

## Experiências Transformadoras

# Intervenção com Mulheres Vítimas de Violência: Uma Abordagem Multidisciplinar

*Assistance Intervention for Women Victims of Violence: A Multidisciplinary Approach*

Amanda Pinheiro Said<sup>1</sup>

Karla Lopo Paiva<sup>1</sup>

Neurialan de Paula Araújo<sup>1</sup>

Juliana Cabral de Andrade Santos<sup>1</sup>

Ana Carolina Amui Melo<sup>1</sup>

Douglas Aparecido da Silva Gomes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

## Resumo:

O reconhecimento da violência sexual e doméstica contra as mulheres é recente. Dispositivos como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Lei Maria da Penha contribuíram para um cenário de oferecimento de atendimento integral a esse público. Na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, os Centros Especializados para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV) oferecem atendimento biopsicossocial a pessoas em situação de violências, incluindo as mulheres. Em razão da Pandemia da COVID-19, foram interrompidos os atendimentos em grupos presenciais, tornando necessárias adaptações do serviço oferecido. Este texto objetiva apresentar um protocolo de atendimento multidisciplinar que foi desenvolvido por um CEPAV e que inclui, além do acolhimento inicial, seis encontros temáticos. Os encontros visam abordar a história familiar, a saúde compreendida de forma integral, questões de gênero, corpo físico e sexualidade, além da Lei Maria da Penha e projetos de futuro. Para isso, foram feitas discussões com as mulheres, uso de atividades lúdicas e artísticas, vídeos, etc. Um dos resultados importantes da utilização do protocolo é sua perspectiva multiprofissional e, portanto, ampliada. A possibilidade de seguir atendendo as mulheres, mesmo individualmente, em um contexto com menos risco de propagação do novo coronavírus, e com a manutenção da riqueza de temas que eram discutidos nos grupos presenciais, é outro resultado da criação deste protocolo. Além disso, considera-se que ele é uma ferramenta útil e passível de replicação e adaptação em outros contextos e serviços de atendimento às mulheres vítimas de violências, pois permite ampliar as discussões com elas, ao mesmo tempo em que as auxilia a vislumbrar e planejar possibilidades de saúde futuras.

**Palavras-chaves:** Intervenção, Serviços de Saúde Mental, Violência contra a Mulher, Violência Doméstica, Equipe Multiprofissional.

## Abstract:

The recognition of sexual and domestic violence against women is recent. Devices such as the National Policy for Comprehensive Attention to Women's Health (PNAISM, in Portuguese) and the Maria da Penha Law contributed to a scenario of comprehensive care to this public. At the Health Department of Federal District, the Specialized Centers for Care for People in Situations of Sexual, Family and Domestic Violence (CEPAV, in Portuguese) offer biopsychosocial care to people in situations of violence, including women. Due to the COVID-19 Pandemic, attendance in face-to-face groups was interrupted, making adjustments to the service necessary. This text aims to present a multidisciplinary care protocol that was developed by a CEPAV and that includes, in addition to the initial attention, six thematic meetings. The meetings aim to address family history, integral health understood, issues of gender, physical body and sexuality, in addition to the Maria da Penha Law and projects for the future. For this, discussions were held with the women, as well as the use of recreational and artistic activities, videos, etc. One of the important results of using the protocol is its multiprofessional perspective. The possibility of continuing to care for women, even individually, in a context with less risk of spreading the new coronavirus, and with the maintenance of the wealth of themes that were discussed in the face-to-face groups, is another result of the creation of this protocol. In addition, it is considered to be a useful tool that can be replicated and adapted in other contexts and services for women victims of violence, as it allows to expand discussions, while helping them to envision and plan future health possibilities.

**Keywords:** Intervention, Mental Health Services, Violence Against Women, Domestic Violence, Patient Care Team.

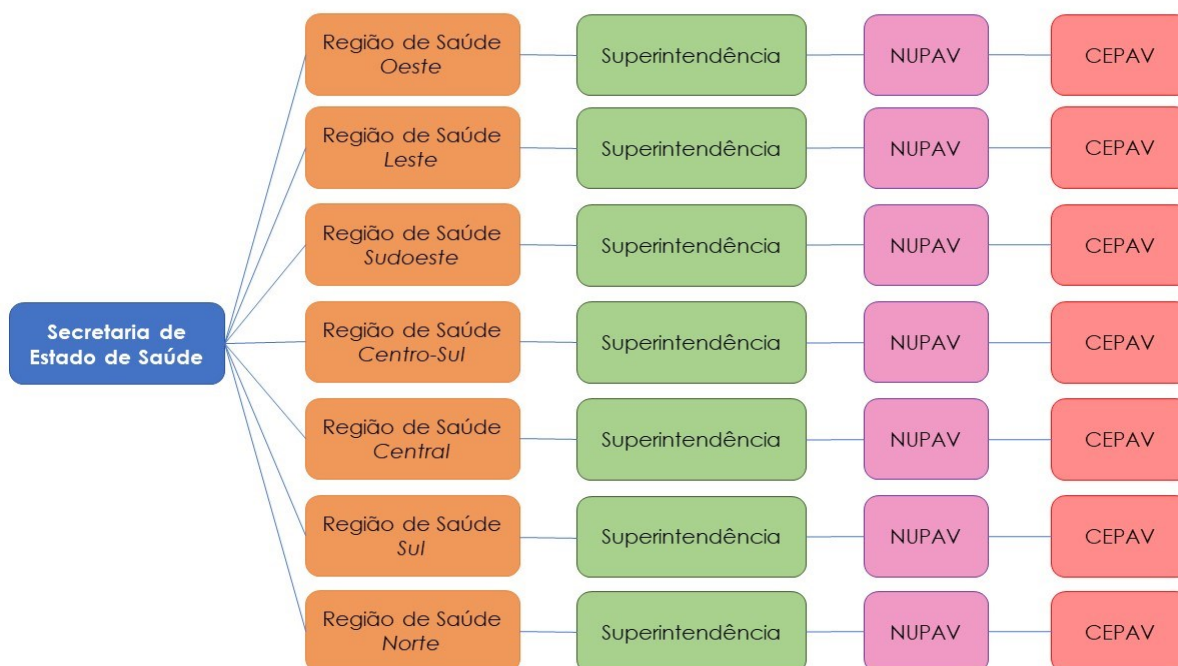
## 1. Introdução

O reconhecimento e a consideração da violência enquanto fenômeno foram incluídos na agenda de saúde pública recentemente, especialmente quando se fala sobre o atendimento de saúde às mulheres. Até 1984, as políticas de saúde voltadas a este público tinham como principal ponto a atenção materno-infantil, com ênfase para o atendimento no pré-natal e puerpério, nas unidades públicas de saúde, privilegiando um olhar à mulher em seu papel de mãe. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual representou um marco histórico e político, resultado de reivindicações dos movimentos feministas e das mulheres, pelo direito à saúde integral<sup>1</sup>.

Diante disso, a partir da aprovação da Constituição Federal de 1988 e da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram outros avanços, no que se refere às políticas para as mulheres, com destaque para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004<sup>2</sup>. Incorporando o conceito de integralidade do SUS, a implementação da PNAISM também passa a privilegiar questões de gênero, raça e etnia, além da promoção da saúde. Com isso, atinge uma diversidade maior de mulheres, bem como amplia as demandas para além da atenção obstétrica, incluindo, como áreas prioritárias, o planejamento familiar e reprodutivo, a atenção a infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a prevenção ao câncer ginecológico e a atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual e doméstica<sup>3</sup>.

No bojo dessa atenção às mulheres em situação de violências, este texto apresentará um protocolo de atendimento que foi executado em 2021 em um setor especializado no atendimento de pessoas em situação de violência, que faz parte do organograma da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). A SES-DF é composta por sete Regiões de Saúde, as quais são divididas em virtude da territorialidade das Regiões Administrativas (RAs) do DF. Cada Região de Saúde é formada por uma Superintendência e esta, por sua vez, é a instância máxima da Região. A cada uma delas liga-se um Núcleo de Prevenção e Assistência a Situações de Violência (NUPAV).

**Figura 1:** Organização da rede de atendimento às pessoas em situação de violência da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.



**Fonte:** elaborada pelos autores e autoras com base na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (2022).

Cada NUPAV é responsável pela gestão da violência em sua Região de Saúde e tem, dentre algumas de suas atribuições, o planejamento, a execução, a coordenação e a avaliação de ações de promoção, prevenção e atendimento à população em situação de violência, a participação das ações de Vigilância Epidemiológica, o desenvolvimento e estabelecimento de estratégias para o enfrentamento da violência em atuação conjunta com a rede intra e intersectorial, o acompanhamento, orientação e execução de ações de educação em saúde e capacitação técnica na temática da violência para os profissionais da rede<sup>4</sup>. Subordinados aos NUPAVs, estão os Centros Especializados para Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual, Familiar e Doméstica (CEPAV), distribuídos atualmente em 14 diferentes RAs do DF. São 18 no total, e têm como objetivo realizar o acolhimento e a atenção integral às pessoas em situação de violência sexual, familiar e doméstica, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar especializada, integrada à Rede de Atenção à Saúde<sup>5</sup>. Também promove ações juntamente ao NUPAV e aos demais parceiros da rede intra e intersectorial nos casos de violência sexual, familiar e doméstica. É ainda responsável por conduzir o matriciamento às equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), aos Núcleos Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e demais unidades de saúde. Destaca-se que em algumas Regiões de Saúde há mais de um CEPAV e em algumas RAs também existem mais de um CEPAV.

O protocolo aqui apresentado foi planejado e executado por um desses CEPAV, localizado em uma RA com altos índices de violências e elevada taxa populacional. A partir de 2020, o cenário desencadeado pela Pandemia da COVID-19 conduziu a uma crise de saúde pública mundial<sup>6</sup>. No Brasil, essa crise enfatizou um conjunto de deficiências da política pública, resultando em uma maior exigência das políticas governamentais pela pressão da demanda. No desenrolar dessa crise, houve momentos onde cidadãos e cidadãs foram postos numa condição de desamparo do Estado. O aumento no acionamento e na carga de demanda das políticas públicas enfatizou as deficiências do Estado Brasileiro em garantir direitos e proteção às pessoas, sobretudo as mais vulneráveis. No cenário macro, a vulnerabilidade assumiu variações, enlaçando áreas como a geração de renda, emprego, a segurança alimentar, o acesso à educação e saúde. Os resultados foram aumento do desemprego, instabilidade social e política, insegurança alimentar, instabilidade econômica e dependência econômica da mulher, fatores que impactaram no contexto da violência conjugal<sup>7</sup>.

A violência, enquanto objeto de política pública, exige múltiplas demandas que se espraiam, por exemplo, pela assistência social, pela segurança pública e pela saúde. De alguma maneira, todas essas políticas foram tocadas pelas exigências trazidas pela Pandemia da COVID-19. Houve um aumento na condição de vulnerabilidade de pessoas, que aumentou a possibilidade de elas serem afetadas pelas violências. Na tentativa de compreender possíveis comportamentos ou aspectos que apresentassem uma relação entre o tema da violência e a Pandemia, alguns estudos procuraram identificar possíveis alterações na ocorrência, comunicação ou registro da violência.

Um desses estudos foi conduzido em São Paulo, onde foram percebidas alterações e diversidades nos dados, a respeito da violência no contexto mundial<sup>8</sup>. O estudo considerou uma ampla gama de violências, mas sobre o aspecto aqui abordado, nos interessa o surpreendente dado que apontou para uma redução, em 2020, na violência sexual, lesão corporal e violência interpessoal, em comparação ao mesmo período de 2019. Como hipótese a respeito da redução em relação à comunicação em São Paulo ou no Brasil, avalia-se a influência de fatores como restrições de contato social em virtude do isolamento e inibição quanto à comunicação em vista de uma maior proximidade do autor da violência no contexto de violência doméstica<sup>8</sup>.

No início da Pandemia da COVID 19, o Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP) apresentou, em maio de 2020, a nota técnica intitulada “Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19”<sup>9</sup>, expondo que a diminuição nos registros de denúncias não foi provocada pela ausência da violência, mas pelo reflexo da necessidade do isolamento social, o que dificultou a queixa acerca desta problemática. De forma complementar a essa realidade, o FBSP corrobora que nos dois primeiros meses da pandemia, foi registrado um aumento de 22,2% em casos de feminicídio, se comparado ao mesmo período no ano anterior, revelando um quadro crítico onde mulheres, no contexto pandêmico, tiveram sua proteção ainda mais

vulnerabilizada. Em vista disso, pode-se compreender que, em momentos nos quais há maiores crises de bem-estar social, esse grupo encontra-se em situações mais agravadas no que se refere à sua segurança, logo, em relação à sua cidadania.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2020<sup>10</sup> também apresenta alguns dados a respeito da violência no primeiro semestre de 2020, para observar se o contexto trazido pela Pandemia da COVID-19 apresentou reflexo sobre os dados da violência. Especificamente sobre a vulnerabilidade da mulher à violência, este documento sinalizou para uma redução quanto ao registro de crime que dependia da presença da vítima para os procedimentos de comunicação e apuração, como registro em delegacias. Segundo o documento<sup>10</sup>, no primeiro semestre de 2020 ocorreu uma redução no registro de crimes como lesão corporal, 10,9%; e estupros de mulheres, 23,5%. Ainda assim, comparado com o mesmo período de 2019, houve um aumento de 1,2% nos casos de feminicídio. Observou-se ainda, aumento no número de ligações registradas como violência doméstica para o Disque 190 em 3,9 %<sup>10</sup>.

O Anuário Brasileiro de Segurança Pública de 2021<sup>11</sup> vem confirmar a redução de notificações de crimes pertinentes à violência contra mulheres em delegacias policiais ao longo de todo o ano de 2020. Crimes como lesão corporal em decorrência de violência doméstica, ameaças e estupros estão inseridos nessa leitura. Por outro lado, chama atenção o aumento no número de medidas protetivas de urgência concedidas pelos Tribunais de Justiça - aumento de 4,4 % em 2020, comparado a 2019. Quanto ao acionamento da Polícia Militar no telefone 190, os números mantiveram-se em uma crescente, isto referente aos casos de violência doméstica e de feminicídios<sup>11</sup>.

Desde março de 2020, uma das principais medidas recomendadas por instituições de saúde e organismos internacionais para conter a transmissão comunitária do novo coronavírus, foi a permanência no ambiente doméstico, juntamente com as medidas de distanciamento e isolamento social<sup>12</sup>. Se por um lado tais medidas se mostraram eficazes para a contenção da transmissão do vírus, por outro, também representaram um contexto de maior risco para a ocorrência de violência doméstica, conjugal e familiar. Em relação às políticas públicas de atenção e cuidados às pessoas vítimas de violências sexual e doméstica, a Pandemia da COVID-19 acometeu a rotina das instituições inseridas no atendimento a essas pessoas, tendo sido observado um processo de busca por meios e recursos para promover a continuidade da atenção. Foram feitas adaptações de estratégias presenciais para o meio remoto nas mais variadas áreas e instituições<sup>13</sup>. Algumas estratégias no meio virtual já existiam anteriormente à pandemia, mas foram utilizadas pela primeira vez por vários serviços e profissionais.

Anteriormente à Pandemia, no CEPAV onde o protocolo foi desenvolvido, o atendimento de mulheres em situação de violência sexual, familiar e doméstica se dava prioritariamente em grupos. Após um contato inicial via telefone, era agendado um acolhimento coletivo, ocasião em que cerca de dez mulheres ficavam em uma mesma sala para apresentação das e dos profissionais do CEPAV, bem como para receber explicação da organização e funcionamento do serviço. Em seguida à obtenção e confirmação de dados sociodemográficos, era agendado um primeiro atendimento com profissional da psicologia, para avaliação e preenchimento de um segundo instrumento, a fim de obter dados mais detalhados sobre família, rede social, situação da violência e suas consequências.

As mulheres eram então encaminhadas para atendimento em grupo, o qual era conduzido por uma dupla de profissionais, de formações distintas: psicologia, serviço social, enfermagem e ginecologia. Historicamente, resgata-se que o grupo de atendimento de mulheres já ocorreu em formato aberto ou fechado, a depender da necessidade e disponibilidade do serviço. Independentemente do formato, eram abordados diversos temas, como desigualdade de gênero, violência contra a mulher, Lei Maria da Penha (LMP), relações familiares, autoestima, sexualidade, etc. Para tal, eram desenvolvidas atividades que incluíam dinâmicas de convivência grupal, discussão de textos, apresentação de vídeos, desenhos, músicas, etc.

Os encontros tinham o objetivo de suscitar reflexões não apenas sobre o papel tradicional que socialmente se construiu sobre a categoria “homem” e a categoria “mulher”, mas também refletir como essas crenças poderiam legitimar a violência contra mulher. Além disso, também era uma oportunidade de levantar formas e estratégias de superação das violências, discutir temas

relevantes do dia-a-dia das usuárias, apresentar a LMP e aproximá-la do cotidiano; promover um espaço seguro para compartilhar demandas das relações conjugais e familiares, treinar formas de comunicação não violenta; pensar projetos de vida e de futuro. Todas essas discussões eram beneficiadas pelas trocas entre as mulheres.

As intervenções em grupo são uma forma de intervenção comum com mulheres que viveram situações de violência, pois o contexto grupal permite inicialmente uma quebra do isolamento a que muitas vezes são submetidas, permitindo que elas recebam informação, suporte adequado, percebam que o seu problema não é único e que existem maneiras de lidar com esta situação. É um espaço que favorece que as mulheres sintam e expressem suas emoções e sentimentos, ao mesmo tempo em que as empodera para tomarem suas próprias decisões e escolhas. Com isso, as mulheres têm mais condições de identificar as razões da permanência em uma relação abusiva, aumentando suas competências sociais e pessoais, além de ajudar a reduzir o sentimento de culpa<sup>14</sup>.

O cenário de Pandemia da COVID-19, com a impossibilidade de realização de grupos presenciais, foi um dos fatores que levantou a necessidade e estimulou o desenvolvimento do protocolo de atendimento multiprofissional às mulheres vítimas de violência. Nas rotinas dos CEPAVs, embora existam as práticas profissionais que remetem às especificidades de cada campo – modelo ainda predominante no campo da saúde –, a intervenção ora apresentada neste relato apresenta-se como produto construído pela equipe e seus diversos campos profissionais. Não se trata de uma intervenção de determinado grupo profissional, mas da equipe multiprofissional de saúde que compõe o CEPAV. É uma construção coletiva de trabalho na qual se vislumbra a interação entre diferentes agentes profissionais e reciprocidade entre múltiplas intervenções técnicas. Portanto, o foco dessa abordagem remete ao atendimento integral<sup>15</sup>.

Com o protocolo, objetivou-se minimizar os impactos da Pandemia da COVID-19, com a manutenção de atendimentos presenciais às mulheres vítimas de violências, ainda em uma perspectiva multiprofissional e com a pluralidade de temas que eram abordados nos atendimentos anteriormente feitos em grupo. Outros objetivos do protocolo foram: abarcar a demanda reprimida de casos de violência sexual e doméstica contra mulheres do CEPAV, além de promover saúde e prevenir outras violências. Nas seções a seguir, serão apresentadas informações detalhadas sobre o protocolo multiprofissional e suas etapas de execução.

## 2. Percorso Metodológico

O protocolo de atendimento inclui nove etapas, sendo um momento inicial de contato e convocação das mulheres, um primeiro atendimento para acolhimento, seis atendimentos temáticos, e um último momento de discussão de caso, confecção de relatório e encaminhamento para a rede, intra ou intersetorial, quando necessário. O contato inicial com as mulheres se dá por via telefônica, após o recebimento dos encaminhamentos pelas várias instituições da rede, ou mesmo por demanda espontânea. Na ligação, a ou o profissional se apresenta e faz o agendamento do acolhimento.

O acolhimento é um momento fundamental para prestação de uma assistência individualizada e humanizada, bem como para o estabelecimento de vínculo com a usuária do SUS. Vai além da recepção em uma unidade de saúde<sup>16</sup> e funciona como importante fator para a adesão ao acompanhamento. De acordo com o Ministério da Saúde (MS), o acolhimento deriva do princípio do SUS de acesso universal ao cuidado integral em saúde e é compreendido como ato ou efeito de acolher, de dar credibilidade; é uma ação de aproximação que deixa a marca do cuidado e expressa simultaneamente solidariedade e confiança. Requer uma atitude do(a) profissional que se traduz na escuta ativa, na postura ética, no estabelecimento de vínculo, na responsabilização sanitária, na resolutividade e na continuidade do cuidado<sup>17</sup>.

De forma prática, é nesse primeiro contato presencial que a ou o profissional explica o serviço prestado no CEPAV, o motivo do encaminhamento, as etapas do atendimento e a importância de cada ação a ser realizada. Nesta etapa são coletados também dados de identificação do usuário. Ao final, e a depender da especificidade e demanda de cada caso, são agendados atendimentos com profissional do serviço social ou da ginecologia, bem como atendimento pediátrico para os filhos, para além da marcação dos seis atendimentos temáticos,

descritos a seguir. A fim de se evitar que a mulher atendida tenha que ir repetidas vezes ao serviço de saúde, busca-se concentrar os atendimentos presenciais de diferentes categorias profissionais em um mesmo dia, sempre que possível.

## **2.1 Os Encontros**

### **2.1.1 Encontro I – História Familiar e Rede de Apoio**

Após o acolhimento, dá-se continuidade à obtenção de informações que caracterizam o contexto das usuárias. Faz-se a construção da ferramenta do Genograma familiar<sup>18</sup> e mapeia-se a rede de apoio das mulheres. O Genograma auxilia na identificação de padrões familiares, sejam eles identificados como positivos pelas mulheres ou não. É o momento em que se conhece a história familiar e, para além de pesquisar quem são os familiares, busca-se também compreender se, quando ou como outras histórias de violências, de adoecimento e de abuso de substâncias, por exemplo, se fizeram presentes. Com isso, objetiva-se resgatar padrões de transgeracionalidade que marcaram a história familiar de cada mulher, e de refletir junto com elas quais aprendizados e conhecimentos elas herdaram de suas famílias.

O mapeamento da rede de apoio pode se dar por meio da construção da ferramenta do Ecomapa<sup>19</sup> ou do mapa da Rede Social<sup>20</sup>. O objetivo é que possam ser identificadas, com e para as usuárias, quais são as pessoas, locais e instituições que fazem parte de seu ciclo social, fonte de apoio e ajuda em potencial. “Quem são as pessoas com quem você pode contar?”, “Quão próxima você se vê dessa pessoa?”, “Quais outras fontes de apoio você identifica?” são algumas das perguntas possíveis para este momento. Desta forma, espera-se que elas possam se fortalecer em termos de contatos sociais, refletindo sobre seu bem-estar com as relações atuais ou mesmo identificando a ausência de fontes de apoio. Tanto a ferramenta do Genograma familiar como a construção do mapa da Rede Social e Ecomapa são representações gráficas, construídas manualmente, com o acompanhamento e participação ativa das mulheres.

### **2.1.2 Encontro II – Mandala da vida – Saúde integral da mulher<sup>i</sup>**

O objetivo do segundo encontro temático é trabalhar a saúde integral da mulher, por meio da reflexão da relação que ela mantém com diversas dimensões da sua vida tais como: corpo físico, corpo psíquico, relações familiares, vida social, espiritualidade e trabalho/dinheiro/estudo. Para a realização da atividade, fornece-se à mulher uma folha de papel A3, lápis de escrever, lápis de cor, giz de cera, tintas, lantejoulas, fitas, e quaisquer outros materiais de arte e papelaria disponíveis, para que ela possa representar por meio de um desenho, pintura, colagem, etc como ela percebe sua relação atual com cada uma das dimensões destacadas.

Solicita-se à usuária que faça um círculo no papel e divida-o em seis partes, a fim de que cada uma delas represente uma das áreas supracitadas, com vistas a construir um desenho que simbolize a Mandala de sua vida. Fala-se sobre a simbologia da mandala e explica-se o significado de cada uma das dimensões. Na dimensão corpo físico, é o espaço que elas têm para refletirem sobre a saúde biológica, seu autocuidado, presença ou não de vaidade, prazer e relação com o próprio corpo, alimentação e práticas de atividades físicas. A dimensão corpo psíquico abarca os sentimentos, emoções, medos, sonhos e pensamentos que se fazem presentes no cotidiano. Em relações familiares, elas são convidadas a pensar em seus filhos e companheiro(a), mas também na relação com sua família de origem. Já a dimensão vida social pode refletir como elas estão em termos de descanso, de proximidade ou não com amigos, se têm conseguido ter momentos de lazer e outras atividades de diversão. A dimensão da espiritualidade não necessariamente refere-se a práticas religiosas, mas pode incluir quaisquer práticas ou sensações que conectem ou as façam se sentir centradas, preenchidas. Por fim, a dimensão trabalho/dinheiro/estudos inclui os aspectos profissionais de sua vida, e perguntas como “Sinto-me útil?”, “Busco conhecimento?”, “Ganho meu sustento?” podem auxiliar a reflexão.

---

<sup>i</sup> Essa atividade foi inspirada em uma das ações que a ONG Arcana realiza em seu Programa Roda de Mulheres.

Essas seis dimensões são sugestões, deste modo, permitem adaptações, tais como, a retirada de alguma delas ou mesmo a inclusão de outras dimensões – como sexualidade, relacionamentos afetivo-sexuais, etc. A ideia é promover um ambiente acolhedor durante a construção da Mandala e, para isso, podem ser tocadas músicas que versem sobre o empoderamento feminino, ou músicas relaxantes que auxiliem o processo de reflexão. Finalizada a construção da Mandala, a usuária é convidada a compartilhar a experiência com a dupla de profissionais e podem ser feitas perguntas que as ajudem a identificar em que áreas elas investem mais energia e tempo, ou quais não estão recebendo atenção, por exemplo.

### **2.1.3 Encontro III – Gênero**

No terceiro encontro, objetiva-se abordar aspectos relacionados a questões de gênero, dando ênfase à discussão de papéis e estereótipos do que é considerado “masculino” e “feminino” em nossa sociedade. São escolhidas fotos e figuras que retratem diferenças e desigualdades de gênero através de profissões, formas de se vestir e de se comportar, de papéis familiares e ações cotidianas. A apresentação das fotos e figuras inicia a conversa com as mulheres, provocando-as a refletir sobre a perpetuação de determinados padrões e expectativas sociais. As imagens são escolhidas na internet e apresentadas em um computador, mas recortes de revistas ou desenhos podem ser variações possíveis.

Neste mesmo encontro é feita discussão sobre o termo consentimento, com objetivo de fazê-las compreendê-lo de forma acessível e aplicada ao cotidiano. A reflexão é enriquecida pela apresentação de um vídeo que explica esse termo com uma metáfora sobre aceitar ou não beber uma xícara de chá.

### **2.1.4 Encontro IV – Sexualidade**

Tendo em vista que as necessidades de saúde das mulheres incluem diversos tópicos, o quarto encontro temático tem como objetivo apresentar e discutir aspectos relacionados à sexualidade e à saúde reprodutiva. Segundo a PNAISM<sup>2</sup>, há um acesso limitado das mulheres ao conhecimento em relação aos diversos métodos contraceptivos, além do uso inadequado e da pouca oferta do serviço de planejamento reprodutivo a adolescentes. Com isso, as ISTs/HIV/AIDS acabam sendo ainda importantes problemas públicos de saúde, pois muitos casos não recebem diagnósticos ou tratamento adequados e se tornam transmissores assintomáticos. Esta é uma dimensão, portanto, percebida como deficitária e que pode trazer diversos prejuízos à saúde das mulheres, impactando não apenas sua saúde biológica, mas também suas relações sociais, afetivas, familiares e até laborais e profissionais.

Além disso, consideram-se, para este encontro, dados como os apontados na pesquisa de Chacham e Jayme<sup>21</sup>, de que relações com parceiro controlador dificultam que a mulher negocie o uso do preservativo e, com isso, possa exercer sua sexualidade de maneira segura. Tal cenário aumentou, de acordo com o estudo, a sua vulnerabilidade à gravidez não planejada e às ISTs, inclusive HIV/AIDS. Em um contexto no qual a violência é presente, precisa ser considerada a possibilidade da mulher não se sentir suficientemente segura para recusar o sexo ou demandar o uso do preservativo.

Para além do planejamento reprodutivo, e resgatando as diretrizes do MS<sup>2</sup>, neste quarto encontro temático são conduzidas discussões que versam sobre o contexto atual, caracterizado pelo aumento da expectativa de vida e que também tornam pertinentes orientações a respeito da importância de atividades físicas regulares, da busca por alimentação saudável e do controle de peso, bem como interrupção do tabagismo. Essas orientações visam à promoção de saúde e o aumento do bem-estar, especialmente no climatério. Outras questões incluem ainda o autoconhecimento, autocuidado e higiene com o próprio corpo, alimentação saudável, atividade física, métodos contraceptivos, sinais e sintomas de IST. Espera-se proporcionar um momento favorável para a expressão de dúvidas pelas mulheres e que elas se apropriem de temas relacionados à sexualidade – segura e prazerosa – sem os tabus que ainda existem em nossa sociedade a respeito deste tema. Por essas questões, libido e sexo completam o diálogo neste quarto encontro.

### 2.1.5 Encontro V – Lei Maria da Penha

O objetivo do quinto encontro é refletir sobre a violência contra a mulher, a partir da LMP<sup>22</sup>. Busca-se oferecer informações para que as usuárias tenham conhecimento dos conceitos abordados na lei, e como ela pode ser um suporte para a mulher em situação de violência, afim de que tenham ciência dos seus direitos, e ainda possam ser multiplicadoras desse conhecimento para mulheres que estejam à sua volta. Inicialmente, conta-se brevemente a história de Maria da Penha, mulher que deu nome à lei, e como ela influenciou a promulgação desse dispositivo. Em seguida, é feita a exibição de um vídeo que apresenta a lei em formato de cordel, numa intenção de que as informações cheguem às usuárias de maneira acessível e leve.

Finalizada esta apresentação, realiza-se uma dinâmica com aspectos importantes da LMP. Sobre uma mesa, são dispostos conceitos e suas definições em pequenos pedaços de papel, e as usuárias são convidadas a encaixar cada definição ao seu conceito. Alguns exemplos são: violência patrimonial, violência psicológica, medida protetiva de urgência, etc. Espera-se, com essa dinâmica, fortalecer os aspectos levantados sobre a LMP, identificando e sanando possíveis dúvidas.

### 2.1.6 Encontro VI – Projeto de Futuro

Ao longo do processo apresentado neste protocolo, procura-se criar um processo de sedimentação para o momento de fechamento que, em realidade, enseja uma direção para pensar em expectativas e abrir possibilidades. Esse momento de intervenção se apoia em um processo buscado ao longo do atendimento, que é o de proporcionar o acolhimento, apoio e estímulo à reflexão sobre as singularidades da pessoa. Em estudo sobre a percepção de mulheres em situação de violência a respeito do atendimento de serviços que compõe a rede de apoio social formal, foi observado que os serviços que se vinculam a redes de apoio intersectorial e que enfatizam, nos atendimentos, métodos que permitam uma autorreflexão, têm uma maior possibilidade de estimular mudanças nas mulheres atendidas pelo serviço<sup>23</sup>.

Em termos de atividades, a proposta deste último encontro tem sua base na prática do Grupo Multifamiliar (GM)<sup>24</sup>, que já era uma intervenção realizada pelo serviço antes da pandemia, com crianças e adolescentes. No último encontro do GM utiliza-se uma ferramenta chamada "Linha do Tempo"<sup>25</sup> para trabalhar a construção de um projeto de futuro. Na atividade, traça-se no chão uma linha com fita crepe onde são registrados marcos temporais: momento presente, 1 mês, 6 meses, 1 anos e 5 anos. As marcas são distribuídas com uma distância média de um passo. Em cada um desses marcos, a dupla de profissionais vai dialogando com a pessoa, caracterizando cada momento e abordando expectativas, desejo, ações e rede de apoio, a fim de que as mulheres entrem em contato com essas questões e desenvolvam perspectivas e ações concretas que busquem alcançar os planos traçados.

## 3. Principais Resultados

O desenvolvimento e a aplicação deste protocolo têm como primeiro resultado a possibilidade de oferecer atendimento biopsicossocial às mulheres em situação de violências. Tendo em vista a necessidade de um olhar integrado e multifatorial às demandas das mulheres nesse contexto, compreende-se ser essencial que elas sejam atendidas por profissionais de especialidades diversas, como enfermagem, psicologia, serviço social e ginecologia. Desta forma, o protocolo possibilita não apenas a inclusão de demandas biológicas, psicológicas e assistenciais ao longo dos atendimentos, como também enriquece a abordagem, uma vez que os profissionais atuam concomitantemente.

Outro resultado importante relaciona-se com a própria estrutura do protocolo, sendo benéfico tanto para o serviço como para as usuárias. Para o serviço, a construção do protocolo foi um resultado importante, pois foi pensado e desenhado pela equipe de profissionais sendo, portanto, um instrumento contextualizado às demandas do serviço e ao seu momento de criação. Esse processo reflete também a autonomia da equipe e do serviço, validando seu o conhecimento e a *expertise* das e dos profissionais que trabalham no serviço de saúde especializado na temática da violência. Com uma estrutura planejada, as ações e intervenções garantem a abordagem de temas significativos e também permitem que a equipe de profissionais



se capacite e se atualize previamente para coordenar a discussão de cada encontro. O desenvolvimento das atividades em dupla também minimiza os impactos de possíveis ausências de profissionais – como férias e licenças. Além disso, utilizar o protocolo também facilita que o serviço pense em critérios de alta e em como dar seguimento na rede social para, com isso, permitir a rotatividade das usuárias, dando vazão à alta demanda por atendimento a mulheres em situações de violências, sem que elas fiquem desassistidas pela rede.

Na perspectiva das mulheres, a existência de um protocolo é um resultado importante, pois significa um espaço que prioriza a saúde biopsicossocial, ao mesmo tempo em que dá conta temática da violência. Compreende-se que este olhar é essencial para quebrar uma lógica de revitimização dentro das instituições que recebem as mulheres vítimas de violência. Também gera como resultado a expansão da discussão para a violência e o sofrimento dela advindo, buscando colocar as mulheres em um lugar de protagonistas de suas próprias histórias. Apesar da previsão de um número específico de temas e encontros, o uso do protocolo não é feito de forma absolutamente rígida, prevendo a possibilidade de mais encontros em casos específicos ou de maior gravidade.

A abrangência dos temas que compõe o protocolo é considerada mais um resultado importante, pois além de permitir resgatar as violências sofridas, com suas consequências, também é um instrumento que possibilita uma ação preventiva. À medida que as mulheres são convidadas a refletirem sobre suas relações familiares e sociais, sobre seus corpos e sua saúde física, sobre a sociedade que as circundam e seus planos de vida, é possível que elas também desenvolvam mais autonomia e segurança em si mesmas, que elas mapeiem a rede de apoio para auxílios diversos e que consigam se sentir mais preparadas para identificar possíveis violências futuras, solicitar ajuda e interromper a violência.

Por fim, compreende-se que a utilização deste protocolo também pode ser uma alternativa para mulheres que não se sentem confortáveis com o formato de atendimento em grupo ou mesmo para os serviços que não possuem estrutura – material, física ou de pessoal – para a condução deste. Com o protocolo, os mesmos temas que também podem permear encontros grupais podem ser discutidos e algumas atividades podem ser reproduzidas, mesmo sem a participação de várias pessoas, como se dá nos grupos.

#### **4. Discussão**

Pensar uma abordagem multiprofissional é uma decorrência da complexidade que cerca os fatos e fenômenos que são objeto deste protocolo de intervenção. Não acontece somente pela justaposição de práticas, conhecimentos ou tecnologias de campos diversos. Em certo ponto demanda diálogo, a interação das práticas profissionais, podendo conduzir a uma via não pertencente somente a um ou outro campo, desenvolvendo um conhecimento que se beneficia da criação e das multiplicidades de olhares proporcionados pela integração. Destaca-se que ao se tratar da temática de violência, nenhuma instituição trabalha sozinha, então esta troca se dá também com a rede, ampliando a ressaltada multiplicidade de olhares.

O fenômeno da violência, enquanto objeto de intervenção, apresenta uma multiplicidade de ações a serem realizadas, a depender do paradigma que se toma como orientação. O recorte feito na apresentação deste protocolo se ateve principalmente ao campo da saúde. Não foi o objetivo fazer um levantamento sobre as possibilidades de abordagens, mas apresentar que, pela complexidade do fenômeno, uma abordagem que se abra para a diversidade de tecnologias e práticas tem uma maior possibilidade de amparar as necessidades e demandas das pessoas que necessitam de assistência ou suporte no contexto da violência.

As atividades propostas no percurso metodológico apresentado são consideradas favorecedoras de um olhar complexo para as mulheres, na medida em que buscam promover uma visualização e reflexão de vários aspectos, que fazem parte da saúde integral da mulher. A PNAISM destaca que quando se fala em qualidade da atenção à saúde, esta deve estar relacionada a uma gama de aspectos que englobam questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais<sup>26</sup>, de modo a superar o enfoque biologicista e medicalizador que impera nos serviços de saúde. Ao se adotar o conceito de saúde integral, o protocolo permite relacionar práticas que valorizem as experiências das usuárias com sua saúde.

Exalta-se que a violência necessita ser abordada como uma problemática em toda sua complexidade, pensando na promoção da não violência, prevenção e cuidado dos casos<sup>27</sup>. Um aspecto importante ressaltado é a necessidade de se combater a medicalização da violência, de forma que as demandas sejam redirecionadas, não se esgotando no interior dos serviços, de modo a contribuir para que alternativas sejam criadas de forma crítica, possibilitando a transformação das necessidades em demandas mais ricas e diversificadas. Esse aspecto é fundamental de ser levantado, pois mulheres que estão ou estiveram em situação de violência doméstica e sexual costumam ter mais queixas, distúrbios e patologias, físicas e mentais, gerando uma demanda maior pelos serviços de saúde, em comparação a outras mulheres não vítimas<sup>27</sup>. Nesse sentido, a aplicação de um protocolo tão abrangente pode contribuir para o contato com a origem e conseqüente diminuição de tais queixas e distúrbios.

É fundamental reconhecer a dor e sofrimento das mulheres nesse contexto, sem transformá-las em doença, pois o olhar medicalizador acaba por deixar de lado questões como sexualidade, trabalho, saúde mental e as próprias especificidades relacionadas às vivências violentas<sup>28</sup>. Assim, saúde e doença se relacionam de forma íntima, de modo que os fatores determinantes a elas estão relacionados também a fatores sociais, históricos, econômicos, culturais e políticos. A não consideração desses aspectos ao se atender as mulheres nos serviços de saúde, acaba por reforçar alguns dos estereótipos de gênero que têm contribuído para que as mulheres se mantenham em um lugar de opressão<sup>28</sup>. A inserção de temas que vão para além da saúde física, e visam também compreender seu contexto social e relacional, tem exatamente a intenção de abarcar essa pluralidade de fatores relacionados às vivências violentas.

As ações violentas realizadas contra as mulheres – sejam estas cis ou transgêneras – permeiam a formação da história nacional. Por isso, compreender atualmente as vulnerabilidades que marcam o gênero feminino requer considerar também as influências dos processos ontológicos que permeiam a sociedade brasileira. É imprescindível notar criticamente os impactos da colonização europeia na constituição histórica do país e em sua dinâmica atual. Este processo instaurou hierarquias, implantou a dicotomia moral sobre as diferenças, o que repercutiu, por exemplo, em questões étnico-raciais, de sexualidades e gênero, promovendo paradigmas entre os sujeitos a partir de uma dualidade, isto é, o normal/aceito/colonizador e o anormal/marginalizado/colonizado<sup>11</sup>.

De acordo com a definição contida na Política Nacional de Assistência Social, de 2004<sup>28</sup>, a vulnerabilidade é polissêmica e multideterminada, uma vez que esse aspecto admite ser proveniente de adversos contextos, ou seja, de pobreza, da privação e/ou precariedade de renda, de baixo ou nulo acesso aos serviços públicos, fragilização de vínculos afetivo-relacionais ou do próprio pertencimento social. Levando em consideração que os dados sobre a violência contra a mulher no Brasil deixam notória essa dinâmica<sup>11</sup>, entende-se como fundamental no trabalho com mulheres em situação de violência a realização de atividades que as façam aprofundarem o conhecimento sobre as legislações atuais que garantem mais direitos e proteção, como é o caso da LMP.

Ainda que as mulheres abarcadas pelo protocolo descrito neste texto sejam atendidas em um contexto de Saúde, considera-se impensável desassociar saberes e práticas do cotidiano de saúde das mulheres, de conhecimentos que envolvam uma perspectiva jurídica, como a LMP. Tal dispositivo, apesar dos desafios em sua aplicação, traz uma mudança paradigmática, pois, com a LMP, passa-se a compreender a violência doméstica e familiar contra a mulher com seu viés sociocultural, de forma oposta ao que se tinha anteriormente, com a violência sendo ocultada e permanecendo no espaço privado<sup>29</sup>. A violência doméstica e familiar contra a mulher era socialmente naturalizada, não sendo reconhecida nem pela sociedade, nem pelo Estado como um problema social, político e de saúde pública. Assim, a LMP inicia uma importante mudança que se verifica tanto no seu processo de elaboração e proposição feminista quanto nas suas inovações jurídicas. Além dos avanços em termos de trâmite e organização judiciária e de um fortalecimento do viés repressivo para os autores, destaca-se a inserção da perspectiva de gênero para combater a desigualdade e violência contra a mulher<sup>22</sup>, acrescentado, ainda, o oferecimento de atendimento especializado às mulheres em outras áreas, como saúde, assistência social, etc.

Faz-se necessário destacar que a LMP tem como centralidade a mulher em situação de violência e é para ela, e não contra ela, que o sistema de justiça deve se voltar<sup>30</sup>. Esses aspectos são bastante desafiadores, pois é necessário intenso trabalho de mobilização das mulheres atendidas no CEPAV sobre a importância da lei, pois existe uma forte representação social de que ela não tem efetividade. Isso implica em uma postura de descrença no potencial da lei, com muitas mulheres se recusando a buscá-la como estratégia para sair do ciclo de violência. Porém, luta-se diariamente na mobilização do judiciário, segurança pública e todos os órgãos da rede intersetorial que trabalham diretamente com sua aplicação. A luta também se direciona às próprias mulheres, para que não deixem de buscar esse artifício e passem a enxergar a LMP como amparo e como um dispositivo fundamental para sua proteção.

De forma geral, considera-se que o protocolo consegue privilegiar a perspectiva de saúde integral de mulheres em situação de violência. A busca pela identificação de pontos positivos nos relatos das mulheres durante os atendimentos pode auxiliar no acesso a uma reflexão ampliada, que possibilite que elas busquem envolvimento em relações mais igualitárias<sup>28</sup>. Para tal, faz-se necessário um resgate em sua história de vida, de elementos de sua experiência que se configurem como apoio ao exercício pleno de sua subjetividade, de forma a se constituir diálogos capazes de emancipar essas mulheres.

A realização do protocolo oportuniza que elas reflitam criticamente sobre seus contextos, favorecendo a identificação de conexões existentes entre violência e sua saúde. É também uma ferramenta que propicia o entendimento da relação entre as queixas trazidas e a situação de violência que vivencia, oportunizando pensar sobre caminhos possíveis para a resolução da violência e também das queixas. O reconhecimento das conexões existentes e suas formas de superação é o objetivo final do protocolo. Portanto, é fundamental que a área da Saúde, ao planejar suas ações de trabalho, pense o seu lugar na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer<sup>31</sup>.

### 3. Considerações Finais

Ao longo de todo o protocolo, além de serem buscadas discussões com diversos temas que compõem o cenário da violência contra as mulheres, também se tem a perspectiva de um trabalho multiprofissional. Essa é uma dimensão fundamental e que precisa ser enfatizada, uma vez que o CEPAV – ou qualquer outra instituição ou serviço de saúde que também atenda vítimas de violências – não pode ser percebido, embora inserido na política de Saúde, como uma instituição isolada da atuação de outras políticas e de outros atores sociais da rede de proteção e atendimento a mulheres em situação de violência. O CEPAV, portanto, compõe uma rede de atenção às mulheres e, em certa medida, a proposta de encerrar o protocolo com uma dimensão de pensar e projetar o futuro pode ir ao encontro de parceiros ou outros entes que compõem essa rede. Embora dentro de todo esse processo seja enfatizada a subjetividade de cada mulher, busca-se uma reflexão sobre recursos e meios possíveis, considerando o contexto no qual estão inseridas e possibilidades de tomadas de decisão que quebrem o ciclo da violência, e que as possibilitem mapear as fontes de ajuda existentes e possíveis.

Por isso, considera-se que o protocolo é um instrumento inovador e criativo, que cumpre com seus objetivos de seguir oferecendo um atendimento multiprofissional de qualidade às mulheres em situação de violência sexual e doméstica. É uma ferramenta que abarca temas diversos e, com isso, propõe uma intervenção responsável com a complexidade que a violência requer. O protocolo pode ser adaptado e flexibilizado de acordo com especificidades dos casos, mas também de acordo com a instituição em que ele será aplicado. Ele não é um instrumento enrijecido. Neste texto, foi relatado o uso em um serviço especializado no atendimento de violência que compõe a rede de Saúde e, por isso, o olhar sempre privilegiou a perspectiva da saúde integral das mulheres. Tal descrição, no entanto, não impede que o protocolo seja utilizado em instituições e por equipes de outras áreas.

Levando em consideração que a Pandemia da COVID-19 ainda faz parte do cenário brasileiro de forma contundente, ainda que com uma redução no nível de contaminação e contágio, considera-se que esse protocolo segue sendo uma opção viável e oportuna. Especialmente para instituições que não conseguem atender aos protocolos de segurança, como espaço aberto, arejado e que permita o distanciamento entre as pessoas, a organização de

grupos de atendimento pode não ser ainda uma opção segura, nem para as equipes de profissionais e nem para as usuárias. No entanto, apesar de ser uma ferramenta adaptada ao contexto da Pandemia, destaca-se como limitação dessa proposta a impossibilidade de priorizar processos de aliança e apoio que acontecem no contexto grupal de forma imperativa<sup>32</sup>.

Outra limitação da proposta apresentada é a possibilidade de não adesão das mulheres. É preciso resgatar o contexto de vulnerabilidade descrito anteriormente e que pode ser um limitador importante para o não comparecimento presencial das mulheres para os atendimentos. A diminuição da renda pode ter impactado, especialmente em um momento em que as famílias precisaram priorizar alimentação em detrimento de outras demandas, como transporte público. Este cenário, no entanto, não se restringe ao uso deste protocolo e pode ser um dificultador para qualquer proposta de atendimento presencial. Além disso, o uso do protocolo prevê adaptações e, se possível e coerente com as condições dos serviços e das usuárias, podem ser pensadas mudanças que permitam a sua aplicação para o meio virtual, diminuindo, assim, esse risco de abstenção.

Diante de todo este cenário, espera-se que a apresentação deste protocolo seja também um incentivo para que práticas semelhantes sejam replicadas em outras localidades do país. Desta maneira, resgata-se a dimensão protagonista dos servidores públicos como agentes de mudança e de adaptação diante das diversidades e adversidades que o contexto de serviço público impõe, dentro de um sistema social, histórico, econômico e político. Isso porque a formulação do protocolo partiu das necessidades impostas pela COVID-19.

Por fim, ressalta-se ainda, a importância de serem oferecidos recursos aos serviços que trabalhem com demandas relacionadas à violência, para que este não seja um tema invisibilizado diante de tantos outros, especialmente no cenário em que a pandemia tomou proporções grandes e ganhou investimentos significativos. Precisam ser oferecidas condições físicas e materiais, mas especialmente de pessoal e de capacitações continuadas para os serviços, de forma que as dimensões de prevenção e atendimento às violências sejam conduzidas de forma sempre atualizada e baseada em ciência.

## Referências

1. Rattner D. Da saúde materno infantil ao PAISM. *Tempus Actas de Saúde Colet.* 2014; 8(2): 103–8. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1460/1314> Acesso em 06.10.2021.
2. Brasil. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Editora MS; 2004.
3. Rattner D. Saúde da mulher. In: Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento. Cooperativismo de gênero. Brasília; 2009. p. 131–6. Disponível em: [https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12833/1/CAPITULO\\_SaudeMulher.pdf](https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/12833/1/CAPITULO_SaudeMulher.pdf) Acesso em 06.10.2021.
4. Brasília. Decreto nº 39546, de 19 de dezembro de 2018. Dispõe sobre o Regimento Interno da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília; 2018.
5. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Portaria nº 942, de 18 de novembro de 2019. Institui o Centro de Especialidades para a Atenção às Pessoas em Situação de Violência sexual, Familiar e Doméstica - CEPAV. Brasília; 2019. Disponível em: [http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria\\_942\\_18\\_11\\_2019.html](http://www.sinj.df.gov.br/sinj/Norma/548420ae0a9d46a1bfd41da1c4ebdf6f/Portaria_942_18_11_2019.html) Acesso em 06.10.2021.
6. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde. Histórico da pandemia de COVID-19. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19/historico-da-pandemia-covid-19> Acesso em 06.10.2021.
7. Silva AF, et al. Elementos precipitadores/intensificadores da violência conjugal em tempo da Covid-19. *Cien Saude Colet* 2020; 25(9): 3475–80. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000903475&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000903475&lng=pt) Acesso em 06.10.2021.

8. Ribeiro Junior MAF, et al. Current state of trauma and violence in São Paulo - Brazil during the COVID-19 pandemic. *Rev Col Bras Cir* 2021; 48(e20202875). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912021000100205&tling=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912021000100205&tling=em) Acesso em 06.10.2021.
9. Bueno S et al. (Orgs). Nota técnica: Violência doméstica durante a pandemia de Covid-19-Ed. 2. Forum Brasileiro De Segurança Pública. 2020. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/arquivos/artigos/1375-atlasdaviolencia2021completo.pdf> Acesso em 06.10.2021
10. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2020 Vol. 14. 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/02/anuario-2020-final-100221.pdf> Acesso em 06.10.2021.
11. Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2021. Vol. 15. 2021. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/07/anuario-2021-completo-v6-bx.pdf> Acesso em 06.10.2021.
12. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. Orientações da OMS para prevenção do COVID-19. 2021. Disponível em: <https://sbpt.org.br/portal/covid-19-oms/> Acesso em 29.09.2021.
13. Fornari LF, et al. Domestic violence against women amidst the pandemic: coping strategies disseminated by digital media. *Rev Bras Enferm* 2021; 74(suppl 1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672021000800202&tling=em](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672021000800202&tling=em) Acesso em 06.10.2021.
14. Matos M, Machado A. Violência doméstica: intervenção em grupo com mulheres vítimas - manual para profissionais. Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Gênero. Porto, Portugal; 2011. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/30938/1/VD.interv.grupo.pdf> Acesso em 06.10.2021.
15. Theodosio BA de L, et al. Barreiras e facilitadores do trabalho multiprofissional em saúde na pandemia da COVID-19. *Brazilian J Dev* 2021; 7(4): p.33998–4016. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/27554> Acesso em 06.10.2021.
16. Higa R, et al. Atendimento à mulher vítima de violência sexual: protocolo de assistência de Enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP* 2008; 42(2).
17. Brasil. Ministério da Saúde. Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas. Brasília; 2017. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao\\_violencias\\_interpessoais\\_autoprovocadas.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/notificacao_violencias_interpessoais_autoprovocadas.pdf)
18. Carter B, McGoldrick M. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.
19. Nascimento LC, et al. Genograma e ecomapa: contribuições da enfermagem brasileira. *Texto Context em Enferm* 2014; 23(1): p.211-220.
20. Sluzki CE. La red social: frontera de la practica sistemica. Gedisa editorial; 1998.
21. Chacham AS, Jayme JG. Violência de gênero, desigualdade social e sexualidade: as experiências de mulheres jovens em Belo Horizonte. *Civ - Rev Ciências Sociais* 2016; 16(1).
22. Brasil. Lei nº 11.340 de 07 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.htm) Acesso em 06.10.2021.
23. Souza MAR, et al. Percepção das mulheres em situação de violência sobre o apoio formal: scoping review. *Esc Anna Nery* 2021; 25(2). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452021000200208&tling=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452021000200208&tling=pt) Acesso em 06.10.2021.
24. Costa LF, et al. Manual de Grupos Multifamiliares. Brasília; 2015.

25. Tavares AS, Montenegro NMS. Intervenção psicossocial com adolescentes que cometeram ofensa sexual e suas famílias: o grupo multifamiliar. *Nov Perspect Sistêmica* 2019; 28(64).
26. Castro LMX, et al. Monitoramento e acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Brasília; 2015.
27. D'oliveira AFPL, et al. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Cien Saude Colet* 2009; 14(4): p.1037–50. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400011&lng=pt&tlng=pt) Acesso em 06.10.2021.
28. Brasil. Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS nº 145, de 15 de outubro de 2004. Aprova a Política Nacional de Assistência Social – PNAS. 2009.
29. Tavares MS. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. *Rev Estud Fem* 2015; 23(2): p.547–59. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-026X2015000200547&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2015000200547&lng=pt&tlng=pt) Acesso em 06.10.2021.
30. Campos CH. Lei Maria da Penha: necessidade de um novo giro paradigmático. *Rev Bras Segurança Pública* 2017; 11(1): p. 10–22.
31. Villela W V., Oliveira EM. Gênero, saúde da mulher e integralidade: confluências e desencontros. In: *Razões Públicas para a integralidade: o cuidado como valor*. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/ UERJ - ABRASCO; 2007. Disponível em: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br) Acesso em 28.09.2021.
32. Aquino NCG, et al. Fatores terapêuticos em grupo abertos: um estudo qualitativo. *Vínculos* 2020; 17(1): p. 97-118. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1806-24902020000100006&lng=pt&nrm=isso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1806-24902020000100006&lng=pt&nrm=isso) Acesso em 06.10.2021.

---

Artigo Recebido: 07.10.2021

Aprovado para publicação: 10.03.2022

**Amanda Pinheiro Said**

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Hospital Regional da Ceilândia - QNM 27 Área Especial 1, QNM 28 – Ceilândia, DF.

Telefone: 20172000 – ramal 3155

E-mail: [pavflordelotushrc@gmail.com](mailto:pavflordelotushrc@gmail.com)

---