreensão da relação da mãe com a filha em *Sexualidade Feminina* de Freud (1931/2006). A mãe é entendida como o primeiro objeto de amor da menina, onde é alvo de todas as necessidades vitais dessa criança. Porém, esse amor pode ser revertido em ódio, já que o oposto de amor é a hostilidade e indiferença, e ambos caminham juntos no psiquismo. O amor infantil é intenso, mas também limitado, onde não há espaço para tolerância, então na fantasia da menina quando a mãe não a amamenta o suficiente, pode ser visto como um ataque, podendo agora a mãe ser um objeto de hostilidade.

A inveja do pênis (*penisneid*) ocorre na fase edípica onde a menina tem o sentimento de raiva pela mãe, por culpá-la de não ter lhe dado o órgão sexual devido, isso faz com que a hostilidade entre ambas culmine. Outra questão é a competição da menina com a mãe, que tem como alvo o pai/homem, intensificando a agressividade (FREUD 1931/2006).

Freud (1931/2006) ainda afirma que a menina sempre irá demandar dos afetos e cuidados maternos (a devastação) que faz com que ela acabe repetindo esses modelos de relação. Ou seja, a relação da mãe com a menina pode passar por sentimentos de ambiguidade, onde encontra sentimentos inconscientes de amor e ódio, a partir dos registros mnêmicos desse primeiro amor ambíguo há a possibilidade de carregar para um casamento, no qual retornarão alguns desses sentimentos ambíguos.

Na obra *Três ensaios sobre a sexualidade*, Freud (1905/ 2010, p. 52 *apud* Xavier e Ferrante, 2019) traz os termos sadismo e masoquismo, ambos relacionados a humilhação e submissão. O sadismo é definido como “um componente agressivo do instinto sexual que se tornou independente, exacerbado” e o masoquismo “pode ser considerado um complemento ao sadismo que é direcionado à própria pessoa. Ambos ocupam um lugar entre as perversões baseados nas posições de atividade e passividade”.

É na obra *O problema econômico do masoquismo* que Freud irá descrever as três formas em que o masoquismo se manifesta. O primeiro é o masoquismo originário, é uma condição imposta à excitação sexual. O masoquismo feminino é relacionado ao complexo da castração, onde se tem

fantasias masoquistas. Por fim, o masoquismo moral onde evidencia-se pelo comportamento, está ligado ao supereu e se identifica com os sentimentos de culpa (XAVIER; FERRANTE, 2019).

O masoquismo feminino, dissertado por Freud (1919/1967 *apud* Narvaz, 2010), é expressado a partir das fantasias da castração, humilhação e copulação. *Em Bate-se em uma criança* o autor considera as posições que o masoquista deseja, como sendo uma criança que está desamparada, desobediente e que precisa ser punida, se há o desejo de ser espancada (o) pelo pai, "se o pai me bate, é a mim que ama, eu sou a (o) preferida(o)". O masoquismo feminino, não é algo específico da menina/mulher e sim na atitude feminina de ambos os sexos relacionada ao pai no complexo de Édipo, onde há as fantasias da castração e da copulação.

O masoquismo feminino se materializa no relacionamento com o outro, ao qual o sujeito se oferece como objeto para ser aviltado e humilhado. O que está em questão é a posição de humilhação frente ao objeto amoroso, pois aqui se faz necessária a encenação masoquista com o outro, diferentemente do masoquismo moral, no qual a figura do outro aparece sob a forma das injunções da cultura (NARVAZ, 2010, p. 51).

Todavia, é necessário levar em consideração a transgeracionalidade da violência, o sujeito carrega em si diversas heranças familiares, podendo ser materiais, mas também sociais, econômicas e culturais. Silva, Menezes e Lopes (2010) apontam que existe uma influência de procura de similaridade da família de origem, como a procura de parceiros que se assemelham aos pais. Além disso, o relacionamento dos pais também pode ser aspecto de desejo a ser seguido ou evitado. A naturalização da violência pode ser advinda da experiência dessa mulher, devido que esse foi o único modo do qual foi constituída, no ambiente da violência.

É entendido que esse retorno para uma relação violenta é a repetição de experiências primárias que as mulheres experienciaram. As repetições de vivências primárias de acordo com Freud (1914) são lembranças recalçadas, nas quais não foram totalmente esquecidas, agindo não como lembrança, mas como ato e repetição, o sujeito não percebe que o faz.

[...] o analisando repete sob as condições da resistência; agora podemos perguntar: o que repete ou atua ele de fato? A resposta será que ele repete tudo o que, das fontes do recalçado, já se impôs em seu ser manifesto: suas inibições e atitudes inviáveis, seus traços patológicos de caráter. Ele também repete todos os seus sintomas durante o tratamento. E agora podemos ver que ao destacar a compulsão de repetição não adquirimos um novo fato, mas uma concepção mais unificada (FREUD, 1914 p. 151).

Essa naturalização da violência faz com que diversas mulheres não denunciem, podendo até enxergar com estranheza quando esse comportamento não ocorre. Essa tolerância é citada por Freud (1930, p. 72 *apud* Xavier; Ferrante, 2019) “o objeto amoroso nem sempre encarará essas

complicações com o grau de compreensão e tolerância demonstrado pela camponesa ao se queixar de que seu marido não a amava mais, pois havia uma semana que não a espancava”.

Freud (1931/2010, p. 379-380) considera que “muitas mulheres escolhem o marido conforme o modelo do pai, ou o põem no lugar do pai, mas repetem com ele, no casamento, a má relação com a mãe”, evidenciando assim um estado que o autor nomeou de “regressão”, pois, mesmo que tenha se construído uma ligação com o pai, no casamento ou no relacionamento amoroso, é a relação original, isto é, a relação com a mãe que é retornada.

A naturalização da violência também pode ser advinda da estrutura social patriarcal existente, onde se há a exploração e dominação da mulher, isso ocorre por conta das desigualdades nas relações de gênero, sendo uma rede de poder onde o homem é o dominante, também nas relações intrasubjetivo, intersubjetivo e transubjetivo. A violência apresenta duas facetas, a primeira onde as mulheres estão familiarizadas, da impotência e os homens na potência, que quando comentam atos violentos perpetuam ainda mais a impotência imposta nas mulheres. (SAFFIOTI, 1995).

Resumindo, a mulher que vivência a violência doméstica pode ser entendida por diversas perspectivas, o que mostra a complexidade desse fenômeno. Acerca da constituição psíquica dessa mulher se tem as posições de amor e ódio que surgem durante o desenvolvimento infantil frente aos pais. Também por conta das repetições das vivências primárias, onde a mulher procura e repete relações semelhantes nas quais viveram. As estruturas sociais de gênero também é uma outra perspectiva, onde o homem é o dominante e perpetua muitas das vezes a violência.

2. A Atenção Primária À Saúde

Em 1920, Dawson emitiu um relatório no qual contrapondo-se ao modelo de sistema de saúde americano que tinha a visão reducionista e individual do ser humano. No relatório é proposto um sistema integrativo e curativo, envolvendo ações primárias, secundárias e terciárias (MATTA; MOROSINI, 2009).

Os serviços domiciliares de um dado distrito deve estar baseados num Centro de Saúde Primária - uma instituição equipada para serviços de medicina curativa e preventiva para ser conduzida por clínicos gerais daquele distrito, em conjunto com um serviço de enfermagem eficiente e com o apoio de consultores e especialistas visitantes. Os Centros de Saúde Primários variam em seu tamanho e complexidade de acordo com as necessidades locais, e com sua localização na cidade ou no país. Mas, a maior parte deles são formados por clínicos gerais dos seus distritos, bem como os pacientes aos serviços chefiados por médicos de sua própria região (MINISTRY OF HEALTH, 1920).

Essa concepção do governo inglês influenciou a organização dos sistemas de saúde conhecidos atualmente, onde define dois conceitos básicos da Atenção Primária à Saúde (APS), a integralidade e regionalização (MATTA; MOROSINI, 2009).

A Conferência de Alma-Ata em 1978 foi um importante marco para a APS, na qual foi defendido como um núcleo central do sistema de saúde, ocorreu a discussão sobre os componentes necessários para os Cuidados Primários de Saúde, sendo: educação em saúde; saneamento ambiental; programas de saúde materno-infantis; imunizações e planejamento familiar; prevenção de doenças endêmicas; tratamento de doenças/lesões comuns; fornecimento de medicações essenciais; promoção de boa nutrição e medicina tradicional (MATTA; MOROSINI, 2009).

Segundo o relatório de Alma-Ata (p. 4) a APS é definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE).

A APS pode ser compreendida como um conjunto de atividades de promoção de saúde, prevenção, recuperação e ações além da saúde, como em nível de assistência, organização do sistema de serviço e como princípio norteador de ações desenvolvidas no sistema de saúde (FAUSTO; MATTA, 2007).

O Institute of Medicine em 1978 propôs atributos para a APS e Starfield (2002) as aprofundou. Sendo essas, (1) acesso, a não restrição das pessoas à saúde, a localização da unidade, horário e atendimentos compatíveis com o usuário. (2) Longitudinalidade, refere-se à continuidade da atenção através do tempo. (3) Integralidade, atenção integral, priorização das ações e articulação de promoção da saúde e prevenção de doenças, articulação da proteção e abordagem familiar, e a atenção em todos os três níveis de complexidade da atenção à saúde. (4) Coordenação da Atenção, oferecimento de informações sobre os serviços de saúde de modo integrado.

De acordo com Starfield (2002) a APS é o primeiro nível de atenção, sendo a porta de entrada para o sistema, onde a intersectorialidade é importante atributo, quando se leva em conta que a saúde é um conjunto de fatores. Em que se fazem necessárias ações de promoção e prevenção a saúde, do

autocuidado promovido pela família, pessoas, grupos, organizações não governamentais, que de alguma forma promovem a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida.

No Brasil, em 1990 a APS foi reorganizada, descentralizando sua gestão aos municípios e a organização de redes regionais de serviços hierarquizados, além disso a criação do Programa de Saúde a Família (PSF) com o foco na atenção à saúde a abordagem familiar e comunitária, que se tornou essencial a atenção primária (FAUSTO, 2005 *apud* KINOSHITA, 2021).

O PSF se tornou a Estratégia de Saúde da Família, que segundo o Ministério da saúde pode ser definido:

A Estratégia Saúde da Família (ESF) visa à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção primária. Por meio da Estratégia, é possível reorientar o processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção primária, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (BRASIL, 2018a).

Em 2008 surgiu o Núcleo de Apoio à Saúde a Família (NASF) que possui a finalidade de apoiar as EFS, tendo diferentes núcleos de profissionais. Suas diretrizes são a ação interdisciplinar e intersetorial, educação em saúde, integralidade, territorialidade, equidade, participação social, humanização e promoção da saúde (HORI; NASCIMENTO, 2014 *apud* KINOSHITA, 2021).

A composição do NASF é multiprofissional, o quadro pode compor: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico (Acupunturista, Ginecologista, Homeopata, Pediatra, Psiquiatra); Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. É o gestor da unidade que define quais profissionais devem compor a equipe, levando em consideração as necessidades locais (FURTADO; CARVALHO, 2015).

2.1 A Psicologia no NASF

O serviço no NASF é realizado por equipes multiprofissionais, como já citado acima, de maneira integrada e que apoie a ESF, a partir do compartilhamento dos saberes entre as áreas, procurando uma resolução dos problemas apresentados (PERRELLA, 2015).

Os serviços do NASF devem ser realizados por pelo menos um membro da equipe vinculada, realizando intervenções de pacientes encaminhados das ESF. As propostas de serviços são: (1) Apoio Matricial, que é a integração do núcleo apoiador e equipe de referências, a fim de compartilhar problemas, trocas e saberes entre diversos profissionais, (2) Clínica Ampliada, que propõe a

articulação de saberes de diversas áreas, ampliação da compreensão do processo saúde-doença, construção conjunta do diagnóstico e tratamento, rompendo com a prática individualizada, (3) Projeto Terapêutico Singular, são conjuntos de ações terapêuticas que são construídos a partir de discussões entre a equipe (BRASIL, 2009, 2014 *apud* PERRELLA, 2015).

O principal objetivo de serviço a ser realizado da área da Saúde Mental no NASF é ampliar e qualificar o cuidado do paciente, sendo que o cuidado deve ser prestado à rede familiar, social e cultural do usuário. O cuidado deve ter um olhar amplo do sujeito, funcionando pela via do psicossocial (OLIVEIRA *et al.*, 2017).

De acordo com o manual A prática da Psicologia e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (CFP, 2009, p. 37) a atuação da psicóloga (o) está fundamentada em três propostas articuladas:

- 1- Intervenções sanitárias: levantamento das demandas do território de atuação, a partir disso é possível determinar as prioridades e a implantação de projetos.
- 2- Técnico-pedagógico: promoção de um espaço de discussão conjunta dos casos, incentivo as ESF a realizar o acolhimento a usuários que estão em risco psicossocial, a partir das reuniões decidirem a referência ideal e educação permanente.
- 3- Clínico assistencial: são as intervenções individuais, compartilhadas e as grupais.

Segundo Klein (2015) a psicóloga (o) inserido como membro do NASF promove diálogos entre os profissionais e coopera para a construção conjunta de projetos terapêuticos. Sendo essas atividades exercidas referindo-se ao apoio matricial, podendo ser uma das principais ferramentas da psicóloga (o) na saúde pública.

O Apoio Matricial é definido pela Diretrizes e Parâmetros Norteadores das Ações do NASF (2009, p. 4) como:

O apoio matricial é o elemento chave para a ampliação da assistência. Baseia-se na transdisciplinaridade que transforma a prática tradicional, elevando o conhecimento dos profissionais entre si. Há um compartilhamento sincrônico de saberes que aumenta a capacidade de ver o indivíduo como um todo, contribuindo para uma melhor efetividade do tratamento.

Quadro 2- AÇÕES PROPOSTAS PARA A PSICOLOGIA NO NASF

AÇÕES PROPOSTAS PARA O NASF

Reuniões com a equipe de Saúde da Família
Reuniões Técnicas
Consulta/Atendimento domiciliar compartilhada

<i>Ações Compartilhadas</i>	Consulta/Atend. Prof Nível superior compartilhada
	Visita domiciliar compartilhada
	Atividade Educativa/Orientação compartilhada
	Prática Corporal/Atividade Física compartilhada
	Pratica corporal em medicina trad. Chinesa compartilhada
	Grupo com objetivo terapêutico compartilhado
	Oficinas com diferentes linguagens compartilhadas
<i>Atendimento Específico</i>	Consulta/Atendimento profissional nível superior
	Atividade Educativa/orientação
	Prática corporal / atividade física
	Prática corporal em medicina trad. Chinesa
	Grupo com objetivo terapêutico
	Oficinas com diferentes linguagens
<i>Ações Inter setoriais</i>	Reuniões com recursos da comunidade
	Reuniões com conselho gestor
	Visita institucional
<i>Outras Atividades</i>	Reuniões com equipe NASF
	Reuniões gerais UBS
	Educação continuada equipe NASF

Fonte: DIRETRIZES E PARÂMETROS NORTEADORES DAS AÇÕES DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA (São Paulo, 2009)

Diante disso, o trabalho da psicóloga (o) é promoção de saúde, educação em saúde, ações preventivas e assistência clínica curativa propondo-se a melhorar a qualidade de vida dos usuários, os enxergando como indivíduos ligados ao contexto que vivem, não tendo uma visão individualizada do processo da saúde-doença. O matriciamento fornecendo meios para as equipes capacitarem-se para o atendimento de todos os usuários. E promover discussões sobre casos com os profissionais da rede, para que assim tenha-se tratamento e/ou encaminhamento adequado.

2.2 A Psicologia Na Equipe Multidisciplinar Ao Receber Mulheres Vítimas De Violência Doméstica

A violência doméstica é, muitas vezes, perpetuada de maneira silenciosa e naturalizada. Todavia, a constante violência pode causar a somatização o que compromete a saúde mental e

física dessa mulher, podendo atingir a autoestima ou até mesmo levando a estado de depressão e estresse pós-traumático (FREITAS & SILVA,2019).

A Atenção Primária à Saúde pode ser uma das portas de entrada para a mulher que é violentada, as equipes da rede devem reconhecer que esse tipo de violência tem multifaces, a denúncia policial não será a única solução para resolver a situação dessa mulher (CFP, 2013). Esse tipo de situação que diversas mulheres brasileiras passam, faz repensar o serviço de saúde, não sendo este apenas um espaço da medicalização, mas também ser um local de escuta e acolhimento, sendo a psicóloga (o) o profissional para tal (FREITAS & SILVA, 2019).

A psicóloga (o) ao receber a mulher vítima de violência doméstica deve recebê-la sem julgamentos e compreender a necessidade de cuidado e fortalecimento, para que assim haja uma possibilidade de denúncia, este nunca deve ser imposto pelo profissional. O profissional pode também ampliar o seu atendimento para além dessa mulher, como para os filhos ou até mesmo com o homem que cometeu uma agressão (FREITAS & SILVA,2019).

A psicóloga (o) quando está na rede recebendo essas mulheres deve ter domínio de alguns serviços, que segundo CFP (2013) são:

- I- Acolhimento: entende-se como o atendimento inicial, seria a escuta inicial da mulher, garantindo sigilo de identidade, compreensão de sua subjetividade e o não julgamento. A mulher quando passa pela violência passa a ter dificuldades de confiança, sendo o acolhimento um fator determinante se irá permanecer na rede.
- II- Planejamento de Atuação/atendimento: o atendimento da mulher que passa ou passou por violência inclui a psicoterapia, que não deve haver um limitante de sessões, o profissional deve avaliar a necessidade da paciente. Outra ação é o trabalho articulado com outras áreas, sendo um trabalho transdisciplinar, com objetivo em comum a compreensão dessa mulher em várias áreas.
- III- Encaminhamento: conduzir ou orientar a atendimentos de outros serviços, é importante conhecer quais são esses outros serviços, como funcionam e quais profissionais irão receber essa mulher.
- IV- Acompanhamento: seria o monitoramento da mulher enquanto em outros serviços da rede, é a articulação entre os outros membros da rede e outros setores.

- V- Estudo de caso: é a partir desses estudos que a equipe irá planejar as ações para cada caso. As reuniões podem ser realizadas semanalmente, são importantes também para o compartilhamento das dificuldades que cada profissional passa nesses casos.

O CFP apresenta uma sugestão de roteiro de estudo de caso (2013, pag.88):

1. Identificação do caso;
 2. Histórico (resumo da história da mulher, da situação de violência vivenciada e do seu percurso do serviço);
 3. Profissionais envolvidos (quais profissionais da equipe estão atuando diretamente no caso e qual o papel de cada um deles);
 4. Reflexão teórico-metodológica (de que maneira a teoria respalda a atuação de cada profissional em relação ao caso específico, se a metodologia utilizada é a mais adequada e que outras referências podem ser incorporadas à atuação da equipe);
 5. Questões importantes para o planejamento da ação:
 - a) A mulher está em segurança?
 - b) Existem pessoas de referência para esta mulher?
 - c) Elas podem ajudar a garantir a segurança física e emocional da mulher?
 - d) A família tem acesso à rede de proteção social básica?
 - e) De que forma o serviço pode colaborar nesse sentido?
 - f) As ações propostas levam em consideração a autonomia da mulher?
 - g) Existe diálogo entre as ações psicossociais e jurídicas?
 - h) Essas ações estão sendo desenvolvidas em paralelo ou de maneira articulada?
 - i) Os aspectos relacionados à saúde (física e mental) da mulher foram considerados no planejamento da ação?
 - j) Foram realizados encaminhamentos?
 - k) Foram criadas estratégias de acompanhamento dos encaminhamentos?
 - l) Como vem sendo abordada a situação das relações familiares?
- VI- Produção de documento: quando um caso vai para o judiciário pode ser exigido do profissional a confecção de um documento, que deve ser feito de maneira que preserve a confiabilidade e o sigilo, os documentos podem ser declarações, atestado psicológico, relatório/laudo psicológico e o parecer psicológico.

2.3 Ferramentas Da Psicologia

A psicologia inserida na rede pode desenvolver diversas atividades junto com as vítimas ou com os profissionais, podendo ser terapias grupais, individuais, prevenção e capacitação dos agentes da rede que podem entrar em contato com essas mulheres ou identificar que está ocorrendo uma agressão. As ferramentas que podem ser utilizadas de acordo com o Documento de Referência para Atuação de Psicólogos em serviços de Atenção à mulher em situação de Violência (2013) são:

A (1) prevenção é uma das ferramentas que a psicóloga (o) pode utilizar para e com a comunidade, para que assim seja reforçada a representação que a violência doméstica é uma questão também de saúde pública. É possível realizar palestras, feiras, oficinas, seminários, eventos, informes, discussões, mobilizações na comunidade sobre questões da violência, como a identificação dos sinais, o que fazer, direitos e da Lei Maria Penha.

A (2) capacitação dos profissionais e da rede, a psicóloga (o) pode propor atividades para maior capacitação de outros profissionais da rede, para que assim haja uma maior qualificação dos atendimentos e estimulá-los a realizar a notificação compulsória.

Mulheres que sofrem violência doméstica de forma prevalente apresentam danos à saúde, que podem aparecer durante consultas ou exames de rotina, trazer à tona esses sintomas e como abordá-los com a mulher é algo que pode ser aprendido em capacitações. Os mais comuns são: Lesões Física, entrada tardia em pré-natal, abortos de repetição, dor pélvica, síndrome do intestino preso, DST, depressão, ansiedade, labilidade emocional, tentativa de suicídio, lesões físicas nas quais não consegue explicar como ocorreram, dores crônicas e etc (D'Oliveira & Schraiber, 2013).

O (3) Planejamento e Acompanhamento do Serviço, promover reuniões e debates com a equipe e com membros de outras redes que prestam serviço às mulheres. Outro serviço importante de todos membros é o acompanhamento dos outros serviços nos quais essa mulher estará inserida, para garantir que está recebendo seus direitos.

O Grupo de Mulheres (4) o compartilhamento de vivências, sentimentos, resiliência podem ajudar diversas mulheres no processo de superação da violência sofrida e na recuperação de sua autonomia e autoestima. Nos grupos podem ser trabalhados: oficinas temáticas, grupos operativos e grupos de reflexão, com temas específicos como violência de direitos, relações familiares, afetividade, lar, políticas públicas, empoderamento e etc.

Nos grupos, as mulheres vivenciam a experiência de conjuntamente buscarem desnaturalizar estas violências, pois durante o desenvolvimento destes, a relação de

confiança e cumplicidade foi estabelecendo-se, proporcionando um ambiente propício para o compartilhar das histórias de vida, dos sentimentos, medos, traumas e dificuldades, tornando-se o grupo um espaço para expor dores, vivências, valorizar opiniões e sentimentos, possibilitando trocas, com enfoque nas estratégias para lidar com os problemas e buscar resoluções para os mesmos (SILVA & TORMAN, 2018, p. 17).

Os grupos de mulheres têm grande valor, pois são espaços onde elas podem compartilhar suas vivências e recuperar suas vozes, porque muitas foram perdidas no processo de violência e do adoecimento. Os grupos conseguem potencializar os diálogos, proporcionar reflexões, polêmicas e questionamentos (SILVA & TORMAN, 2018).

O trabalho de atendimento à mulher em situação de violência pressupõe necessariamente o fortalecimento de redes de serviços que, tomando como base o território, possam articular saberes, práticas e políticas, pensando e viabilizando estratégias ampliadas de garantia de acesso, equidade e integralidade. Fazem-se necessários ainda investimentos constantes na sensibilização e na qualificação dos profissionais, estimulando a formação continuada dos envolvidos na rede para que as mulheres sejam acolhidas e assistidas de forma humanizada e com garantia de direitos (CFP, 2011, p. 38).

Desse modo o trabalho do psicólogo junto à equipe multidisciplinar ao receber mulheres vítimas de violência doméstica deve ser de forma acolhedora e sem julgamentos. A psicóloga (o) sendo o principal profissional para essa escuta e a criação de vínculo com essa mulher com a rede, todavia o serviço não se resume apenas a isso, mas também a promoção de palestras e rodas de conversas sobre o assunto junto à comunidade. A capacitação dos outros profissionais que podem entrar em contato com essas mulheres e conseguir identificar sinais de violência.

2.4 A Notificação Compulsória

A notificação compulsória (Anexo 1) em caso de violência contra mulher, incluindo a doméstica passa a ser Lei nº 10.778, em 24 de novembro de 2003, em todo território nacional em serviços de saúde público ou privado.

É frequente que nos espaços da atenção primária à saúde é que aconteçam os primeiros atendimentos das vítimas de violência doméstica, uma vez que nos demais setores não é comum a abordagem sobre o tema. Todavia, ainda há profissionais que tem receio dessa notificação, por acreditar que a violência doméstica é uma questão íntima do casal, medo de serem ameaçados ou falta de preparo técnico. Entretanto, as informações são legalmente sigilosas dado que as informações vão para o SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) (FONTONELLA & LEITE, 2019).

De acordo com as pesquisas de Fontonella & Leite (2019) muitos profissionais da APS acreditam que existem outros setores para realizar as notificações, que depende do desejo das mulheres ou o excesso de burocracia para completar o documento.

Em vista disso, é importante a capacitação dos profissionais da rede com a educação continuada, para compreensão da importância da realização dessa notificação. Pois é uma ferramenta indispensável no dimensionamento epidemiológico para que assim haja um aperfeiçoamento das políticas públicas.

3. Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência Doméstica

A promoção do cuidado da mulher que sofre de violência doméstica requer diversos setores envolvidos, dentre eles a saúde, segurança pública, assistência social e etc. Esses setores tem um trabalho interligado, onde serão compostos por um conjunto de serviços com o objetivo de melhoria do atendimento e bem-estar da mulher. A rede é constituída por serviços não especializados, normalmente sendo a porta de entrada, e especializados que são exclusivos para o tema (CORTES *et. Al*, 2016).

QUADRO 3- REDES DE ATENÇÃO A MULHERES VITIMAS DE VIOLÊNCIA

Redes de atenção

<i>Assistência social</i>	Especializada: Casa de Abrigo, Centro de referência Especializado de Assistência Social (CREAS)
	Não especializada: CRAS
<i>Segurança Pública</i>	Especializada: Delegacias da Mulher, Posto da mulher em delegacias comuns e Patrulhas da Maria da Penha
	Não especializada: Polícia Militar, Delegacias Comuns, IMLS, Corpo de Bombeiro e Polícia Federal
<i>Saúde</i>	Especializada: Serviços de Referência para atendimento às mulheres vítimas de violência sexual (CNES)
	Não Especializado: SAMU, demais unidades de saúde (atenção básica, hospitais, redes de saúde mental)
<i>Justiça</i>	Especializado: Juizados de Violência Doméstica e Familiar, Promotorias da Mulher, Defensorias da Mulher.
	Não Especializado: Varas Criminais, Promotorias e Defensorias

Fonte: Cartilha de Rede de Enfrentamento à Violência Contra Mulher.

A rede de atendimento não funciona de maneira fixa e estruturada, a porta de entrada pode ocorrer a partir da rede de escolha da mulher. Contudo, é necessário que exista uma articulação de compartilhamento de intervenções, para isso ocorrer são necessárias definições institucionais que tenham um diálogo entre si, com seus serviços organizados (SCHRAIBER et al, 2012).

A instituição deve ter claro quais são seus objetivos assistenciais e repassá-los aos seus profissionais, ademais orientando, supervisionando e facilitando o cumprimento desses objetivos. Do mesmo modo que os profissionais, por sua vez, devem conseguir projetar uma intervenção que, apoiada em seus conhecimentos e instrumentos específicos de ação profissional, alcance aqueles objetivos assistenciais para a particular demanda que cada caso, ou na atenção em grupo, cada agrupamento de casos, lhes apresente (SCHRAIBER et al, 2012, p. 241)

Desta forma, entende-se que cada instituição participante da rede tem um papel importante para o cuidado e proteção da mulher, levando em consideração de que cada local irá reforçar ações promotoras de intervenções realizadas. Todavia, para que o cuidado seja efetivo se faz necessário de que as redes mantenham um diálogo entre si, sendo responsabilidade do Apoio Matricial realizar a fiscalização

Discussão

A partir dos expostos trazidos é possível compreender que a questão da violência doméstica contra mulher é algo ainda muito recorrente nos dias atuais, ainda que haja leis que protegem as mulheres e punam os homens que cometeram uma agressão. A pandemia por conta da COVID-19 trouxe ainda mais agravos para essa situação, devido ao confinamento junto do agressor e da dificuldade de muitas mulheres conseguirem realizar a denúncia.

As consequências de mulheres que vivem em ambientes violentos podem ser diversas, sejam físicas, sociais ou psicológicas, de acordo com Kashani e Allan (1998, *apud* Fonseca e Lucas, 2006). Em razão disso, os acompanhamentos dessas mulheres devem ser realizados de perto, por todos os profissionais da rede atenção, que incluem polícias, clínicos gerais, psicólogas (os), delegacias especializadas e juizados de violência, para que assim a mulher possa ser amparada de maneira adequada e tenham a possibilidade de sair do ciclo da violência.

Além disso, a compreensão sobre a constituição psíquica da mulher que sofre violência doméstica é algo complexo, onde se há diversas óticas. Freud traz sobre a ambiguidade de sentimentos de amor e ódio que durante a infância pode ser desenvolvido, masoquismo feminino e

da repetição da vivência primária, é entendido que a psicanálise tem uma abrangência para conseguir compreender essa mulher.

A Atenção Primária à Saúde, para Souza e Rezende (2018) pode ser uma das portas de entrada para essas mulheres, por conta da possibilidade da identificação de sinais de violências por parte dos profissionais. A APS é a instituição na qual os pacientes tem uma frequência e os profissionais já as conhecem, o que facilita para que possam identificar situações adversas, como diversos hematoma pelo corpo, fraturas, infecções urinárias constantes, abortos de repetição, dores pélvicas, ansiedade, depressão, tentativa de suicídio e outros. Todavia, o assunto não deve ser realizado de maneira direta e sim investigar delicadamente (D'Oliveira & Schraiber, 2013).

Contudo, para que esses profissionais possam conseguir identificar sintomas que podem advir de uma violência doméstica é necessária uma educação continuada, que pode ser realizada pela psicóloga (o) da instituição. A psicóloga (o) como profissional da saúde mental, pode realizar atividades e palestras sobre o assunto, trazendo para os profissionais como abordar essas mulheres, os sintomas mais comuns, quais os devidos encaminhamentos, os motivos para mulheres não saírem desses relacionamentos e enfatizar a importância do compartilhamento do caso entre a equipe. Outra ação possível a ser realizada é com a própria comunidade em eventos, palestras ou feiras, trazendo informações sobre violência, o que fazer e como identificar. Mostrando à comunidade os mitos da violência: a violência só ocorre no lar; falar ou lidar com a violência é algo simples; não existir estupro no casamento; autores de violência são desconhecidos; apenas ocorre em família de classe baixa e etc (DINIZ & ANGELIM, 2003).

A escuta psicológica é um dispositivo essencial realizado pelo profissional ao receber essas mulheres, a partir desta há a possibilidade da validação e reconhecimento da violência. Essa escuta é realizada a partir do acolhimento, que irá proporcionar para a vítima um olhar para si mesma e também para a situação em que está vivenciando, não apenas sobre a violência em si, mas como está repercutiu durante sua vida em diversos aspectos como na família, crenças, culturas, valores e etc (ADAMES et. Al, 2018).

A psicóloga (o) quando diante de mulheres vítimas de violência domésticas na saúde pública, devem então exercer primeiro o papel de acolhimento, escutar seu relato de maneira não julgadora. Realizar o encaminhamento adequado, além do atendimento psicológico, orientações sobre denúncias e abrigos e a realização de grupos de mulheres que se encontram nessa situação. Os grupos de reflexão visam fornecer apoio, intervenções sobre as consequências psicológicas, fornece

um ambiente de trocas, identificação e validação de suas vivências. (OLIVEIRA, 2017). Nesse sentindo, percebe-se que a psicóloga (o) é um profissional essencial não apenas no atendimento direto com vítimas de violência doméstica, mas também para o treinamento da equipe para compreensão desse fenômeno e também para a aproximação da comunidade com este assunto.

Considerações Finais

Os objetivos do presente trabalho foram descrever e esquematizar o trabalho da psicóloga (o) na atenção primária ao receber mulheres vítimas de violência doméstica e conjuntamente identificar meios que o profissional pode auxiliar mulheres a reconhecer que estão sofrendo uma violência. E assim compreende-se que os objetivos estabelecidos na elaboração do mesmo, foram atingidos.

Diante do que foi apresentado, percebe-se a importância da atuação da psicóloga (o) na atenção primária à saúde ao receber mulheres vítimas de violência doméstica, onde acolhem essas mulheres e também tem a possibilidade de instruir sobre o assunto para os profissionais da rede de saúde e ainda levar o tema à comunidade. Mulheres que encontram-se passando por esse cenário necessitam de um suporte especializado, onde possam encontrar além das leis que a protegem, o acolhimento e escuta para conseguir elaborar a situação que estão vivendo, refletir sobre suas possibilidades e ter a validação do ocorrido.

Todavia, o Ministério da Saúde (SAPS/MS, 2020) notificou a partir da Nota Técnica nº 3/2020 revogando os serviços do Núcleo da Saúde da Família e Atenção Básica, deixando a critério do gestor municipal definir suas equipes, carga horário e o financiamento. Isso faz com que o trabalho da psicologia passe a ser cada vez menor dentro do âmbito público, prejudicando o acesso das mulheres que passam por uma violência tenham acesso a um profissional voltado à saúde mental.

Em relação às dificuldades durante a pesquisa, a principal encontrada foi sobre a insuficiência de materiais sobre a atuação da psicóloga (o) ao receber mulheres que sofreram violências em geral, ainda mais relacionados ao âmbito da saúde pública. Em vista disso, compreende-se como importante o tema ser maior aprofundado durante a graduação de psicologia, para que assim hajam mais pesquisas sobre o campo de atuação.

REFERÊNCIAS

ADAMES, Bruna; BONFÍGLIO, Simoni Urnau; BECKER, Ana Paula Sesti. Acolhimento psicológico para mulheres vítimas de violência conjugal. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, [S. l.], v. 13, n. 2, p. 01-12, 2018. Disponível em: http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/revista_ppp/article/view/2980/1915#. Acesso em: 02 out. 2021.

BRASIL. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 152p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcdad27.pdf>

BRASIL. **Mapa da Violência contra a Mulher 2018**. Câmara dos Deputados-55ª Legislatura – 4ª Sessão Legislativa. Brasília, 2018: Comissão de Defesa dos Direitos da Mulher. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/atividade-legislativa/comissoes/comissoes-permanentes/comissao-de-defesa-dos-direitos-da-mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção Primária à Saúde Departamento de Saúde da Família. NBR 32020: **Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil**. Brasília. 2020

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde (SAS). **Glossário temático: práticas integrativas e complementares em saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. **Lei n. 11.340**, de 7 de agosto de 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso em: 04 mai. 2021

BRASIL; PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA; SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF, 2011.

CFP - Conselho Federal de Psicologia. Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas. Documento de **Referência para Atuação dos Psicólogos em Serviços de Atenção à Mulher em Situação de Violência**. Brasília, Dezembro, 2011. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/comunicacao/artes-graficas/arquivos/2013-CREPOP-Violencia-Mulher.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2021.

CFP. Conselho Federal de Psicologia. **Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas DOCUMENTO DE REFERÊNCIA PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS (OS) EM SERVIÇOS DE ATENÇÃO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**. 2013. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2013/05/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas.pdf>. Acesso em: 05 ago. 2021.

COELHO, Elza Berger Salema; SILVA, Anne Caroline Luz Grüdtner da; LINDNER, Sheila Rubia. **VIOLÊNCIA POR PARCEIRO ÍNTIMO: DEFINIÇÕES E TIPOLOGIAS**. 2018. Disponível em: <https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13953/1/MOOC-Tipologias-violencia.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.

CORTES, Laura Ferreira, Padoin, Stela Maris de Mello e Kinalski, Daniela Dal Forno Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. **Revista Gaúcha de Enfermagem.**, [S. l.], v. 37, n. Spe, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0056>>. Acesso em: 9 ago. 2021

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med.**, São Paulo, v. 2, p. 134-140, 2013. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953/83887>. Acesso em: 05 ago. 2021.

DA FONSECA, PAULA MARTINEZ; LUCAS, TAIANE NASCIMENTO SOUZA. **Violência doméstica contra a mulher e suas consequências psicológicas**. (TCC- em Psicologia). Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, 2006. Disponível em: <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/152.pdf>. Acesso em: 11 de set. 2021

DAMASCENO, Victoria; PAGNAN, Rogério. Explosão de violência doméstica durante pandemia faz PM de SP implantar Patrulha Maria da Penha: denúncias de atos contra mulheres cresceram 555% em um ano, segundo secretaria de segurança pública. **Folha de São Paulo**. São Paulo, p. 2-4. 27 abr. 2021. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2021/04/explosao-de-violencia-domestica-durante-pandemia-faz-pm-de-sp-implantar-patrolha-maria-da-penha.shtml>. Acesso em: 14 jun. 2021.

DE FREITAS, Camila Guarini; DA SILVA, Roberta Barbosa. A violência contra mulher e a psicologia diante dessa realidade na perspectiva da atenção básica. **Revista Mosaico**, v. 10, n. 1, 2019. Disponível em : <http://editora.universidadedevassouras.edu.br/index.php/RM/article/view/1778>. Acesso em: 28 de jun. 2021

DINIZ, Gláucia Ribeiro Starling; ANGELIM, Fábio Pereira. Violência doméstica - Por que é tão difícil lidar com ela? **Revista de Psicologia da Unesp**, [S. l.], v. 2, n. 1, 2003. Disponível em: <https://seer.assis.unesp.br/index.php/psicologia/article/view/1042>. Acesso em: 21 set. 2021.

EICHENBERG, Juliana Fusinato; BERNARDI, Aline Batista. **A prática do psicólogo na atenção básica em saúde: Uma proposta da clínica ampliada**. (TCC –Pós-Graduação em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) Centro Universitário para Desenvolvimento do Alto Vale do Itajaí –Unidavi. 2016. Disponível em: www.uniedu.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2016/02/Juliana-Fusinato.pdf. Acesso em: 03 de set. 2021

FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; MATTA, Gustavo Corrêa. Atenção primária à saúde: histórico e perspectivas. **ARCA**, Rio de Janeiro, p. 43-67, 2007. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/39171/2/Modelos%20de%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20-%20Aten%C3%A7%C3%A3o%20Prim%C3%A1ria%20-%20Sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2021.

FONSECA, Paula Martinez da *et al.* **VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER E SUAS CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICAS**. 2006. 24 f. TCC (Graduação) - Curso de Psicologia, Fundação Bahiana Para O Desenvolvimento das Ciências Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública, Salvador, 2006.

FONTANELLA, Bruno José; Barcellos LEITE, Alessandra de Cássia. Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. **Rev. bras. med. fam. comunidade**, p. 2059-2059, 2019. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/2059/1507>. Acesso em: 05 ago. 2021.

FREUD, S. **Sobre a sexualidade feminina**. In Freud Obras Completas, Vol. 18: O mal-estar na civilização, novas conferências introdutórias à psicanálise e outros textos (1930- 1936). São Paulo: Companhia das Letras, 1931/2010.

FREUD, S. **Sexualidade feminina**. In: _____. Edição Standard brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1931/2006

FREUD, S. **Recordar, repetir e elaborar. Novas recomendações sobre a técnica da psicanálise**. São Paulo: Companhia das Letras, 1914.

FURTADO, Maria Edilânia Matos Ferreira; CARVALHO, Liliane Brandão. O psicólogo no NASF: potencialidades e desafios de um profissional de referência. **Revista de Psicologia e Saúde**, [S. l., v.7, n.1, 2015. Disponível em: <https://pssa.ucdb.br/pssa/article/view/395/492>. Acesso em: 23 jun. 2021.

GOMES, Nadirlene Pereira et al. Cuidado às mulheres em situação de violência conjugal: importância do psicólogo na Estratégia de Saúde da Família. **Psicologia USP**, v. 25, p. 63-69, 2014. Disponível em : <https://www.scielo.br/j/psp/a/j53JvdHqMh3Q6xB4CxCbsQN/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 out.2021

IMP- Instituto Maria da Penha. **“O ciclo da violência”**, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/violencia-domestica/ciclo-da-violencia.html>. Acesso em: 20 jun.2021

IMP- Instituto Maria da Penha. **“Quem é Maria da Penha”**, 2018. Disponível em: <https://www.institutomariadapenha.org.br/quem-e-maria-da-penha.html>. Acesso em: 20 jun. 2021

KINOSHITA, Erika Yuriko. **O uso da acupuntura e auriculoterapia na atenção primária à saúde no município de Florianópolis e sua relação com a dispensação de psicotrópicos**. 2021. 68 f. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2021.

KLEIN, Ana Paula. **Matriciamento na atenção primária à saúde: o trabalho do psicólogo no NASF no município de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, University of São Paulo, São Paulo, 2015. doi:10.11606/D.5.2016.tde-03022016-144719. Acesso em: 27 jun. 2021.

KNOPLOCH, Carol. **Mais de 70% das mulheres vítimas de violência não denunciam crime**. O Globo: Cerca de 28 mil responderam a enquete. Rio de Janeiro, jun. 2016. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/brasil/mais-de-70-das-mulheres-vitimas-de-violencia-nao-denunciam-crime-diz-pesquisa-no-rio-16561195>. Acesso em: 10 jun. 2021.

MATTA, Gustavo Correa; MOROSINI, Marcia Valeria Guimaraes. **ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. Dicionário da Educação Profissional em Saúde., 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>. Acesso em: 22 jun. 2021.

MINAYO, M. C. D. S. A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. **Cad. Saúde Públ**, Rio de Janeiro, v. 10, p. 7-18, 1994.

MINISTRY OF HEALTH. **Interim report on the future provision of medical and allied services**. London, 1920. Disponível em: <https://www.sochealth.co.uk/national-health-service/healthcare-generally/history-of-healthcare/mulher-cmulher/arquivos-de-audio-e-video/MapadaViolenciaatualizado200219.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2021.

NARVAZ, Martha G. Masoquismo feminino e violência doméstica: reflexões para a clínica e para o ensino de Psicologia. **Psicol. Ensino & Form**. Brasília, v. 1, n. 2, p. 47-59, 2010. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-20612010000200005&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 11 jun. 2021.

OLIVEIRA, Isabel Fernandes de et al. The role of the psychologist in NASF: challenges and perspectives in primary health care. **Temas psicol**. Ribeirão Preto, v. 25, n. 1, p. 291-304, mar. 2017. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 jun. 2021. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2017.1-17Pt>.

OLIVEIRA, T. L. Intervenção psicossocial com mulheres em situação de violência doméstica. In: 13º MUNDO DE MULHERES & FAZENDO GÊNERO 11, 13., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC,

2017. Disponível em: http://www.en.wwc2017.eventos.dype.com.br/resources/anais/1499259432_ARQ_UIVO_IntervencaoPsicossocialComMulheresEmSituacaoDeViolenciaDomestica.pdf Acesso: 21 set. 2021

Organização Mundial da Saúde – **Ministério da Saúde: Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde**. Brasília. OPAS/MS, 1978, p. 4. Disponível em : https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 23 set. 2021

OSTERNE, Maria do SF. **Violência nas relações sociais de gênero e cidadania feminina: análise das ocorrências na Delegacia de Defesa da Mulher de Fortaleza**. 2005. 266 f. 2005. Tese de Doutorado. Tese (Doutorado em Serviço Social) –Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco.

PERRELLA, Ana Carolina. A experiência da Psicologia no NASF: capturas, embates e invenções. *Gerais, Rev. Interinst. Psicol.*, Juiz de fora, v. 8, n. 2, p. 443-452, dez. 2015. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000300012&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em 28 jun. 2021

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Gênero, patriarcado, violência**, São Paulo: Função Perseu Abramo, 2004. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTOS, Amanda; SANCHOTENE, Nicole; VAZ, Paulo. A INVENÇÃO DO RELACIONAMENTO ABUSIVO: Sofrimento e sentido nas relações amorosas ontem e hoje. *LÍBERO*, v. 22, n. 44, p. 122-135, 2019.

São Paulo (Município). Secretaria de Saúde do Município de São Paulo. Coordenação da Atenção Básica. Estratégia da Saúde da Família. **DIRETRIZES E PARÂMETROS NORTEADORES DAS AÇÕES DOS NÚCLEOS DE APOIO A SAÚDE DA FAMÍLIA – NASF**. São Paulo (SP): Secretária da Saúde; 2009. Disponível em: <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/esf/diretrizes_nasf.pdf> Acesso em 27 jun. 2021

SCHRAIBER, Lilia Blima; D’OLIVEIRA, Ana Flavia Pires Lucas; HANADA, Heloisa; KISS, Ligia. Assistência a mulheres em situação de violência - da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea digital*, Barcelona, v. 12, n. 3, p. 237-254, 2012. Disponível em: <<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/Blima> > Acesso em: 27 ago. 2021.

SILVA, D. R. Q. da; TORMAN, R. “EM BRIGA DE MARIDO E MULHER”, METEMOS A COLHER: GUPOS TERAPÊUTICOS COM MULHERES EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E VIOLÊNCIA DE GÊNERO. *Gênero & Direito, [S. l.]*, v. 7, n. 3, 2018. DOI: 10.22478/ufpb.2179-7137.2018v7n3.43002. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/index.php/ged/article/view/43002>. Acesso em: 05 ago. 2021.

SILVA, I. M., MENEZES, C. C & Lopes, R. C. S. Em busca da “cara-metade”: motivações para a escolha do cônjuge. **Estudos de Psicologia**, 2010, Campinas, n. 3, p. 383-391.

SIQUEIRA, Camila Alves; ROCHA, Ellen Sue Soares. Violência psicológica contra a mulher: Uma análise bibliográfica sobre causa e consequência desse fenômeno. **Revista Arquivos Científicos**, Macapá, v.2, n. 1, p. 12-23, 2019. Disponível em: <https://arqcientificosimmes.emnuvens.com.br/abi/article/view/107/63>. Acesso em: 01 jun. 2021

SOUZA, Tatiana Machiavelli Carmo; REZENDE, Fernanda Ferreira. **Violência contra mulher: concepções e práticas de profissionais de serviços públicos**. Est. Inter. Psicol., Londrina, v. 9, n. 2, p. 21-38, 2018. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 maio 2021

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, 2002.

TELES, Maria Amélia de Almeida. MELO, Mônica de. **O Que é Violência contra a Mulher**. São Paulo: Brasiliense, 2002.

XAVIER, Angélica Nepomoceno; FERRANTE, Fernanda Garbelini de. A MULHER DA VIOLÊNCIA: POR QUE ELAS PERMANECEM NESSA RELAÇÃO? **Rev. PsicoFAE**, [S. l., J], v. 8, n. 2, p. 55-72, 2019. Disponível em: <https://revistapsicofae.fae.edu/psico/article/view/261>. Acesso em: 21 jul. 2021.

ZANATTA, Michelle Ângela; FARIA, Josiane Petry. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E DESIGUALDADE DE GÊNERO NA ESTRUTURA DA SOCIEDADE: DA SUPERAÇÃO DOS SIGNOS PELA ÓTICA DAS RELAÇÕES. DE PODER. **Revista de Gênero, Sexualidade e Direito**, Salvador, v. 4, n. 1, p. 99-144, 2018. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/035d/e53fd7742588e16499b076f38db4f757bd37.pdf>. Acesso em: 04 jun. 2021.

ANEXO 1



República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde

FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ INVESTIGAÇÃO
INDIVIDUAL
VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SEXUAL E/OU OUTRAS
VIOLÊNCIAS INTERPESSOAIS

Nº

Definição de caso: Considera-se violência como o uso intencional de força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade que resulte ou tenha possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação.

Atenção: Em casos de suspeita ou confirmação de violência contra crianças e adolescentes, a notificação deve ser obrigatória e dirigida aos Conselhos Tutelares e autoridades competentes (Delegacias de Proteção da Criança e do Adolescente e Ministério Público da localidade), de acordo com o art. 13 da Lei nº 8.069/1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente. Esta ficha atende ao Decreto-Lei nº 5.099 de 03/06/2004, que regulamenta a Lei nº 10.778/2003, que institui o serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e o artigo 19 da Lei nº 10.741/2003 que prevê que os casos de suspeita ou confirmação de maus tratos contra idosos são de notificação obrigatória.

Dados Gerais	1	Data da Notificação	2	UF	3	Município de Notificação	Código (IBGE)		
	4	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)					Código (CNES)		
	5	Data da Ocorrência do Evento	6	Hora da ocorrência (0 - 24 horas)					
Dados da Pessoa Atendida	7	Nome					8	Data de Nascimento	
	9	Idade	1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	10	Sexo	1 - Masculino 2 - Feminino 9 - Ignorado	11	Gestante	
	12	Cor	1 - Branca 2 - Preta 3 - Amarela 4 - Parda 5 - Indígena 9 - Ignorado	13	Escolaridade	01) Analfabeto 02) 1ª a 4ª série incompleta do EF 03) 4ª série completa do EF 04) 5ª à 8ª série incompleta do EF 05) Ensino fundamental completo	06) Ensino médio incompleto 07) Ensino médio completo 08) Educação superior incompleta 09) Educação superior completa 10) Não se aplica 99) Ignorado		
	14	Ocupação	15					Situação conjugal	
	16	Relações sexuais	1 - Só com Homens 2 - Só com mulheres 3 - Com homens e mulheres 4 - Não se aplica 9 - Ignorado	17	Possui algum tipo de deficiência?				
	18	Número do Cartão SUS	19					Nome da mãe	
	20	UF	21	Município de residência			Código (IBGE)	22	Bairro de residência
	23	Logradouro (rua, avenida,...)					24	Número	
	25	Complemento (apto., casa, ...)			26	Ponto de Referência		27	CEP
	28	(DDD) Telefone			29	Zona		30	País (se residente fora do Brasil)
Dados da Ocorrência	31	Local de ocorrência		07 - Estabelecimento de saúde	11 - Terreno baldio				
	32	UF	33	Município de Ocorrência			34	Bairro de ocorrência	
	35	Logradouro de ocorrência (rua, avenida,...)					36	Número	
	38	Zona de ocorrência		39	Ocorreu outras vezes?		40	A lesão foi autoprovocada?	
	41	Meio de agressão		42	Tipo de violências				
	1 - Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado		1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	<input type="checkbox"/> Arma branca <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Objeto contundente <input type="checkbox"/> Força corporal		<input type="checkbox"/> Enforcamento/sufocação <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Psicológica / Moral <input type="checkbox"/> Negligência/ Abandono <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Trabalho infantil <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Patrimonial <input type="checkbox"/> Outros				

Violência Sexual	43 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Atentado violento ao pudor <input type="checkbox"/> Outros _____	44 Se ocorreu penetração, qual o tipo? 1- Sim 2 - Não 3 - Não se aplica 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Anal <input type="checkbox"/> Vaginal	
	45 Número de envolvidos <input type="checkbox"/> 1 - Um 2 - Dois ou mais 9 - Ignorado	46 Relação com a pessoa atendida 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Desconhecido <input type="checkbox"/> Outros _____	47 Sexo do provável autor da agressão <input type="checkbox"/> 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Ambos os sexos 9 - Ignorado
Dados do provável autor da agressão	49 Consequências da ocorrência detectadas no momento da notificação 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Gravidez <input type="checkbox"/> DST <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outros _____		
	50 Procedimento indicado 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Comunicação de Acidente de Trabalho <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
Em casos de violência sexual	51 Evolução do Caso <input type="checkbox"/> 1 - Alta 2 - Encaminhamento ambulatorial 3 - Encaminhamento hospitalar 4 - Evasão / Fuga 5 - Óbito pela agressão 6 - Óbito por outras causas 9 - Ignorado		
	52 Se óbito pela agressão, data 		
Evolução e encaminhamento	53 Encaminhamento da pessoa atendida para outros setores 1- Sim 2 - Não 9- Ignorado <input type="checkbox"/> Conselho tutelar (criança/adolescente) <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada da Mulher <input type="checkbox"/> Centro de Referência da Assistência Social/CRAS <input type="checkbox"/> Vara da infância / juventude <input type="checkbox"/> Delegacia de Prot. da Criança e do Adolescente <input type="checkbox"/> Casa de proteção / abrigo <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> IML <input type="checkbox"/> Programa Sentinela <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Outros _____		
	54 Circunstância da lesão (confirmada) CID 10	55 Classificação final <input type="checkbox"/> 1 - Suspeito 2 - Confirmado 3 - Descartado	

Informações complementares e observações

Disque-Saúde 0800 61 1997	TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180	Disque-Denúncia - Exploração sexual a crianças e adolescentes 100
-------------------------------------	--	---

Notificador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde/CNES
	Nome	Função