MARIA FERNANDA TERRA

Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de
violência doméstica de gênero na Atenção Primária à Saúde

Tese apresentada à Faculdade de
Medicina da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de Doutora em
Ciências

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a Dr^a Ana Flávia Pires
Lucas D'Oliveira

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Terra, Maria Fernanda

Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero na atenção primária à saúde / Maria Fernanda Terra. -- São Paulo, 2017.

Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.
Programa de Medicina Preventiva.

Orientador: Ana Flávia Pires Lucas D' Oliveira.

Descritores: 1.Gênero e saúde 2.Violência contra mulher 3.Atenção primária à saúde 4.Assistência integral à saúde 5.Direitos humanos

USP/FM/DBD-050/17

Agradecimentos

Agradeço à querida Professora Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, minha orientadora de doutorado pela competência, acolhimento, apoio, incentivo, confiança, carinho, sabedoria compartilhada, dicas, leituras, dedicação e conversas fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho e para muito além dele. Minha gratidão por proporcionar importantes descobertas no campo da Saúde Coletiva, em especial, na temática de violência de gênero e saúde.

À Professora Lilia Blima Schraiber pelo apoio, incentivo e sabedoria compartilhada durante toda a trajetória;

A Stela Nazareth Meneghel, Elisabeth Menoli Vieira e Lilia Blima Schraiber, pela disponibilidade, generosidade e pelas contribuições na banca de qualificação;

Aos professores e professoras do Departamento de Medicina Preventiva da FMUSP pelos ensinamentos;

À nossa equipe do projeto: Carolina, Camila, Janaína, Patrícia e Stephanie pelas trocas e construções conjuntas;

Aos colegas da pós-graduação do Departamento de Medicina Preventiva pelas trocas de saberes, em especial Andrea, Carolina, Juliana, Stephanie e Yuri, a fase final foi importante com vocês!

Aos trabalhadores do Departamento de Medicina Preventiva pelo apoio e disponibilidade;

À CAPES por financiar a produção deste trabalho;

Aos companheiros e companheiras do CSE Butantã pelas trocas e reflexões sobre o cuidar em saúde;

À grande família da Associação Paulista de Saúde Pública (APSP), pelo acolhimento, parceria e reflexões sobre o bem comum na saúde e no SUS, com carinho mais que especial à Cleide Lavieri Martins e Ana Lúcia Pereira pelas conversas tão esclarecedoras na construção deste trabalho;

Às usuárias das UBS por onde passamos e em especial às que gentilmente deram o seu depoimento de vida e se dispuseram a um trabalho de duras recordações;

Às trabalhadoras das UBS por compartilharem as suas experiências assistenciais na APS e por acreditarem na importância deste trabalho;

Às supervisões de Saúde Butantã e Lapa Pinheiros pelo apoio na realização desta pesquisa;

Aos queridos alunos e alunas do curso de graduação em Enfermagem da FCMSCSP que a cada dia me mostram quão importante e complexo é ser professora de saúde coletiva, obrigada pelo respeito, carinho e parceria nessa trajetória;

Às colegas professoras do curso de graduação em Enfermagem da FCMSCSP pela parceria nesses quatro anos, em especial Fernanda Rodrigues, Juliana, Livia, Maria Lúcia, Silmar e a diretora do curso, Professora Maria do Carmo pelo apoio e carinho constante e a Fabiana, secretária atenta e cuidadosa a todo momento;

À colega Maria Lúcia Costa Lino, Professora dedicada da FCMSCSP pelo carinho, apoio, paciência e leitura do projeto de tese por algumas vezes;

À querida Stephanie Pereira pelo incentivo, apoio e parceria;

À minha mãe, pela vida;

Aos amigos e amigas que me forneceram suporte nos momentos difíceis;

À Amelinha Teles, pelo exemplo sem igual.

Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres.

Rosa Luxemburgo

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver).

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elabora por Annelise Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação; 2011.

Sumário

Lista de abreviaturas

Lista de quadros

Lista de figuras

Resumo

Abstract

Apresentação

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS 1

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: QUESTÃO DE GÊNERO E DIREITOS HUMANOS 1

A violência de gênero e as políticas públicas no Brasil 11

A invisibilidade da violência de gênero na APS 17

O cuidado integral na assistência de saúde às mulheres..... 21

O uso da rede de serviços e a Rota Crítica das mulheres 24

OBJETIVOS 27

Geral 27

Específicos..... 27

CAPÍTULO 2 - PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS 28

PERCURSO DA PESQUISA..... 28

Referencial metodológico..... 28

Considerações éticas..... 31

Organização do trabalho de campo 31

• Agendamento das entrevistas 34

○ As mulheres 34

○ As profissionais de saúde 36

• Roteiros das entrevistas 36

Caminhos da análise 37

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	39
Breve apresentação das UBS.....	39
Breve apresentação das entrevistadas.....	40
• As usuárias.....	40
• As profissionais de saúde	45
• Os prontuários-família das mulheres.....	47
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO E DIREITOS HUMANOS.....	49
Direito à saúde.....	49
As perspectivas de gênero	55
As desigualdades de raça e classe social	61
Visibilidade da violência de gênero.....	64
GÊNERO E DIREITOS HUMANOS NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NA APS.....	68
LÚCIA.....	71
ALCERI.....	82
ESMERALDINA	86
NILDA.....	93
OS CASOS DISCUTIDOS	104
CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
Anexos.....	110
Referências Bibliográficas.....	148

Lista de abreviaturas

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS/HIV	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida/ Vírus da imunodeficiência humana
AMA	Atendimento Médico Ambulatorial
APS	Atenção Primária à Saúde
AS	Assistente Social
BO	Boletim de Ocorrência
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEDAW	Comitê sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONFAD	Conflitos Familiares Difíceis
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializada de Assistência Social
CSEB	Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia Saúde da Família
FM/USP	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo
LMP	Lei Maria da Penha
NPV	Núcleo de Prevenção de Violência
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organização Não Governamental
OS	Organização Social
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres
PIB	Produto Interno Bruto
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PRONASCI	Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania
PS	Pronto Socorro
SAMI	Serviço de Arquivo Médico e Informação
SIVVA	Sistema de Informação para a vigilância de violências e acidentes
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde

Lista de quadros

Quadro 1: Relação das UBS por regiões da Coordenadoria de Saúde Oeste do Município de São Paulo e número de mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.....	33
Quadro 2: Relação das UBS por regiões da Coordenadoria de Saúde Sudeste do Município de São Paulo e número de mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014....	34
Quadro 3: Tópicos que subsidiaram as entrevistas com as mulheres e profissionais da APS e a análise dos prontuários-família. São Paulo, 2015.....	37
Quadro 4: Perfil socio-demográfico das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS. São Paulo, 2014.....	41
Quadro 5: Perfil conjugal, número de filhos e tempo de violência das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS. São Paulo, 2014.....	41
Quadro 6: Referência das mulheres com a UBS. São Paulo, 2016.	42
Quadro 7: Perfil das profissionais de saúde da APS, responsáveis pela assistência das mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.....	45
Quadro 8: Registros sobre a situação de violência nos prontuários-família das mulheres entrevistadas, usuárias da UBS. São Paulo, 2014.....	47
Quadro 9: As profissionais de saúde que registraram a situação de violência nos prontuários-família. São Paulo, 2014.	48
Quadro 10: Apresentação das siglas utilizadas nos Fluxogramas Analisadores para indicar as profissionais de saúde envolvidas na assistência e as ações e intervenções realizadas. São Paulo, 2016.	70

Lista de figuras

Figura 2: Fluxograma: Caso de Lúcia, UBS Cuba, 2016	71
Figura 3: Fluxograma: Caso de Alceri, UBS Uruguai, 2016	82
Figura 4: Fluxograma: Caso de Esmeraldina, UBS Brasil, 2016	86
Figura 5: Fluxograma: Caso de Nilda, UBS Chile, 2016	93

Resumo

TERRA, MF. Gênero e direitos humanos na assistência às mulheres em situação de violência doméstica de gênero em serviços de Atenção Primária à Saúde. [Tese]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

A violência doméstica de gênero é um problema de saúde pública que se mantém invisível nos serviços de saúde, inclusive na Atenção Primária à Saúde (APS). Os serviços de APS se inserem no território, são a porta de entrada para o Sistema Único de Saúde (SUS), e são buscados intensamente pelas mulheres em situação de violência doméstica. Alguns profissionais associam os problemas de saúde dessas mulheres a situações de violência, mas o tema é raramente trabalhado como objeto do setor da saúde, e persiste a recusa tecnológica à violência doméstica como pertinente também à saúde. O objetivo deste estudo é analisar se as representações sociais de gênero e direitos humanos das mulheres atendidas e dos profissionais de saúde da APS modificam as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica de gênero. Para tanto, utilizou-se a metodologia qualitativa, com a Teoria das Representações Sociais por referencial metodológico para a análise do material empírico, composto de entrevistas semiestruturadas realizadas com quatro usuárias em situação de violência doméstica de gênero (mais os prontuários da família das pacientes) e 13 profissionais de saúde responsáveis pela assistência dessas mulheres na APS. A pesquisa foi realizada em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) da região Oeste do Município de São Paulo: duas com a assistência em violência organizada e duas sem a assistência em violência organizada. Os casos analisados foram indicados pelas UBS. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FMUSP e pela Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Foram resguardados os princípios éticos da pesquisa. Os resultados mostram que as mulheres e as profissionais identificam as desigualdades de gênero, ainda que as mulheres ressaltem aspectos do espaço privado, e as profissionais, do espaço público. A saúde é compreendida pelas profissionais como um direito, que só é plenamente alcançado quando outros direitos fundamentais são acessados. Em relação à assistência, os casos são percebidos no território, porém, são trabalhados apenas quando as mulheres pedem ajuda diretamente, ou se há crianças expostas, principalmente se estas também estão em situação de violência. A assistência mostrou-se imediatista, com ofertas que não escutam e pouco garantem a autonomia das mulheres. Na presença das crianças, as profissionais de saúde se sentem responsáveis pelo caso e o foco assistencial tende a ser a busca do restabelecimento da família, invisibilizando a mulher e suas necessidades, com pouca incorporação de defesa da equidade de gênero e dos direitos humanos na assistência. As profissionais de saúde da APS têm pouca articulação com a rede de serviços para o enfrentamento da violência contra as mulheres. A delegacia ainda é o principal serviço ser ofertado. Por outro lado, foram identificadas potencialidades, tais como a mudança da representação social das mulheres sobre saúde quando a assistência ofertada se pauta na integralidade e na compreensão ampliada de saúde. A escuta ativa e a compreensão dos condicionantes envolvidos na situação de violência têm potencial para barrar possíveis situações de violência institucional que se colocam, principalmente,

quando há crianças envolvidas na situação de violência. Apesar dos obstáculos observados, a perspectiva de gênero e direitos humanos tem potencial para aumentar a permeabilidade da violência para dentro das práticas assistenciais às mulheres, ampliando a escuta ativa e contribuindo para a promoção dos direitos humanos no interior da atenção primária.

Descritores: gênero e saúde, violência contra a mulher, atenção primária à saúde, assistência integral à saúde, direitos humanos.

Abstract

TERRA, MF. Gender and human rights on the assistance of women facing domestic gender violence in Primary Health Care services. [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

Domestic gender violence is a public health issue that remains invisible in health services, including Primary Health Care (PHC). PHC services are a community based facilities and the gateway to Unified Health System (SUS), intensely sought by women experiencing domestic violence. Some professionals associate domestic violence with women's health problems, however, this is rarely addressed as an issue of the health sector and technological refusal on domestic violence persists on health care. This study aims to analyze whether gender and human rights social representations of health professionals and women assisted on PHC modify care practices of women experiencing domestic gender violence. Qualitative methodology was used, with Social Representations Theory as a conceptual framework to analyze the empirical data - composed by semi-structured interviews with four female users under domestic gender violence situation (and medical records of patient's family) and with 13 health professionals responsible for these women's assistance in PHC. This research was conducted in four Basic Health Units (BHU) in the western region of São Paulo city: two with violence assistance service and two that did not present a structured violence assistance model. The cases analyzed were indicated by the BHU. The research was approved by the Research Ethics Committee of FMUSP and the Municipal Health Department of São Paulo. The ethical principles of the research were followed. The results reveal that women and professionals identify gender inequalities, even though women emphasize aspects of the private space and professionals emphasize public space. Health is understood by professionals as a right, which is only fully achieved when other fundamental rights are accessed. Regarding assistance, cases are identified in the territory, although they are addressed only when women directly ask for help or if there are children exposed, especially if they are also in a violence situation. The assistance was just immediate, and do not respect or guarantee women's autonomy. When it involves children, health professionals feel responsible for the case and the assistance is focused on family reestablishment, making women and their needs invisible, with a limited incorporation of gender equity and human rights defense in the care provided. PHC health professionals have little articulation with the service network to address violence against women. The police station is still the main service to be offered. On the other hand, potentialities were identified, such as changes in women's social representation about health, as offered assistance is based on comprehensive health care and the expanded understanding of the health concept. A close listening and the understanding of factors involved in violence situations are powerful tools to prevent institutional violence episodes, especially when children are involved in the cases. Despite the observed obstacles, gender and

human rights perspective increase violence visibility on the assistance practices for women, increasing close listening and contributing to promote rights in the primary health care settings.

Descriptors: Gender and health, Violence Against Women, Primary Health Care, Comprehensive Health Care, Human Rights.

Apresentação

Este estudo se insere em um projeto maior intitulado *Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero*: estudo sobre a Rota Crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais,¹ que tem com o propósito estudar os obstáculos e as possibilidades da integração dos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em uma rede articulada para o enfrentamento da violência doméstica de gênero a partir de três planos de aproximação: das políticas, da organização dos serviços e das práticas assistenciais. Esta tese se insere no plano das práticas assistenciais. Os serviços da APS são considerados portas de entrada para o Sistema de Saúde, pois são responsáveis pelo primeiro contato dos usuários com os serviços de saúde. A assistência deve se pautar na perspectiva do cuidado longitudinal, assistência ofertada no decorrer da vida das pessoas atendidas, e da integralidade, buscando compreender as demandas e necessidades dos usuários, considerando o modo como se organizam, como vivem e como se relacionam na família e na comunidade. Esse contexto contribui para facilitar a identificação das situações de violência e o impacto desse problema no dia a dia.

A violência doméstica de gênero perpetrada contra as mulheres é um problema social, político e econômico, e sua ocorrência está diretamente relacionada às condições de desigualdade de gênero predominante nas sociedades (Schraiber; d'Oliveira, 1999). A Lei Maria da Penha (LMP) é uma ação afirmativa que visa à criação e à expansão de serviços assistenciais às mulheres em situação de violência, com a responsabilização dos agressores e a criação de campanhas que incentivam a denúncia dos episódios de violência. Contudo, essas medidas ainda se mostram insuficientes, pois o medo e a vergonha, aliados à precariedade da assistência em muitos serviços da rede, contribuem para a manutenção do silêncio, da impunidade e da violação dos direitos das mulheres (Meneghel et al., 2011; Moreira et al., 2011; Libal; Parekh, 2009; Kiss et al., 2007; Sagot, 2000).

A violência é um crime gerador de graves adoecimentos para as mulheres e seus familiares. A partir de 1999, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a violência

¹ Pesquisa financiada pelo CNPq e coordenada pelas professoras doutoras Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira e Lília Blima Schraiber, do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

contra as mulheres como um problema de saúde pública. Sabe-se hoje que as mulheres que viveram/vivem violência doméstica e sexual apresentam mais queixas, distúrbios e patologias físicas e mentais e usam com maior frequência os serviços de saúde (Schraiber; d'Oliveira, 1999; Ellsberg et al., 2008; d'Oliveira et al., 2009).

A minha experiência profissional se construiu durante dez anos de trabalho em serviços da APS como enfermeira sanitaria em diferentes regiões do Município de São Paulo. A APS exige dos profissionais de saúde e dos serviços a responsabilidade em prestar uma assistência que garanta direitos, que se pautem nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e que tenha a integralidade como um norte para o planejamento e a realização das ações de saúde em um determinado território, de modo a responder às necessidades e melhorar os perfis epidemiológicos locais.

O tema desta tese surgiu durante o meu trabalho como enfermeira no Setor de Adultos no Centro de Saúde Escola do Butantã (CSEB) Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa. Neste serviço, o tema da violência contra a mulher tem grande importância e se apresenta integrado à estrutura organizacional do serviço e da assistência (d'Oliveira et al., 2009). A partir dessa experiência no CSEB, percebi como a violência esteve invisível nos outros serviços em que trabalhei, mesmo nas equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

A vigilância em dar visibilidade aos contextos de violência no processo de trabalho do CSEB, e o esforço em conhecer os serviços da rede para encaminhar as mulheres, quando necessário, chamaram minha atenção e despertaram um novo olhar sobre o significado do cuidado. Posteriormente, como coordenadora do Programa de Saúde da Mulher no Setor de Adultos do CSEB, eu me aproximei do tema da violência de gênero e pude melhor compreender como as práticas em saúde podem reproduzir as desigualdades de gênero que normatizam a vida das mulheres atendidas e criam barreiras para a garantia do direito à saúde. Somado aos estudos que realizei durante a especialização ² em vulnerabilidade às Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)/Vírus da imunodeficiência adquirida (HIV)/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) (Terra, 2011), meu olhar se ampliou para perceber e buscar compreender como a garantia de direitos se apresentava na prática cotidiana da

² Curso de Especialização em Prevenção ao HIV/Aids no Quadro da Vulnerabilidade e dos Direitos Humanos, realizado pelo NEPAIDS (Núcleo de Estudos de Prevenção em Aids), coordenado pelos professores José Ricardo Ayres (FMUSP) e Vera Paiva (Instituto de Psicologia da USP).

assistência, principalmente aos usuários que vivem sob elevadas situações de vulnerabilidade, como as mulheres em situação de violência doméstica de gênero perpetrada por parceiro íntimo. Nessa perspectiva, apesar de a saúde estar descrita na Constituição como direito garantido pelo Estado, ela ainda não é assegurada em sua plenitude, demandando reflexão sobre novas estratégias de cuidado e mobilização da equipe de trabalhadores em saúde e da organização dos serviços.

Este estudo partiu da **hipótese** de que os referenciais de gênero e de direitos humanos podem modificar a assistência, por criar condições para superar a recusa tecnológica à violência como um problema também do campo da saúde, garantindo o direito à saúde integral, como o direito a uma vida sem violência pelas mulheres. Teve-se por **objeto de estudo** a recusa tecnológica do trabalho com violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo na assistência à saúde das mulheres como violação do direito à saúde, a partir das representações sociais de gênero e direitos humanos das mulheres atendidas, e dos profissionais da APS e do trabalho efetivamente realizado, descrito nos prontuários das usuárias dos serviços. Entende-se que a recusa tecnológica não se limita apenas às representações de gênero e direitos humanos, porém, neste estudo, este foi o recorte principal analisado para buscar compreender se tais perspectivas modificam as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica de gênero. Este trabalho teve por **finalidade** fornecer subsídios para pensar e reorientar as práticas assistenciais na APS a partir do referencial da equidade de gênero e dos direitos humanos para que o cuidado supere a reprodução das desigualdades e da violência de gênero.

CAPÍTULO 1 - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: QUESTÃO DE GÊNERO E DIREITOS HUMANOS

O conceito de gênero designa as relações entre homens e mulheres não apenas como indivíduos biologicamente sexuais, mas como sujeitos sociais dotados de identidade e atribuições socialmente construídas e relacionais. Gênero constitui o conjunto de referências que estruturam a organização material e simbólica de toda a vida social, produzindo atitudes e comportamentos baseados nas diferenças de poder e nas desigualdades de valor entre os homens e as mulheres (Schraiber et al., 2009). Scott (1986) apresenta a categoria gênero em uma perspectiva fundamentalmente social para designar as relações entre os sexos a partir de duas proposições: “(...) um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder (Scott, 1986: 5).

Segundo a autora, a partir de gênero pode-se perceber a organização concreta das relações sociais e estabelecer suas narrativas e as práticas que constroem as identidades dos homens e das mulheres, assim como os seus limites, e reconhecer que homens e mulheres são “ao mesmo tempo categorias vazias e transbordantes, pois quando aparecem fixadas elas recebem, apesar de tudo, definições alternativas, negadas ou reprimidas”, já que as rígidas definições sobre masculino e feminino apresentadas para homens e mulheres não podem ser nunca, completamente, contempladas por sujeitos específicos, mas orientam a formação de identidades e atributos individuais por conformidade, oposição ou negação.

Gênero deve ser a lente utilizada para estudar criticamente como os sexos atuam na modulação das relações sociais, o que significa dizer que as relações de gênero se convertem em relações reguladoras fundamentais em todas as formações sociais centrais no cotidiano da vida das pessoas, perpassando as ideologias, a política, as leis, as religiões, a moral, a sexualidade, a linguagem, as divisões de trabalho, a exploração e a dominação (Haug, 2007).

As autoras Hirata e Kergoart (2007) utilizam o termo “divisão sexual do trabalho” para discutir gênero a partir de dois princípios: a *separação*, como a diferença do tipo de trabalho desenvolvido por homens e mulheres na sociedade, e o *hierárquico*, que apresenta a valoração maior do trabalho desenvolvido pelos homens, por ser considerado produtivo, enquanto o trabalho da mulher se apresenta como reprodutivo, invisível aos outros, percebido, muitas vezes, como ato de amor, dever e dedicação. Segundo as autoras, as mudanças sociais modificam e melhoram as condições de trabalho das mulheres, porém, a distância entre os tipos de trabalho destinados socialmente a homens e mulheres se mantém inalterada.

Em uma perspectiva mais ampliada, gênero é um marcador importante de desigualdade social e, somado a outros marcadores, como classe e raça/etnia, permite ampliar a compreensão acerca das diferentes situações de vulnerabilidade social das mulheres. As desigualdades de gênero modulam, produzem e reproduzem as relações interpessoais e afetivas entre os sexos no acesso aos direitos e nos processos de reprodução social traduzidos nos modos de vida e trabalho, assim como nos processos de adoecimento.

Segundo Barsted (2011), a desigualdade de gênero é demonstrável pela pequena representação política das mulheres, os baixos salários em relação aos dos homens, a banalização da violência contra elas e a feminilização da pobreza, dentre outros fenômenos sociais.

Em 2010, 45% das mulheres brasileiras faziam parte da população economicamente ativa do país. As mulheres continuam a ampliar sua participação no mercado de trabalho, obtendo o sustento da família mesmo em trabalhos precários, mal remunerados, desvalorizados, recebendo cerca de 30% menos que os homens e chefiando 25% das famílias pobres brasileiras. A situação de vulnerabilidade das mulheres é maior que a dos homens, principalmente quando assumem sozinhas a chefia da família, e dificilmente gozam de oportunidades de ampliação de seus rendimentos (Azeredo, 2010). As ocupações mais frequentes entre as mulheres são a de costureira, faxineira, balconista, professora, auxiliar de escritório, vendedora autônoma e de lavadeira, entre outras (Brasil, 2011).

O Estado, apesar do recente estabelecimento das políticas públicas, tem dificuldades em implantar ações na perspectiva de gênero e, conseqüentemente, não consegue neutralizar o impacto das tradições culturais que relegam os problemas sofridos

pelas mulheres à esfera da vida privada, mantendo a condição de subordinação aos papéis tradicionais de gênero na sociedade, que obstaculiza a construção de autonomia e impede a vivência da cidadania plena (Tavares, 2011).

Apesar da vantagem do conceito gênero para explicar determinadas situações de desigualdade na sociedade, o termo ainda é limitado se utilizado isoladamente para mostrar as diferenças que permeiam a vida das mulheres. O conceito de gênero foi introduzido pelo movimento feminista. No entanto, este movimento foi concebido por mulheres brancas de classe média, que não abordaram “a mulher” de maneira integral, nos diferentes contextos de vida, de acesso e enfrentamento social. Faz-se necessário ampliar as dimensões de análise a partir da inclusão de classe e raça/etnia³ como marcadores de desigualdade. Esse conjunto de elementos compõe o termo interseccionalidade, introduzido em 1989 pela feminista negra, ativista dos direitos, Kimberly Crenshaw. Crenshaw (1989), em estudo intitulado *Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critic of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics*, fundamenta que, sem o olhar da interseccionalidade, o contexto de marginalização em que vivem as mulheres negras, por serem negras, torna-se invisibilizado se considerado apenas sob a perspectiva de gênero, diferentemente do que acontece com as mulheres brancas.

Crenshaw (1991) relata que a violência contra a mulher é também moldada pelas dimensões de raça e classe, pois as mulheres vivem sob uma estrutura social em que gênero e raça determinam as disparidades no acesso à habitação e ao emprego. As mulheres negras estão em situação de maior vulnerabilidade para sofrer violência, pois, na maioria das vezes, são pobres, estão em subempregos, cuidam sozinha dos filhos e vivem sob os encargos resultantes das desigualdades de gênero e da opressão de classe agravados pela discriminação racial.

As desigualdades de poder são sustentadas pelas diferentes construções sociais e produzem a naturalização da discriminação (Barsted, 2011). As mulheres não brancas têm menos oportunidade de emprego com carteira assinada e mais como trabalhadoras autônomas, sob condições salariais perversas, e só alcançam o salário médio recebido por mulheres brancas que estudaram por quatro a sete anos, quando estudam de oito a onze

³ O termo raça será utilizado como categoria socialmente construída, resultante de discriminação e produção ideológica, e não com sentido biológico (Kergoat, 2010).

anos, tempo equivalente a quatro anos a mais de estudo em relação às mulheres brancas (Banco Mundial, 2003). Sob essas condições, a situação de vulnerabilidade se acentua, e aumentam os riscos sociais e o abismo que perpetra e amplia as desigualdades e a discriminação dessas mulheres. Apesar da existência de políticas públicas, elas se mostram insuficientes para garantir a autonomia pessoal e econômica das mulheres, principalmente quando há falta de equipamentos sociais como creches e escolas, entre outros. Esse padrão desigual de gênero é construído no contexto social das famílias em que as mulheres se inserem como figuras centrais na esfera doméstica (Azeredo, 2010).

A família, como instituição social, faz uso de regras ancoradas no código da ordem de gênero para disciplinar a vida e a sexualidade das mulheres. Sarti (2003), ao tomar a família como referência, mostra que nesse espaço se estrutura o mundo simbólico dos indivíduos e seus padrões psicossociais de relacionamento que serão reproduzidos na sociedade. Em estudo sobre as camadas mais pobres da população, a autora mostra que a família é o eixo central para o apoio e a construção das relações sociais. Nesses grupos, as obrigações familiares devem prevalecer sobre os projetos individuais de seus membros, mantendo-se um padrão “tradicional de autoridade e hierarquia” que põe o homem como responsável pela mediação com o mundo externo, fragilizando socialmente as famílias nas quais não há um homem provedor de teto, alimento e “respeito”.

A estrutura social valoriza a hierarquia familiar que estabelece diferenças nas relações e na condição entre os membros da família e, sob essa estrutura, o machismo e a desigualdade de gênero são postos como naturais para superar as fragilidades das mulheres que necessitariam de proteção, inclusive delas mesmas, já que são responsabilizadas pelos crimes de violência sofridos (Chauí, 1998).

A naturalização da desigualdade de gênero tem impactos sociais, políticos e econômicos para um país. Dessa desigualdade surgem a opressão, o preconceito e os processos discriminatórios que controlam a liberdade e a autonomia das mulheres. Conceitua-se a maior parte das violências cometidas contra as mulheres como violência de gênero, pois sua base está diretamente relacionada às desigualdades sociais, econômicas, políticas e culturais que determinam as relações entre os sujeitos. A violência contra a mulher diz respeito a sofrimentos e a agressões dirigidas especificamente às mulheres pelo fato de *serem* mulheres, sendo atribuído ao feminino menor valor na sociedade (Giffin, 1994).

A ocorrência de violência na sociedade se mostra de maneira diferente entre homens e mulheres. Enquanto os homens são vítimas especialmente no espaço público, as mulheres são vítimas também nos espaços privados, perpetradas, principalmente, pelos parceiros íntimos sob condição severa e repetitiva (Giffin, 1994; Schraiber et al., 2002; Schraiber et al., 2007).

A situação de violência sofrida por mulheres é reconhecida como um problema social e político presente na sociedade que barra o desenvolvimento social e econômico do país. A violência de gênero acarreta a perda de 1 a cada 5 anos saudáveis de vida das mulheres com idade entre 15 e 44 anos e compromete 14,6% do Produto Interno Bruto (PIB) da América Latina, 10,5% do Brasil (Sagot, 2005; Piovesan, 2010). A existência de políticas públicas e leis contribuiu para visibilizar a violência, mas não para resolvê-la definitivamente.

A violência é denunciada como um problema desde a década de 70 pelo movimento feminista, que busca romper com as estruturas simbólicas, históricas e sociais que perpetuam as desigualdades, as violações no acesso aos direitos, a liberdade e o controle sobre as práticas e as escolhas das mulheres. O conceito de violência apresentado por Chauí (1984) embasa a lente utilizada neste estudo sobre a violência a partir de dois ângulos:

Em primeiro lugar, “como a conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, como a ação que trata um ser humano não como um sujeito, mas como uma coisa” (Chauí, 1984: 35).

A autora mostra que a violência visa à sujeição consentida ou à supressão mediatizada pela vontade do outro que consente em ser suprimido na sua diferença; classifica como violência perfeita a condição de alienação gerada pela própria violência. A violência interrompe a comunicação e se estabelece como uma ação que envolve o “agir sem argumentar, sem o discurso, ou sem contar com as consequências” (Schraiber et al., 2009; Arendt, 2009).

Apesar da aparente proximidade entre o poder e a violência, Arendt (2009) descreve esses termos como opostos: enquanto um domina, o outro se ausenta, e a violência se

apresenta quando o poder está em risco. Segundo a autora, o poder se estabelece na comunicação livre e na ação em concerto entre os homens, e assim é gerado e se expande; já a violência é uma ação de caráter instrumental que não é dependente do apoio de pessoas ou grupos, mas toma coisas, pessoas e grupos como meios para atingir determinados fins.

A violência, segundo a autora, é estabelecida a partir de atos racionais, que se inscrevem e se justificam sob a estrutura social operante, no contexto da discussão desta tese, como ação que faz parte das relações estabelecidas pelos homens em relação às mulheres. Para Arendt (2009), a violência é uma expressão da impotência, porque é um recurso instrumental para manter “postos” e “posições” de poder quando a base legítima de geração deste poder, a comunicação livre entre os homens, já não existe.

Ao se tomar a violência contra as mulheres como questão de gênero, Schraiber et al., (2009) referem que é possível fazer uma distinção entre a vivência do conflito de gênero e a violência de gênero. Significa dizer que nem toda a desigualdade de gênero é violência. Apesar de parecer polêmica essa afirmação, ela permite estabelecer uma definição de violência que preserva a sua gravidade e, ao mesmo tempo, estabelece a objetificação completa da vítima naquele momento. A desigualdade de gênero permite reações como o confronto, a argumentação, a submissão; já a violência se impõe, não havendo saída ou comunicação possível.

Em 1993, na Assembleia-Geral das Nações Unidas, foi aprovada a Declaração para a Eliminação da Violência contra as Mulheres e, na 4ª Conferência Mundial sobre as Mulheres em Beijing, foi apresentado o termo “violência de gênero” para definir os abusos sofridos por meninas e mulheres decorrentes da condição de subordinação das mulheres aos homens na sociedade, independentemente da situação ou local de ocorrência (Ellsberg; Heise, 2005). Definiu-se violência baseada em gênero como:

Qualquer ato que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico ou sofrimento para a mulher, incluindo as ameaças de tais atos, coerção ou arbitrária privação de liberdade, seja na vida pública, seja na privada (Heise et al., 1994: 3).

A violência sofrida tem impacto negativo sobre os modos de viver das mulheres, introjetando a opressão como parte de sua carga social. Chauí (1998) corrobora com essa afirmação ao referir que:

(...) a violência caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror. A violência se opõe à ética porque trata seres racionais e sensíveis, dotados de linguagem e de liberdade como se fossem coisas, isto é, irracionais, insensíveis, mudos, inertes ou passivos. Na medida em que a ética é inseparável da figura do sujeito racional, voluntário, livre e responsável, tratá-lo como se fosse desprovido de razão, vontade, liberdade e responsabilidade é tratá-lo não como humano e sim como coisa (Chauí, 1998:1).

Nesse sentido, a violência oprime e busca suprimir a subjetividade e a autonomia das mulheres, tratando-as como objeto. Isso é possível sob a banalização e a naturalização da violência contra as mulheres pela sociedade, principalmente quando perpetradas pelo companheiro. Autonomia pode ser compreendida como a capacidade e as condições concretas para que as mulheres decidam livremente sobre questões que afetam a sua vida, e o poder de agir segundo tais decisões (Guedes; Fonseca, 2011). Neste estudo utilizaremos o termo violência doméstica de gênero, definido pelo Comitê sobre a Eliminação da Discriminação contra a Mulher (CEDAW) como:

(...) uma das mais insidiosas formas de violência contra mulher. Prevalece em todas as sociedades. No âmbito das relações familiares, mulheres de todas as idades são vítimas de violência de todas as formas, incluindo o espancamento, o estupro e outras formas de abuso sexual, violência psíquica e outras, que se perpetuam por meio da tradição. (...) Estas formas de violência submetem mulheres a riscos de saúde e impedem a sua participação na vida familiar e na vida pública com base na igualdade.

A violência contra as mulheres foi considerada, a partir do século XX, como violação dos direitos humanos. A ética dos direitos humanos deve atuar de modo a afirmar a dignidade e prevenir o sofrimento humano, ou seja, garantir o direito a ter direitos (Piovesan, 2010).

Os direitos humanos tornaram-se parte da linguagem social a partir de 1948, com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, que surgiu como um manifesto, uma recomendação, mas com repercussão generalizada. Duas declarações anteriores existiram no século XIX: na França, a proclamação dos direitos dos homens, baseada nos ditos da Revolução Francesa: liberdade, igualdade e fraternidade, e nos Estados Unidos, em Virgínia, a Declaração dos Direitos dos Cidadãos.

Os direitos humanos são construções historicamente determinadas. Apesar de a Declaração Universal ter sido elaborada sem a participação da maioria dos povos, buscou refletir o contexto internacional pós-Segunda Guerra Mundial das relações desiguais de poder prevalentes na maioria dos países ocidentais. Somente a partir das décadas de 70 e 80 os Direitos Humanos foram incorporados como pilares importantes para legitimar e garantir a dignidade humana (Santos, 1997).

Há quatro grupos de direitos que foram se constituindo no decorrer da história da sociedade marcada por graves violações. Os primeiros direitos conquistados dizem respeito à liberdade religiosa, de opinião, de pensamento, de imprensa e de ir e vir, que são chamados de direitos civis. Posteriormente, foram elencados os direitos à reunião, à organização sindical, à manifestação, à participação no exercício do poder político e a votar e ser votado, classificados como direitos políticos. Nos séculos XVIII e XIX, os direitos civis e políticos compuseram os *direitos de primeira geração*, alcançados pelos países europeus. No século XX emergiram os direitos sociais, chamados de *direitos de segunda geração*, que dizem respeito ao acesso ao trabalho, à educação, à saúde e à seguridade, entre outros. Na passagem do século XX para o XXI, a consciência ecológica configura os *direitos de terceira geração* e, atualmente, são discutidos os direitos de quarta, entre os quais se incluem a qualidade de vida e a biodiversidade (Paim, 2009).

Há uma crítica de que os direitos humanos não se pautam ou consideram as questões multiculturais e se constituem sob a égide Ocidente-cêntricos, Estado-cêntricos, individualistas e seculares. Os direitos humanos têm dificuldades em reconhecer os direitos coletivos de grupos sociais vítimas de opressões históricas, o que impossibilita reconhecer nas violações dos direitos humanos o sintoma de outras violações muito mais graves e massivas a partir do Estado (Santos, 2013; Santos; Chauí, 2014).

A garantia e a proteção dos direitos acontecem também pela democracia enquanto regime político por se assentarem na soberania popular, na separação e na desconcentração de poderes. A democracia compreende o respeito à legalidade, constituindo o chamado governo das leis, marcado pela subordinação do poder ao Direito. Essa concepção de democracia acentua a dimensão política à medida que enfatiza a legitimidade e o exercício do poder político, avaliando quem governa e como se governa. Não existe democracia sem o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais; consequentemente, pode-se dizer que o Estado não garante todos os direitos, inclusive o da diferença, pois a atual vida política se coloca sob a tentativa de equilibrar decisões

políticas, econômicas e jurídicas (que favorecem as classes dominantes) e sob o clamor moral social que defende o interesse das classes dominadas e minorias (Pena, 2006).

Para além da democracia, o capitalismo se apresenta como barreira para a igualdade nos ganhos de produtividade resultante do trabalho, pois tem por essência a desigualdade. O capitalismo desloca a violência das mãos de cada senhor para as ditas mãos impessoais do Estado, que, a partir da tentativa de construir o Estado de bem-estar, atua na acomodação da pobreza e em sua manutenção estrutural globalizada, excluindo os pobres, principalmente as mulheres, que desenvolvem, em sua maioria, atividades improdutivas economicamente para fortalecer o mercado de produção e, portanto, são mantidas à margem (Keil, 2002; Mascaro, 2008).

Com os movimentos sociais, a noção de direitos humanos vem se ampliando ao incluir as relações sociais estabelecidas a partir de determinadas características sociais, como sexo, raça/etnia, faixa etária, orientação sexual, identidades de gênero, que configuram esferas de desigualdades sociais que abrem espaço para a criação de novas identidades coletivas enquanto sujeitos de direitos diante de violações e discriminações específicas (Pitanguy, 2002; Barsted; Garcez, 1999; Santos, 1997).

O reconhecimento de identidades e o direito à diferença é que conduzirão a uma plataforma emancipatória e igualitária. Essa diferença se coloca mediante o reconhecimento e a necessária especificação do sujeito de direito que deve ser visto em sua peculiaridade e particularidade. A emergência conceitual do direito à diferença e do reconhecimento de igualdades é capaz de refletir a crescente voz dos movimentos sociais e o surgimento de uma sociedade civil plural e diversa no marco do multiculturalismo (Piovesan, 2010). Arendt (2007: 16) chama atenção para a “pluralidade da condição humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir”.

O movimento feminista denuncia e busca dar visibilidade às violações contra as mulheres desde a década de 70, cobrando a homologação e a implementação de políticas públicas para combater tais problemas. Nas últimas três décadas, o movimento internacional de proteção dos direitos das mulheres centrou foco, principalmente, nas questões de combate à discriminação contra a mulher, à violência contra a mulher e na garantia dos direitos sexuais e reprodutivos (Piovesan, 2010). Os tratados e convenções que se destacam nessas três temáticas são:

1. A Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979), resultante de reivindicações do movimento de mulheres desde a 1ª Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada no México, em 1975, que se fundamenta na dupla obrigação de eliminar a discriminação e assegurar a igualdade a partir de estratégias para a sua promoção. Essa conferência combina a proibição da discriminação com políticas compensatórias que aceleram a igualdade enquanto processo por meio da adoção de medidas legais, políticas e programáticas. Essa Conferência foi considerada a Carta Magna dos direitos das mulheres (Pimentel, 2006; Piovesan, 2010).
2. A Declaração dos Direitos Humanos de Viena (1993) afirmou que os direitos humanos das mulheres e das meninas são parte inalienável, integral e indivisível dos direitos humanos universais. Essa declaração confere visibilidade aos direitos humanos das mulheres e das meninas em expressa alusão ao processo de especificação dos sujeito de direito e à Justiça enquanto reconhecimento de identidades (Piovesan, 2010).
3. A Convenção de Belém do Pará – Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994) – reforça que a violência contra a mulher é uma violação dos direitos humanos e das liberdades fundamentais, ofensa à dignidade humana e uma manifestação das relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres. Complementa a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação, ratifica e amplia a Declaração e o Programa de Ação proposto na Conferência Mundial dos Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993, e compartilha com os movimentos feministas a cobrança de ações para dar visibilidade à violência contra a mulher e exigir o seu repúdio e eliminação (Jelin, 1994; Santos, 2013; Santos; Chauí, 2014).

Diante desse cenário, o reconhecimento das mulheres como sujeitas de direitos deveria permitir identificar as diferentes especificidades e peculiaridades da condição social de sua vida e, a partir do direito à diferença, e da incorporação da perspectiva de

gênero como tema transversal para a análise, garantir os direitos das mulheres (Piovesan, 2010).

A violência de gênero e as políticas públicas no Brasil

A partir da década de 90, são reconhecidas as reivindicações formuladas pelo movimento de mulheres, tais como o reconhecimento da igualdade na família, o repúdio à violência doméstica, a igualdade entre filhos, dentre outras. Nesse processo, os diferentes grupos e coletivos de mulheres intelectualizadas e populares se encontraram e houve uma ampliação da discussão sobre as necessidades das mulheres e das reivindicações para a garantia dos direitos das mulheres, entre eles o combate à violência, o acesso ao trabalho, a igualdade no casamento e o direito à terra e à saúde, entre outros. O Brasil ratificou tratados e convenções internacionais que inspiraram o movimento feminista a exigir a implementação de avanços obtidos na esfera internacional conquistados com a participação de muitas mulheres brasileiras (Pinto, 2010; Piovesan, 2010).

Um importante avanço para o reconhecimento dos direitos das mulheres no Brasil, no campo da saúde, foi a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), em 1983, que buscava superar a visão restrita das mulheres como mães ou reprodutoras (Schraiber, 2001). Mas é a partir da década de 90 que o movimento de mulheres remete à discussão da violência contra as mulheres ao campo da saúde e do desenvolvimento social e passa a explorá-lo como um problema da saúde vinculado ao campo das políticas públicas (Schraiber; d'Oliveira, 1999). O PAISM se construiu com a participação do movimento de mulheres e tem como marco a busca da integralidade na assistência pelo reconhecimento das mulheres como sujeitos de direitos e das relações de poder no interior das relações privadas, como na organização do processo assistencial nos serviços de saúde (d'Oliveira, 1999).

Como parte da luta do movimento feminista, em 1985 foi inaugurada a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM), com a finalidade de defender os direitos das mulheres e visibilizar as violações cometidas contra elas tanto no âmbito público como no âmbito privado (Pinto, 2010; Sarti, 2004a; Debert, Oliveira; 2007).

No Brasil, em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para Mulheres, para incentivar a perspectiva da transversalidade de gênero, que fomentou a realização de três Conferências Nacionais de Políticas para as Mulheres, em 2004, 2007 e 2011. Essas conferências embasaram a construção dos três Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres (PNPM), que contribuíram para o fortalecimento e a institucionalização da Política Nacional para as Mulheres, aprovada em 2004. O conteúdo dos PNPM reafirma os pressupostos e os princípios da Política Nacional para as Mulheres que são a igualdade, o respeito à diversidade, a equidade, a autonomia das mulheres, a laicidade do Estado, a universalidade das políticas, a justiça social, a transparência dos atos públicos, a participação e o controle social (Brasil, 2011).

Em 2006, foi promulgada a Lei 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha (LMP) (Brasil, 2006). Além da cobrança do movimento feminista, a promulgação da lei ocorreu pois o Estado brasileiro foi condenado, em 2001, pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da organização dos Estados Americanos por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres. Essa lei institui mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher ao estabelecer medidas para prevenção, assistência e proteção às mulheres em situação de violência; tipifica a violência doméstica em sexual, física, patrimonial, psicológica e moral; proíbe a aplicação de penas pecuniárias aos agressores; e amplia de 1 ano para 3 anos o encarceramento dos agressores (Debert; Oliveira 2007; Piovesan, 2010).

A Constituição Brasileira de 1988 assegura a garantia dos direitos humanos, a igualdade entre homens e mulheres e a saúde como um direito universal. Reconhecer a saúde como direito significa garantir o acesso aos serviços de saúde e às condições saudáveis de vida sem sofrer violência de nenhuma natureza.

A desigualdade social e de gênero coíbe a liberdade das mulheres e naturaliza os sofrimentos advindos da violência, além de criar um “clima de terror e submissão que aprofunda a desigualdade entre os sexos, a dependência econômica das mulheres e fortalece as limitações estruturais das opções das mulheres” (Jelin, 1994).

A violência doméstica é a principal causa de lesões de diferentes naturezas em mulheres com idade entre 15 e 44 anos no mundo, mas, apesar disso, mantém-se invisível nos serviços de saúde. Há dificuldades em reconhecer a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública, e como uma violação aos direitos humanos, por

operar na estrutura social a dominação simbólica que reproduz e naturaliza as relações de gênero exercidas por meio da linguagem, de formas, modos e signos que expressam sentimentos, percepções e ideias, disciplinando o corpo das mulheres, permitindo julgá-las e/ou culpabilizá-las pelo ato sofrido. Consequentemente, o Estado não garante a integridade plena das mulheres, que continuam sofrendo violações de diferentes naturezas perpetradas pelas desigualdades de gênero. Assim, mantém-se na sociedade uma naturalização da violação dos direitos das mulheres a uma vida livre, autônoma e igualitária (Piovesan, 2010; Bourdieu, 2010; Libal, Parekh, 2009).

A operacionalização do SUS, a partir de seus princípios e diretrizes, deve responder às necessidades de saúde da população. Os princípios de integralidade, equidade e controle social são estratégicos para a produção do cuidado em prol da autonomia dos sujeitos sociais e do combate às desigualdades sociais no acesso aos direitos.

A prática da integralidade na assistência não é simples, apesar de sua dimensão prática (Ayres, 2009). Este princípio é polissêmico e deve ser inserido tanto na perspectiva da organização dos serviços de saúde como na perspectiva assistencial a partir do reconhecimento das necessidades em saúde no âmbito individual e coletivo, para além dos marcadores biomédicos (Mattos, 2009).

A integralidade é um dos três princípios que estruturam o SUS no Brasil, com grande importância no contexto da APS. A APS é a porta de entrada para o sistema de saúde, com grande potencial de resolutividade dos problemas atendidos. É um nível de atenção operacionalizado em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas em território adscrito e, a partir do trabalho em equipe, os profissionais deveriam adequar as ações de acordo com o perfil epidemiológico local, racionalizando o uso dos recursos básicos ou especializados (Mendes-Gonçalves, 1994; Starfield, 2002).

A ESF é o atual modelo utilizado para consolidar a APS proposta pelo Governo Federal desde 1996. A ESF se organiza a partir do trabalho em equipe para responder às necessidades em saúde da população e tem por diferencial o trabalho do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Esse trabalhador é um morador do bairro, inserido na equipe com a responsabilidade de ampliar o vínculo e o diálogo entre a equipe de saúde e a comunidade assistida e, dessa forma, favorecer a desmedicalização do diagnóstico e da terapêutica, a fim de promover direitos às pessoas da comunidade (Silva; Dalmaso, 2002; Tesser et al., 2010).

Nesse sentido, a APS tem como potencialidade reconhecer a condição social dos problemas de saúde e contribuir para a “politização do campo da saúde” no sentido de “rearticular ao social os referenciais particulares da saúde calcados na epidemiologia tradicional e na biomedicina, mostrando que tais práticas técnicas são também, e antes de tudo, “práticas sociais” (Schraiber, 2012), o que significa retomar a responsabilidade do campo da saúde em responder aos marcadores epidemiológicos e compartilhar com os usuários estratégias de cuidado que prezem pela qualidade de vida, a partir do entendimento de que a saúde é um recurso para viver a vida, não o objetivo dela (Starfield, 2002).

Para este trabalho, fez-se pertinente buscar compreender como a violência é percebida no processo de trabalho da APS, já que as mulheres em situação de violência doméstica de gênero usam intensamente os serviços de saúde com queixas vagas, de ordem reprodutiva e de saúde mental, além das queixas de traumas e tentativas de suicídio (Ellsberg et al., 2008; OMS, 2013).

Reconhecemos que esse nível de atenção tem competência e potencial para identificar e lidar diretamente com a dimensão social e psicológica dos processos de saúde ou doença e sofrimentos vivenciados nos espaços particulares das famílias e da comunidade como questões que impactam a saúde das pessoas atendidas, de modo a promover a qualidade de vida e efetivar os princípios da integralidade e da equidade.

No Brasil, o Ministério da Saúde tem desenvolvido materiais e fluxos específicos para guiar a assistência nos serviços de saúde às situações de violência sofridas pelas mulheres. Entre esses materiais e fluxos estão:

1. Norma Técnica para prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual, 1998.
2. Documento Norteador do Ministério da Saúde sobre a violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço, 2002.
3. Notificação Compulsória, a partir de 2003, dos casos de violência contra as mulheres atendidas nos serviços de saúde públicos ou privados.
4. O projeto “Por uma Cultura de Paz, a Promoção da Saúde e a Prevenção da Violência”, 2009.

A atenção integral a pessoas em situação de violência foi assumida como prioridade e firmada como compromisso político e estrutural do SUS por meio do Pacto pela Saúde

de 2008. Nesse contexto, os ministérios da Saúde e da Justiça estruturaram ações de segurança e sociais por meio do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania (Pronasci) e da ESF na prevenção de todo tipo de violência e na promoção da segurança pública nas áreas de abrangência das ESF, a partir da criação de políticas e parcerias intergovernamentais para prevenir o problema (Brasil, 2009; 2011).

Em 2003, o Município de São Paulo – Secretaria Municipal de Saúde – criou a área técnica Cultura de Paz, Saúde e Cidadania para “apoiar tecnicamente a implantação das políticas para a superação da violência”. Essa organização do trabalho com violência no município buscou introduzir nas diferentes regiões da cidade ações para visibilizar as situações de violência e prestar assistência. Essa construção se deu pela capacitação de profissionais sobre a violência, sobre formas de comunicação não violenta e pela estruturação de articulação com os outros serviços da rede de apoio, outras secretarias e Organizações Não Governamentais (ONG) (São Paulo, 2012).

Como parte dos avanços para visibilizar as situações de violência no município de São paulo, em 2005, foi regulamentada a Lei 13.150, de 20 de junho de 2001, que introduz o quesito “violência de gênero” no Sistema Municipal de Informação em Saúde. Em 2007, foi lançada a portaria 1.328/2007, que dispõe sobre a implantação do “Sistema de Informação para a Vigilância de Violências e Acidentes (SIVVA)”. Nesse mesmo ano, foram realizadas oficinas de capacitação de professores, profissionais de saúde e ACS e houve a entrega de materiais educativos em 700 UBS do município. Esse processo de formação e estruturação do trabalho com a temática da violência foi chamado de Rede de Paz. A partir da capacitação, foram estruturadas 61 equipes de referência para abordar o tema nas diferentes regiões do município, nas diferentes supervisões de saúde.

A partir de 2012, o trabalho com violência foi transferido, principalmente, para as UBS, que precisaram organizar os seus “Núcleos de Prevenção de Violência da Unidade de Saúde (NPVs)” e, por meio da Portaria 1.300, de 15 de julho de 2015, da Secretaria Municipal de Saúde, o NPV foi definitivamente instituído como obrigatório nos serviços de saúde do município (São Paulo, 2015).

O NPV é composto de profissionais de saúde da própria instituição e tem por finalidade ser referência na assistência em violência na UBS, organizar o atendimento, a articulação e a vigilância dos casos de pessoas em situação de violência atendidas nas UBS. Para apoiar o trabalho dos NPVs, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) estruturou um manual norteador e treinamentos para os profissionais atuantes nos diferentes núcleos,

para orientar e uniformizar os conceitos e as possíveis práticas a ser desenvolvidas (São Paulo, 2007; 2012). Dentre as ações do NPV, estão (São Paulo, 2012: 18,19):

- Organizar o acolhimento e o tratamento qualificado às pessoas em situação de violência.
- Trabalhar em conjunto com a Rede Integral de Cuidados do município.
- Orientar a formação de grupos educativos.
- Avaliar a necessidade de formar grupos terapêuticos de atendimento ou encaminhar o usuário para grupos pré-existentes na UBS.
- Participar dos fóruns de discussão e de reuniões da rede local, elaborando estratégias para fortalecer a Rede de Atenção Integral de Cuidado às pessoas em situação de violência.
- Consolidar os dados dos atendimentos e das notificações produzidas pela UBS e encaminhar à Supervisão Técnica de Saúde.
- Sensibilizar os demais profissionais da UBS sobre as questões de violência.
- Elaborar a estratégia de trabalho junto de familiares, instituições da rede intersetorial do território como escolas, ONGs etc.
- Elaborar estratégia de trabalho para a promoção da saúde e a prevenção das violências.

A organização do NPV nos serviços de saúde é uma estratégia política para visibilizar, prevenir e atender a pessoas em situação de violência na comunidade. O documento norteador também apresenta as responsabilidades das diferentes instâncias na organização das políticas municipais para a superação da violência, descritos abaixo (São Paulo, 2012).

- **Área técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania:** realizar ações intersetoriais de prevenção, produzir informações, articular as diferentes áreas técnicas para organizar a atenção integral às pessoas em situação de violência, monitorar e analisar indicadores de impacto de violência na vida da população, elaborar projetos de Educação Permanente para a Capacitação dos profissionais e qualificação dos serviços.
- **Coordenadorias regionais de saúde:** favorecer e estimular a organização da Rede de enfrentamento à violência; planejar, organizar e desenvolver ações que apoiem a implementação do NPV; sensibilizar e capacitar para a prestação de assistência e notificação dos casos de violência; estimular e participar do trabalho conjunto entre as diferentes áreas técnicas de saúde; fortalecer espaços para a discussão dos casos para a construção de uma cultura de paz; organizar atividades técnico educativas para a prevenção da violência e promoção da cultura de paz; manter um mapeamento permanente da situação de violência da região.
- **Supervisões técnicas de saúde:** planejar, organizar e executar a implantação dos NPV em todas as UBS; garantir a integralidade na atenção às pessoas em situação de violência e promover a saúde; estimular o trabalho articulado entre as diferentes áreas temáticas; garantir os espaços de capacitação e fortalecimento das redes intersetoriais locais; formalizar e fortalecer a rede de cuidados da região de abrangência; consolidar os dados, mapear os casos no território e construir estratégias de enfrentamento.
- **UBS:** organizar e garantir o atendimento; manter o NPV e acompanhar os casos; criar no território espaços intersetoriais para diálogos de enfrentamento da violência; estimular a promoção e prevenção da violência no território; notificar os casos; divulgar o documento norteador para os profissionais da UBS; desenvolver grupos educativos e introduzir a temática da violência e Cultura de Paz no cotidiano do trabalho.

A invisibilidade da violência de gênero na APS

A invisibilidade da desigualdade de gênero na assistência contribui para a não inclusão da violência como parte do processo de trabalho em saúde (Oliveira; Fonseca,

2007). Segundo Bourdieu (2010), somos socializados em um mundo androcêntrico, portanto, nossos referenciais de crítica ou ação para a vida cotidiana são construídos nessa perspectiva. O processo de socialização é embasado na reafirmação da agressividade e da força como condições específicas do ser homem na sociedade e, consequentemente, os atos de violência de gênero contra as mulheres são naturalizados.

A violência contra as mulheres é reconhecida como um problema social e de saúde pública que se mantém relativamente invisível apesar da elevada prevalência. Segundo a OMS (2013), a prevalência global de violência perpetrada por parceiro íntimo é de 30%, mas há subnotificação. Estima-se que entre 15 e 25% das violências sofridas não sejam relatadas na América Latina (Sagot, 2005). No Brasil, em pesquisa de base populacional realizada em 2010, 40% das mulheres referiram ter sofrido algum tipo de violência perpetrada por parceiro íntimo (Abramo, 2010). Na Grande São Paulo, em estudo realizado em 19 serviços, com 3.193 mulheres de 15 a 49 anos de idade, 76% delas referiram ter sofrido algum tipo de violência, sendo: 68,9% psicológica, 49,6% física, 54,8% física e/ou sexual e 26% sexual. A ocorrência de violência física e/ou sexual perpetrada por parceiro íntimo foi de 45,3%, e os casos cometidos por estranhos somaram 25,7%. Nessa mesma pesquisa, do total de 3.193 prontuários analisados, em apenas 3,8% havia o registro da situação de violência sofrida pela mulher (Schraiber et al., 2007). A ausência de registro no prontuário demonstra a invisibilidade e o não reconhecimento da violência como objeto de intervenção no campo da saúde.

O trabalho médico se pauta na resolução dos sofrimentos que atingem o corpo biológico, por “(...) captar o sofrimento como doença, localizar a doença no corpo, agir sobre as alterações patológicas e, adicionalmente, restituir o doente à vida social cotidiana (...)” (Schraiber, 2008: 38). Essa dinâmica impõe limites para a prática assistencial, excluindo os problemas que são sociais, mesmo que tenham grande potencial para gerar doenças, como a violência. As mulheres em situação de violência apresentam múltiplas queixas, dores no corpo sem localização precisa, com ou sem correspondência com patologias conhecidas, que acabam traduzidas pelos profissionais como “queixas vagas” e assumidas como situações assistenciais “inviáveis”, fadadas ao insucesso assistencial. Desse modo, há grande probabilidade de que as desigualdades de gênero e os seus impactos para a saúde permaneçam invisíveis (Schraiber, 1997; Schraiber, 2001; Schraiber, 2008; Kiss; Schraiber, 2011; Peduzzi, 2001; Meyer, 2012; Schraiber et al., 2003; Williston; Lafreniere, 2013).

Quando as mulheres conseguem falar sobre a violência sofrida, dificilmente as respostas ofertadas se constituem como parte das intervenções em saúde, mas como conselhos pessoais embasados em crenças, moralismos, preconceitos, reafirmando, muitas vezes, as desigualdades de gênero (Schraiber, 2012). A produção de um cuidado à luz da integralidade e da equidade exige a compreensão de que as cobranças sociais aos homens e às mulheres não são iguais, conseqüentemente, há condições diferenciadas entre eles para viver a vida, ter saúde ou adoecer. Essa ação contraria a manutenção da imparcialidade e da neutralidade na tomada de decisão, sob o risco de comprometer a responsabilidade profissional (Schraiber, 1997; Schraiber, 2008; Kiss; Schraiber, 2011).

Schraiber (2008) afirma que a medicina é uma prática social produzida e reproduzida pela sociedade da qual faz parte. A técnica, enquanto “um procedimento dotado de um saber que o dirige e o padroniza”, é uma ação de finalidade social, delimitada pelo social e que se estrutura para satisfazer necessidades sociais. No entanto, a medicina e as práticas de saúde são, frequentemente, apresentadas e consideradas como “externas” ao tecido social, neutras e ahistóricas, já que lidam com questões naturais, da biologia, e teriam apenas modulações superficiais dadas por questões econômicas e culturais. Essa visão ideológica obscurece as determinações sociais da técnica, do processo saúde-doença e das necessidades que reforçam a reprodução das desigualdades pela prática médica.

A práxis do adoecimento, enquanto um processo social, não é completamente compreendida como trabalho em saúde, pois supera a base biomédica da medicina, que, na maioria das vezes, organiza-se pela divisão do corpo em especialidades e facilmente cria um ambiente de alienação e distanciamento que desarticula o sentido do cuidado (d’Oliveira et al., 2009; Campos, 2011; Rios; Schraiber, 2011).

Schraiber (1995) designa como ‘Medicina Tecnológica’ a incorporação de equipamentos materiais no trabalho especializado do médico que contribuiu para distanciar os adoecimentos de seus determinantes, ou seja, “*separar da doença os seus fatores de risco e seu contexto social, dentre eles a violência*”. A negação do social como parte do processo de adoecimento, entre eles a violência, foi nominado pela autora de ‘*recusa tecnológica*’ com grave impacto para o cuidado das mulheres, já que essa rejeição obstaculiza a assistência integral (Schraiber; d’Oliveira, 2008; Schraiber et al., 2009).

A redução do problema social ao biológico mantém invisível a violência, pois alivia seus efeitos, principalmente os sintomas físicos e mentais, a partir do uso de

medicamentos. Essa redução tem potencial para reproduzir a banalização da vivência da violência como sofrimento “normal” às mulheres se não for analisada sob uma perspectiva de gênero. Esse processo é chamado de medicalização, pois diz respeito à extensão da intervenção técnica das ações médico-sanitárias para o campo da normatividade sociovital dos indivíduos. Essa ação é aceita pela população em nome do discurso científico que a constitui como a melhor e mais correta interpretação do vivido das experiências humanas (d’Oliveira [prelo]; Mota; d’Oliveira, 98-99; Singer et al., 1978).

d’Oliveira [prelo] refere que a estruturação da prática assistencial sob um contexto medicalizante, mesmo que visibilize a violência, a classifica como uma patologia ou um risco aos moldes biomédicos, e a nomeação da violência passa a ser um problema médico-sanitário, ou o tema fica relegado a uma questão “externa”, sendo recusado como algo próprio do saber e da potencialidade de intervenção do campo da saúde. Sob essa perspectiva, reconhecer a violência sofrida pelas mulheres pode promover “*intervenções fragmentadas e potencialmente autoritárias, com risco elevado de culpabilizar ou vitimizar as mulheres pela situação em que se encontram*”.

Incluir a violência doméstica de gênero na prática assistencial dos serviços de saúde exige reconhecer que a violência é um **tema complexo**, interdisciplinar, e que as ferramentas utilizadas atualmente para a prática em saúde são insuficientes; além de ser um **tema sensível**, por se tratar de experiências radicais de violação dos direitos das mulheres (Schraiber; d’Oliveira, 2008). Nesse sentido, a violência não se coloca como um diagnóstico específico para a intervenção, mas como um contexto de práxis em que se deve reconhecer as contradições sociais de modo a orientar a ação humana a partir de decisões compartilhadas na assistência em saúde, em um processo de subjetivação do cuidado. Nesse cenário, a ética se coloca como uma disciplina importante para guiar a tomada de decisão dos profissionais a partir do uso de técnica científica em prol das “*boas práticas assistenciais*”. Schraiber (2008) define a prática médica como moral-dependente, por ser uma profissão consultante e trabalhar com a intersubjetividade.

As práticas em saúde precisam de qualificações de referenciais embasados no reconhecimento da socialidade da doença. Ayres (2005) traz o termo “projetos de felicidade” como um possível norte assistencial, no sentido de que o cuidado prestado garanta direitos a partir da comunicação e do compartilhamento dos planos terapêuticos

que integrem as escolhas das usuárias para a sua vida, almejando o “sucesso prático” das práticas em saúde.

As expressões “êxito técnico” e “sucesso prático” são noções úteis para a análise das práticas de saúde cotidianas e dizem respeito às mediações entre os conhecimentos científicos e a prática profissional a partir das escolhas que os profissionais fazem para a sua ação de cuidado. O “êxito técnico” se refere à dimensão instrumental da ação, enquanto o “sucesso prático” se refere à dimensão de valor às implicações simbólicas, relacionais e materiais dessas ações na vida cotidiana dos indivíduos atendidos (Schraiber, 2011; Ayres, 2007).

O cuidado integral na assistência de saúde às mulheres

Desenvolver boas práticas em saúde significa atingir o “sucesso prático” na assistência. Essa prática exige do profissional o uso de novas formas de interação que tenham a integralidade e a equidade como horizontes dos saberes e fazeres em saúde, transformando radicalmente o modo contemporâneo de organização das ações assistenciais.

Schraiber (2008) relata que há, no que ela denomina “Medicina Tecnológica”, uma fragilização dos vínculos entre profissionais e usuários e um desgaste da qualidade ética de suas interações pela valorização da tecnologia em detrimento do interesse pelo paciente, ou pelo fraco compromisso com o bem-estar e a autonomia dos usuários atendidos. A autora denomina essa situação como uma “crise de confiança” no encontro entre médico e paciente que se põe como questão a ser superada.

Repensar as práticas em saúde não significa desconsiderar a tecnologia de base científica desenvolvida, mas coloca a necessidade de uma mudança no paradigma dessas práticas, superando o modelo médico tradicional pela valorização da saúde e da qualidade de vida das pessoas atendidas. Não se trata apenas de encontrar os meios adequados para os fins almejados, mas de decidir, a partir das possibilidades concretamente postas, quais fins almejar e quais meios escolher. Nesse sentido, a reconstrução das práticas envolve resgatar o lugar da racionalidade prática como origem e destino de qualquer

instrumentalidade na saúde pela retomada das dimensões éticas, morais e políticas nas práticas em saúde (Ayres, 2007).

Sob essa perspectiva, tem-se o cuidado como guia para a construção de uma atenção integral à saúde a partir da recomposição das competências, relações e implicações das ações, superando a sua fragmentação e desconexão. Este estudo utiliza-se do conceito de cuidado em saúde enquanto:

(...) interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar, sempre mediada por saberes, especificamente voltados para essa finalidade (Ayres, 2004a: 73).

Transformar as práticas em saúde no sentido do cuidado exige a superação da centralidade dos saberes de caráter tecnocientífico a partir do estabelecimento de espaços para o diálogo no encontro assistencial. Ampliar o espaço de escuta permite compreender e considerar os “projetos de felicidade” das pessoas atendidas e, conjuntamente, compreender os motivos que as movem a buscar os serviços, com suas capacidades instrumentais, e o que realmente esses serviços podem oferecer a elas. A expressão “projeto de felicidade” se refere ao sentido concreto das demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos usuários atendidos, que se constituem como referência para a construção de juízos acerca das boas práticas a ser desenvolvidas, almejando o ‘sucesso prático’ das ações em saúde (Ayres, 2007, 2009).

Utilizar-se dos “projetos de felicidade” das usuárias como horizonte normativo das práticas significa recolocar a responsabilidade do cuidado enquanto ação compartilhada entre profissional e usuário. Esse processo exige a construção de vínculos que favoreçam a inclusão de intersubjetividades mais ricas, plurais e produtoras de cuidado, além de permitir a superação do reconhecimento de problemas apenas no espaço dos corpos ou órgãos, mas em um contexto social, moral, cultural e econômico em que se constroem as identidades dos seres sociais (Ayres, 2004b, 2009).

A humanização tem sido utilizada como alicerce nas práticas em saúde, pois reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a compreensão dos problemas a partir das competências técnicas e tecnológicas aliadas às competências ética e relacional na produção do cuidado, na perspectiva da garantia de direitos e na expressão subjetiva dos desejos das pessoas atendidas (Rios, 2009).

Portanto, quanto mais o cuidado se configura como uma experiência de encontro, de trocas dialógicas, mais a prática do cuidado se afasta de uma aplicação mecânica e unidirecional de saberes instrumentais, e a intersubjetividade ali experimentada retroalimenta seus participantes de novos saberes tecnocientíficos e práticos, de modo a permitir repensar a assistência prestada (Ayres, 2007).

O trabalho em equipe tem sido uma das estratégias utilizadas para viabilizar o cuidado e a integralidade na assistência, a partir das mudanças de abordagem da saúde e da doença da população assistida. Essa organização propõe que novos olhares sejam utilizados para reconhecer a dimensão subjetiva do cuidado em saúde, apesar das diferentes formações ainda se pautarem sob a égide médica, tendo por risco as intervenções fragmentadas e focadas apenas na doença. É necessária a construção de projetos assistenciais comuns a partir de saberes parcelares, para permitir que os profissionais se reconheçam como agentes do trabalho e sujeitos histórico-sociais no processo do cuidado, o que é chamado de autonomia interdependente por Peduzzi (2001) (Peduzzi; Palma, 1996).

Nesse contexto, insere-se o trabalho com a violência doméstica de gênero como um problema transversal na saúde. Para que o problema não seja reduzido a patologias ou queixas, há a necessidade da participação dos diferentes profissionais à medida que cada especialidade permite aprimorar o conhecimento e melhorar a produção do cuidado. Há a necessidade de congregar outras perspectivas assistenciais advindas de outros setores, já que o problema da violência não é específico da saúde, de modo a apoiar as mulheres na superação da violência sofrida a partir da garantia da equidade de gênero e dos direitos das mulheres (Peduzzi, 2001).

Chang et al., (2005) referem que muitas mulheres não desejam que os serviços resolvam todos os seus problemas da violência doméstica, mas que as orientem sobre seus direitos, que as ajudem a refletir sobre os seus desejos e planos para a vida e que considerem suas necessidades nos planos assistenciais a partir da garantia da autonomia e da independência, contribuindo para diminuir os contextos de vulnerabilidade e compreender a relação da violência com os problemas de saúde.

O uso da rede de serviços e a Rota Crítica das mulheres

Sagot (2000) chama de ‘Rota Crítica’ o movimento de busca por ajuda traçado pelas mulheres a partir do rompimento do silêncio sobre a violência sofrida. A Rota Crítica é entendida como um “processo construído a partir da sequência de decisões e ações tomadas pelas mulheres em situação de violência e das respostas encontradas na sua busca por soluções”. As rotas se apresentam como críticas, pois, via de regra, são longas, extenuantes, repetitivas e ineficazes. A Rota é iniciada no momento em que as mulheres quebram o silêncio sobre a violência sofrida com alguém fora do seu ambiente doméstico. Tal processo não é linear e a violência sofrida pode ser agravada. Dentre os apoios para que o primeiro passo aconteça estão: o acesso a informação e conhecimentos sobre a comunidade, direitos e serviços, as próprias percepções e atitudes diante do sofrimento vivido, suas experiências anteriores, avaliações sobre a situação de risco vivido, os suportes e possíveis obstáculos (Sagot, 2005).

Segundo Sagot (2000), a primeira rede a ser acessada pelas mulheres na rota é composta de familiares, amigos e vizinhos. Posteriormente, a partir das respostas obtidas na primeira rede, as mulheres buscam a rede formal, composta de serviços como DDM, defensoria pública, casas de apoio, Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e a saúde. Faleiros (1999) nomina de rede primária a que é formada pelas relações afetivas familiares e de amizade, e as redes secundárias como as formais, institucionalizadas e que dizem respeito à socialização do sujeito e aos vínculos sociais mais amplos.

Os sentimentos referidos pelas mulheres em situação de violência são, entre outros, vergonha, humilhação, culpa, medo, temor pela segurança dos filhos, falta de controle sobre sua vida, falta de apoio familiar, esperança de que o agressor mude e medo de perder a guarda dos filhos (Giffin, 1994). Muitos desses sentimentos são as razões que contribuem para que elas continuem nesses relacionamentos, além das dificuldades da rede formal, como a não abordagem do tema ou a abordagem inadequada, informações desencontradas e a falta de amparo de pessoas próximas, por acreditarem que não devam se solidarizar ou se envolver na vida da família (Ellsberg et al., 2008; Schraiber; d’Oliveira, 2008).

Entende-se que a Rota é Crítica não apenas pelas decisões, muitas vezes, ambíguas das mulheres, mas também pela falta de respostas adequadas e construídas junto das mulheres, respeitando os seus projetos de felicidade, tanto nas redes formais como nas informais (Ayres, 2007). Os serviços assistenciais estão imersos numa sociedade marcada pela desigualdade de gênero, consequentemente, podem não efetivar o apoio necessário às mulheres, principalmente em relações em que os parceiros são considerados bons provedores. A não assistência, ou a não proteção, quando os serviços são procurados, pode ocorrer pelo distanciamento entre o conceito de mulher sujeito, ou seja, a mulher não é vista na posição de sujeito, mas entendida com um ente sem vontade ou desejo próprio. Rios e Schraiber (2011) referem que:

(...) as subjetividades contemporâneas (valores, modelos, inscrições de significado), em seu exercício cotidiano nas relações intracomunitárias durante o ato clínico (médico paciente) e durante a formação (relação entre alunos e entre alunos e professores), realizam um modo de ser médico (e educador) que se torna um obstáculo para a experiência intersubjetiva (Rios; Schraiber, 2012: 21).

Nesse sentido, os encontros assistenciais não são embasados no interesse legítimo pelo outro, na disposição para escutar e refletir junto um pensamento e plano de cuidado compartilhado. Assim, barreiras se colocam, como as ações comunicacionais não efetivas para a criação de vínculo e confiança mútua e o distanciamento dos desejos, vontades e condições que permeiam a vida das mulheres para a construção de proposta assistencial na superação da violência. As redes formais tendem a reproduzir o perfil machista e patriarcal da sociedade, buscando normatizar a vida das mulheres, desqualificando ou minimizando a violência sofrida por muitas delas e reafirmando a culpa, o medo e a revitimização (Meneghel et al., 2011). Sagot (2005) mostra que os serviços formais reproduzem largamente as desigualdades de gênero, e que as organizações de mulheres da comunidade são mais potentes, apesar das dificuldades em responder às necessidades das mulheres, respeitando-as plenamente em seus próprios desejos.

O funcionamento adequado dos serviços formais de assistência é fundamental para melhorar, garantir direitos e apoiar na superação da Rota Crítica. Dentre esses serviços estão: DDM, Centro de Referência de Atendimento à Mulher (CRAM), Casas Abrigo, Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e CREAS, juizados de violência doméstica e familiar contra a mulher, órgãos da defensoria pública e os serviços de Saúde

Especializados para o atendimento dos casos de violência contra a mulher. Apesar de esses serviços se estruturarem sob o princípio da garantia dos direitos das mulheres, muitos têm tornado a trajetória das mulheres ainda mais dificultosa, pela falta de integração assistencial na prestação da assistência. Essa ocorrência pode se dar em:

(...) razão dos serviços operarem como unidades de vinculações institucionais e com tradições assistenciais distantes entre si, já que estão aderidos a intervenções pertencentes a culturas profissionais diversas (Schraiber et al., 2012: 237).

A APS encaminha para a rede, porém, há falta de comunicação e plano assistencial comum na assistência às mulheres com risco de que a tentativa de cuidado ocorra na contramão do esperado. Para além da comunicação, há a dificuldade de inclusão na prática da compreensão da desigualdade de gênero na vida das mulheres, refletida em suas dificuldades individuais e no acesso a direitos. A qualidade da informação prestada e a postura dos profissionais durante a assistência é fundamental para o avanço das mulheres no enfrentamento da violência, daí a importância da resposta eficaz dos serviços, inclusive da APS, ao apresentar os limites e as potencialidades dos serviços da rede. O processo de conhecer a rede, articular informações, valorizar a situação, principalmente na APS, gera tensão sobre os referenciais mais tradicionais de gênero e os padrões de desigualdade solidamente constituídos, trazendo resistências, rupturas e possíveis modificações na vida das mulheres, na vida dos profissionais envolvidos e com potencial para melhorar a prática assistencial cotidiana (d'Oliveira et al., 2009).

OBJETIVOS

Geral

Analisar se as representações sociais de gênero e de direitos humanos das mulheres atendidas, e dos profissionais de saúde dos serviços de APS, modificam as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica de gênero.

Específicos

- Identificar como os serviços de APS trabalham a temática da violência a partir das narrativas das mulheres, dos profissionais e nos prontuários-família.
- Identificar a inserção da APS na Rota Crítica.
- Identificar se há a incorporação dos referenciais de defesa de equidade de gênero e direitos humanos na assistência prestada na APS às mulheres em situação de violência doméstica de gênero.

CAPÍTULO 2 - PRESSUPOSTOS METODOLÓGICOS

PERCURSO DA PESQUISA

Referencial metodológico

A escolha do método é uma estratégia importante da pesquisa, pois contribui para produzir, revelar e exibir as respostas às questões propostas a partir das informações geradas na investigação. Este estudo utiliza-se da pesquisa qualitativa por permitir incorporar o significado e a intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais tomadas como construções humanas significativas (Minayo, 2008).

Nessa perspectiva, tem-se as narrativas das mulheres que usam os serviços da APS e dos profissionais de saúde desses locais como materiais empíricos obtidos a partir da técnica de entrevista orientada por um roteiro específico para estimular os relatos e apoiar a reflexão (Schraiber, 2008). Por meio das narrativas é possível captar as diferentes informações sobre os pesquisados nos âmbitos individual e coletivo, com padrões de associação que apontam para amplos significados a respeito da vida cotidiana permeados pela estética, por teorias e moralidades do contexto social (Denzin; Lincoln, 2006).

Entre as abordagens possíveis na pesquisa qualitativa, optou-se pelo uso de entrevista semiestruturada para a produção dos dados por se tratar de uma técnica flexível, que, guiada por um roteiro ou questões, permite, a partir da interação entre entrevistadora e entrevistada, adicionar questões e explorar novos pontos necessários acerca do objeto de estudo. Esse material produzido a partir das narrativas constituirá o material empírico desta pesquisa (Schraiber, 1995; Minayo, 2008).

Além das entrevistas com as mulheres e profissionais de saúde da APS serão utilizadas as informações disponíveis nos prontuários familiares das mulheres, para melhor reconhecer o uso do serviço e o trabalho realizado nas situações de violência doméstica de gênero apresentadas pelas mulheres entrevistadas. A triangulação das fontes

de dados utilizadas busca melhorar a validação dos resultados e assegurar uma compreensão em profundidade do problema desse estudo (Denzin; Lincoln, 2006).

Neste estudo, as falas das mulheres e dos profissionais de saúde sobre as experiências nas buscas por ajuda ou orientação sobre serviços de apoio ou prestação de assistência remetem aos momentos passados da vida pessoal e profissional, entendidos como conhecimentos que continuam ativos, influenciando mudanças nas experiências e ideias atuais sobre a realidade de hoje, tanto na vida das mulheres como na prática assistencial dos profissionais nos serviços de saúde (Moscovici, 2015).

Denzin e Lincoln (2006) chamam atenção para o cuidado a ser tomado com esse material, pois, ao mesmo tempo que se espera que as análises permitam interromper o roteiro do “senso comum” que narra a vida das pessoas a partir da reflexão durante o processo das falas, o pesquisador deve se atentar em dizer o que é necessário, sem comprometer os indivíduos e/ou nutrir representações sociais perversas sobre eles, cumprindo com sua finalidade de produzir novos conhecimentos, buscar reformar esse “senso comum”, devolvendo para a sociedade informações críticas sobre determinado tema.

Apesar da individualidade dos relatos produzidos expressar um dado modo de viver a vida, eles apresentam significados resultantes de compartilhamento entre sujeitos em relação (Schraiber, 2008; Pope; Mays, 2005). As visões de mundo dos indivíduos são apresentadas por meio de falas, atitudes e condutas da ordem do senso comum, marcada por contradições singulares ao lugar ocupado pelos diferentes indivíduos no modo de produção da vida, expressando as marcas de um dado entendimento dessa realidade por seus pares (Moscovici, 2015; Minayo, 2008).

Toma-se neste estudo a Teoria das Representações Sociais como referencial metodológico, por permitir olhar o fenômeno na perspectiva do sujeito que o vivencia por encontrar-se nele imerso e por se constituir como uma das vias de apreensão do mundo concreto pelo indivíduo; pode-se dizer que as representações constituem um tipo de realidade. Segundo Lewin⁴ (1948): “A realidade é, para a pessoa, em grande parte, determinada por aquilo que é socialmente aceito como realidade” (*Apud* Moscovici, 2015: 57).

⁴ Lewin K. *Resolving social conflicts*. Nova York: Harper & Row; 1948.

As representações sociais são sempre de coisas/contextos (objetivos) e/ou de pessoas (sujeitos/subjetividades) e contribuem para a construção de uma realidade comum a um conjunto social que partilha da mesma condição social, com seus modos próprios de se relacionar com o mundo, valores, modelos de vida, imposições ou desejos específicos, que resultará em um modo específico de conceber a cultura explicitada na ordem social (Jodelet, 2001). Segundo Porto (2006), as representações sociais têm por pressupostos:

1. Apresentar resultados condicionados pelo tipo de inserção social produzida pelos indivíduos, mesmo que dita no âmbito individual.
2. Expressar visões de mundo que dão sentido e explicam determinados fenômenos criados e vividos pelos indivíduos.

Essa teoria tem como ponto de partida a diversidade dos indivíduos, atitudes e fenômenos em toda a sua estranheza e imprevisibilidade. O seu objetivo é descobrir como indivíduos e grupos podem construir um mundo estável, previsível a partir de tal diversidade. Dedicar-se a compreender como a ideologia interfere direta ou indiretamente nos processos de organização das ações e relações sociais nos espaços nos quais o social se produz e se reproduz por meio da interação entre os sujeitos (Porto, 2006).

A finalidade de todas as representações é tornar familiar algo não familiar. Para isso, faz uso das bases *Ancoragem* e *Objetivação* como processos complementares. O primeiro mecanismo é a *Ancoragem*, que propõe identificar elementos estranhos, categorizá-los e colocá-los em contextos familiares: “É quase como que ancorar um bote perdido em um dos boxes (pontos sinalizadores) de nosso espaço social” (Moscovici, 2015: 61). O processo de classificação e nomeação tem por finalidade facilitar a interpretação de características, a compreensão de intenções e motivos subjacentes às ações das pessoas para permitir a formação de opiniões.

A etapa da *Objetivação* envolve dar concretude à realidade não familiar classificada e nominada pela ancoragem. Essa etapa envolve reproduzir um conceito em uma imagem; materializar a abstração apresentada nas narrativas.

Considerações éticas

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FM/USP) e da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e foi aprovada (Anexos A, B) com o consentimento dos gestores das coordenadorias regionais selecionadas para esta pesquisa, Coordenadoria Regional Centro-Oeste e Sudeste. Foram assegurados o sigilo e a confidencialidade das participantes, assim como o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum impacto sobre o seu atendimento no serviço de saúde ou sobre o seu trabalho. Todas as mulheres que aceitaram participar da pesquisa receberam, leram, ou foi lido para elas, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, elaborado conforme as normas exigidas pela Resolução 196/96 e aprovado por ambos os CEPs. As entrevistas foram realizadas após a assinatura do termo (Anexo C). Foi deixada uma cópia do documento com o telefone da pesquisadora, para comunicação em casos de desistência ou esclarecimento de dúvidas sobre a pesquisa, mesmo após a realização da entrevista.

Organização do trabalho de campo

A pesquisa maior aconteceu nas regiões das Coordenadorias Regionais de Saúde Oeste (Supervisões Butantã e Lapa/Pinheiros) e Sudeste (Supervisões Penha, Vila Mariana/Jabaquara e Mooca/Aricanduva). A entrada da pesquisa em ambas as regiões se deu por conveniência: facilidade de contato e entrada nos serviços, e também por cobrirem ampla área da cidade e contarem com diversidade, tanto do perfil social e demográfico das mulheres residentes na área como na organização do trabalho, inclusive com a violência nas diferentes UBS abordadas. Na região da Supervisão Butantã, a entrada da pesquisa foi facilitada pela inserção da FM/USP em atividades assistenciais e de ensino na região. O grupo de pesquisa e intervenção “*Violência e Gênero nas Práticas de Saúde*” da FM/USP, no qual esta pesquisa se insere, tem participado da formação de trabalhadores, de graduandos em medicina e Residentes em Medicina de Família e Comunidade em cuidado à violência de gênero, de modo a contribuir para uma prática

assistencial que contribua para o trabalho com a violência de gênero como uma demanda assistencial na saúde a partir de atividade teórica, oficinas e da prática no ambulatório nominado de Conflitos Familiares Difíceis (Confad), localizado no CSEB/FMUSP, coordenado pela prof^a Dr^a Ana Flávia d'Oliveira, que atende mulheres em situação de violência doméstica de gênero semanalmente.

O projeto maior contou com a participação de três pesquisadoras para a coleta de dados. Cada pesquisadora teve um maior protagonismo e responsabilidade sobre o campo de uma determinada região de Saúde (Butantã, Lapa/Pinheiros e o conjunto de Supervisões e UBS da região Sudeste). Apesar disso, as três pesquisadoras de campo participaram conforme a necessidade nos diferentes territórios e serviços de saúde. A pesquisa aconteceu em UBS que optaram por participar e que tinham casos identificados e acompanhados de mulheres em situação de violência doméstica.

O convite para participar da pesquisa aconteceu de modo diferente em cada região. Na região Oeste, a pesquisa foi apresentada à Coordenadoria e, posteriormente, nas reuniões mensais da Rede de Paz das Supervisões Butantã e Lapa/Pinheiros. Esta reunião tem a finalidade de apoiar a estruturação do NPV nas UBS e orientar a condução dos casos de violência a partir da discussão coletiva e conta com um representante de cada UBS da supervisão. Além desses dois espaços, na região do Butantã a pesquisa foi apresentada aos membros das comissões de ensino e pesquisa de cinco UBS, nas quais ocorrem atividades de ensino. Para as UBS que se interessaram em participar da pesquisa, foi feito posteriormente um contato com cada gerente que indicou as pessoas de referência do NPV que poderiam apoiar na seleção dos casos para a pesquisa. Nessas UBS, o NPV estava organizado e atuante em apenas uma UBS, nas outras o núcleo estava ainda em construção.

Na Região Sudeste, a pesquisa foi apresentada à Coordenadoria de Saúde e a todas as cinco supervisões em uma reunião da Rede de Paz chamada para o tema da pesquisa, e cada supervisão indicou uma UBS. No contato com esses serviços, algumas UBS solicitaram uma nova apresentação da pesquisa à equipe de saúde local, outras três UBS negaram a pesquisa por não ter casos, “já que as mulheres não admitiam a violência vivida”, outra UBS, pela mudança do território de uma das mulheres, informações advindas dos diários de campo das pesquisadoras. Na terceira UBS, a gerente disse que uma pesquisa no serviço atrapalharia o andamento do trabalho cotidiano e negou a possibilidade. Uma UBS, apesar da indicação, referiu que o serviço nunca havia atendido

nenhum caso de mulher em situação de violência doméstica de gênero, mas tinha a equipe do NPV e o interesse para que esse trabalho fosse desenvolvido no serviço, então, a gerente solicitou um treinamento para que as profissionais da UBS pudessem buscar casos que pudessem ser encaminhados à pesquisa, mas não haveria tempo hábil para essa ação.

O contato com esses serviços foi trabalhoso, com várias tentativas tanto por telefone como por visita presencial para conversar com as gerentes das UBS. Diante das dificuldades dos serviços em disponibilizar casos, e a necessidade de fechar a amostra de mulheres entrevistadas na pesquisa, em duas UBS foram realizadas buscas ativas em sala de espera, seguindo as informações da literatura que referem que 50% das mulheres em UBS sofrem ou já sofreram violência física ou sexual por parceiro íntimo na vida (Schraiber; d'Oliveira, 1999). Entre as mulheres que se interessaram pela pesquisa na sala de espera, a entrevista foi iniciada com um questionário reduzido e, mediante a referência de ter sofrido violência doméstica, a entrevista era seguida utilizando do roteiro original. Em uma UBS, das três buscas ativas realizadas, uma mulher referiu ter vivido violência perpetrada por parceiro íntimo. Em outra UBS, de quatro buscas ativas realizadas, duas mulheres relataram histórico de violência. Uma dessas mulheres referiu que o serviço tinha conhecimento prévio da violência sofrida por ela, e que a equipe de saúde já havia intermediado uma conversa entre ela e seu parceiro. Apesar disso, a equipe do NPV não indicou o caso à pesquisa.

Nas UBS da região da Coordenadoria de saúde Sudeste, as UBS referiram ter o NPV instituído, porém, em apenas uma UBS a equipe tinha conhecimento e fazia a vigilância dos casos. Nas outras UBS, as pesquisadoras não tiveram informações formais sobre a organização de trabalho do núcleo local.

Foram incluídas na pesquisa as onze UBS que indicaram os casos já conhecidos e acompanhados pelas equipes de saúde, e duas UBS em que os casos foram captados em sala de espera, descritas no quadro 2 e 3 abaixo.

Quadro 1: Relação das UBS por regiões da Coordenadoria de Saúde Oeste do Município de São Paulo e número de mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.

Supervisões	Nomes das UBSs	Nº de mulheres entrevistadas
Butantã	CSE Butantã	1
Butantã	Vila Dalva	1
Butantã	Jardim Boa Vista	2
Butantã	Jardim d'Abril	3
Butantã	Jardim São Jorge	3

Continua ...

... continuação

Lapa/Pinheiros	Vila Piauí	1
Lapa/Pinheiros	Vila Jaraguá	1
Lapa/Pinheiros	Dr. José de Barros Magaldi	2
Lapa/Pinheiros	Vila Jaguaré	2
Total		16

Quadro 2: Relação das UBS por regiões da Coordenadoria de Saúde Sudeste do Município de São Paulo e número de mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.

Supervisões	Nome da UBS	Nº de mulheres entrevistadas
Penha ⁵	Vila Lobo	1
Vila Mariana/Jabaquara	Vila Campestre	1
Mooca/Aricanduva ⁴	Brás	1
Vila Prudente/Sapopemba	Vila Prudente	1
Total		4

• Agendamento das entrevistas

○ As mulheres

As entrevistas foram oferecidas e agendadas pelos próprios profissionais das equipes de saúde com as mulheres em idade superior a 18 anos que viviam, ou tinham vivido, qualquer situação de violência doméstica de gênero perpetrada por parceiro íntimo conhecida e trabalhada pelo serviço. Essa estratégia foi utilizada pelo vínculo já estabelecido entre as equipes e as mulheres, e para não afetar a confiança delas no trabalho desses profissionais. Para a apresentação da pesquisa, foi enviada à equipe uma “carta-convite” (Anexo D) para ser lida às mulheres, contendo os objetivos da pesquisa, as informações sobre a entrevista e a entrevistadora e a garantia do anonimato. Após o aceite das mulheres em participar da pesquisa, marcava-se data e horário de acordo com as possibilidades das mulheres, na própria UBS.

O número de entrevistas por UBS variou conforme a indicação de casos e da disponibilidade das mulheres; a média foi de um a dois casos por UBS. Não foi possível escolher os casos devido ao reduzido número referido pelas UBS, assim, todos os casos

⁵ UBS em que foram realizadas as buscas ativas em sala de espera de casos para a pesquisa.

indicados e buscados na sala de espera de duas UBS entraram para a pesquisa. As entrevistas aconteceram em salas fechadas e foram gravadas, contando com a presença da pesquisadora e, em alguns casos, de crianças menores de 2 anos que acompanhavam as mulheres. De todas as entrevistas agendadas, apenas uma mulher foi considerada desistente da pesquisa por ter faltado após três datas agendadas. No terceiro dia agendado, a pesquisadora foi informada pela gerente da UBS que a usuária havia trabalhado naquele serviço como ACS, porém, pela violência doméstica sofrida, a instituição a demitiu para que ela acessasse o seu fundo de garantia e pudesse refazer a sua vida longe de São Paulo (o que acabou não dando certo, e a usuária estava de volta ao território).

Foram realizadas 20 entrevistas com duração média de 50 minutos. Das 20 mulheres entrevistadas, seis já não viviam em situação de violência doméstica de gênero no momento da entrevista. Após cada entrevista, os prontuários familiares das mulheres foram analisados para a busca de informações sobre a violência sofrida por elas, orientações prestadas e a inclusão do tema da violência nos planos terapêuticos. Em uma UBS da região Sudeste a funcionária do Serviço de Arquivos Médicos e de Informação (SAMI) não permitiu o acesso ao prontuário, alegando não ter sido avisada previamente sobre a pesquisa, apesar do consentimento da usuária entrevistada e do conhecimento da gerente sobre a pesquisa no serviço. Assim, foi necessário contato com a gerente da UBS e um novo agendamento para a análise do prontuário-família.

Entre as 20 mulheres entrevistadas para a pesquisa maior, foram selecionadas quatro para esta tese de doutorado. A escolha se baseou no destaque dado pelas profissionais de saúde aos casos, tanto pela gravidade como pela assistência prestada a elas e na organização do trabalho com violência nas diferentes UBS. Foram selecionados dois casos em serviços com NPV estruturado e/ou com protocolo local instituído (UBS Uruguaí e UBS Cuba) e dois casos de serviços com NPV ainda em construção e sem organização assistencial em relação à violência (UBS Chile e UBS Brasil). As unidades com protocolo são aquelas em que também há atividade de ensino e todas elas fazem parte da Coordenadoria Oeste⁶.

⁶ Para identificar as UBS utilizou-se nomes de países da América do Sul que ratificaram a CEDAW. Foram escolhidos dois países considerados mais avançados na garantia dos direitos das mulheres, por terem o aborto legalizado, e dois países com menos avanços. A CEDAW é considerada a lei internacional dos direitos das mulheres e se baseia no compromisso dos Estados signatários em promover e assegurar a igualdade entre homens e mulheres e de eliminar todos os tipos de discriminação contra a mulher. Ela foi aprovada pela ONU em 1979 e entrou em vigor em 1981. Atualmente, são 173 os países signatários, mais de dois terços dos membros da ONU.

As entrevistas foram estudadas em profundidade para analisar se as perspectivas de gênero e direitos humanos modificam a prática assistencial dos profissionais de saúde na APS para a promoção da visibilidade da violência nos serviços, e para a garantia dos direitos humanos das mulheres. Além das entrevistas, foram analisados os prontuários familiares dessas mulheres, já que em uma mesma pasta estavam contidos todos os prontuários individuais dos diferentes membros da família que residiam na casa. Os prontuários foram lidos e identificados os registros dos profissionais de saúde sobre as situações de violência das mulheres participantes desta pesquisa.

○ **As profissionais de saúde**

Todas as profissionais de saúde da APS envolvidas na assistência direta das quatro mulheres selecionadas também foram entrevistadas e uma das perguntas era para que as profissionais falassem especificamente do caso atendido e sobre todo o trabalho assistencial da equipe.

O contato com as profissionais de saúde foi inicialmente realizado pela gerente ou com a interlocutora de ensino e pesquisa da UBS, que apresentou a pesquisa às profissionais e, após o aceite, disponibilizou e-mail ou telefone para que as pesquisadoras entrassem em contato para os agendamentos. Todas as entrevistas aconteceram nas UBS, em salas fechadas, e foram gravadas. Cada entrevista teve duração média de 40 minutos. As categorias profissionais das trabalhadoras da APS entrevistadas foram: médicas, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, técnicas de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitárias de saúde, totalizando 13 entrevistas.

● **Roteiros das entrevistas**

Os roteiros das entrevistas foram elaborados a partir de pressupostos e objetivos deste estudo e da pesquisa *Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência*

doméstica de gênero: estudo sobre a Rota Crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais (Anexo E). A organização dos roteiros se iniciou pela etapa de identificação pessoal. Para as mulheres, essas informações se basearam em idade, escolaridade, cor declarada, estado civil, trabalho/renda e número de filhos. Para as profissionais de saúde, foram acrescentadas as informações sobre a formação, a atuação profissional e o tempo de trabalho. Os roteiros foram desenvolvidos a partir dos tópicos:

Quadro 3: Tópicos que subsidiaram as entrevistas com as mulheres e profissionais da APS e a análise dos prontuários-família. São Paulo, 2015.

Mulheres	Profissionais	Prontuários
Gênero, direitos humanos e violência.	Gênero, direitos humanos e violência.	O uso dos serviços de saúde pelas mulheres e familiares.
Histórico da situação de violência da mulher.	Investigação sobre o serviço de saúde e a experiência no trabalho com violência.	Descrição da situação de violência no prontuário.
Repercussão na saúde da mulher e dos filhos.	Repercussão na saúde de mulheres e crianças.	Registro de violência no último ano.
Uso da rede intersetorial.	A rede intersetorial.	

Caminhos da análise

Os dados foram analisados por meio da técnica da Análise de Conteúdo, na modalidade análise temática. A análise de conteúdo é apresentada por Bardin (1979) como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (Bardin, 1979: 42).

A técnica de análise temática permite compreender o pensamento dos sujeitos por meio do conteúdo do texto apresentado e aprofundar os temas que foram propostos na pesquisa, como evidenciar outros temas emergentes (Schraiber, 1995; Minayo, 2008).

Essa técnica possibilita interpretar os dados qualitativos produzidos na pesquisa a partir da identificação do *tema* enquanto unidade de registro que permite acessar opiniões, expectativas, valores, conceitos, atitudes e crenças.

Segundo Bardin (1979: 105), o *tema* se apresenta como uma “unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura” e permite elaborar os “núcleos de sentido” que compõem a comunicação cuja frequência ou aparecimento denota estruturas de relevância que comporão as categorias de análise (Minayo, 2008).

Operacionalmente a análise temática se desdobra em três etapas (Minayo, 2008; Bardin, 1979):

1. *Pré-análise*: fase que envolveu a “leitura flutuante” das entrevistas transcritas até a impregnação do seu conteúdo. Posteriormente, foram organizados os textos utilizados na pesquisa, que formaram o *corpus* definidos a partir de regras como a *exaustividade* (composição de todos os textos que apresentam os objetivos e pressupostos da pesquisa), a *representatividade* (que reforça a necessidade da atenção com a amostra) e a *pertinência* do material selecionado (para responder ao objetivo proposto na pesquisa).

2. *Exploração do material*: etapa que consistiu na codificação dos textos selecionados a partir dos recortes para a escolha dos temas utilizados como unidades de registro para estudar as motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças etc. O conjunto de temas foram nominados de categoria ou núcleo de sentido.

3. *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: envolveu a interpretação do resultado em significados que, a partir do referencial teórico utilizado na pesquisa, permitiram a criação de novas dimensões teóricas e interpretativas sugeridas pela leitura flutuante.

CAPÍTULO 3 - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Breve apresentação das UBS

Os casos selecionados para esta tese estão nas regiões das Supervisões Butantã e Lapa/Pinheiros, pertencentes à Coordenadoria de Saúde Oeste do município de São Paulo, regiões próximas do centro da cidade, com territórios marcados por contradições e desigualdades sociais.

Na região da *Supervisão Lapa/Pinheiros* foram selecionados e analisados dois casos de mulheres em situação de violência doméstica de gênero, indicados diretamente pela equipe de saúde e não pelo NPV. Um dos casos estava sob os cuidados da equipe de saúde da família da UBS Chile, e o outro caso estava sob acompanhamento na Casa Eliane de Grammont e da UBS Brasil.

Quanto ao modelo de atenção à saúde, a UBS Brasil organiza-se sob a ESF e a UBS Chile, como unidade mista, por integrar o modelo tradicional e a ESF, além de dispor no mesmo prédio da UBS, uma unidade do AMA - Assistência Médica Ambulatorial - urgência e emergência da Secretaria Municipal de Saúde do Município de São Paulo com assistência às urgências e emergências. Quanto à gestão desses serviços, tanto a UBS Brasil como a UBS Chile funcionam sob a gestão de Organização Social (OS) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde. Em ambos os serviços, encontramos o NPV em processo de estruturação, sem definição dos profissionais que o compõe, do fluxo, da rotina e da finalidade do trabalho.

Na região da *Supervisão Butantã* selecionamos outros dois casos, um de cada UBS (UBS Cuba e UBS Uruguai), indicados e em acompanhamento pelas equipes de saúde. Quanto ao modelo de atenção à saúde, a UBS Cuba organiza-se pela Estratégia Saúde da Família, enquanto a UBS Uruguai, sob o modelo da Ação Programática em Saúde, e dispondo de duas equipes de Estratégia Saúde da Família. Quanto à gestão, a UBS Cuba é mantida pela OS em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde, enquanto na UBS

Uruguai a gestão é realizada pela Faculdade de Medicina da USP e a contratação das duas equipes de saúde da família acontece sob a responsabilidade de uma OS.

Quanto ao NPV, a UBS Cuba apresenta-se com o NPV estruturado, dispondo de fluxo para a entrada dos casos na UBS, notificação e vigilância. A UBS Uruguai, apesar de dispor de fluxo assistencial próprio aos casos de violência e um sistema de informação específico para mapear e acompanhar os casos, ainda conta com a estruturação da equipe e do trabalho do NPV. Ambos os serviços são sensibilizados para o problema da violência como uma demanda do setor saúde e da APS. A UBS Uruguai tem experiência assistencial em violência, por dispor de um ambulatório criado com a finalidade de dar visibilidade e atender a mulheres em situação de violência de gênero, dado o impacto do problema na saúde.

A UBS Cuba é gerenciada por uma enfermeira que foi trabalhadora na UBS Uruguai e, portanto, tem uma formação de compromisso e responsabilidade em visibilizar a violência como problema da APS e incluí-la na lógica assistencial da UBS. Em ambos os serviços, a assistência aos casos de violência tem suporte da gerência e o tema é constantemente abordado na educação continuada das equipes de saúde, para que a sensibilização seja mantida entre os profissionais das UBS. Os nomes das UBS foram modificados para a garantia do anonimato dessas instituições.

Breve apresentação das entrevistadas

- **As usuárias**

As mulheres indicadas para a pesquisa passaram por graves situações de violência do ponto de vista dos profissionais das UBS e das pesquisadoras. Consideramos esse um primeiro resultado da pesquisa: de que a violência doméstica de gênero parece ser percebida quando há extrema gravidade. Para a equipe de saúde, essa gravidade se relacionou, principalmente, com o envolvimento de crianças no contexto de violência e o risco de morte das mulheres pelos companheiros. As mulheres buscaram os serviços com

queixas decorrentes da situação de violência, tais como insônia, tristeza, depressão e busca de atendimento para o “marido ficar melhor em casa”.

Para a identificação das mulheres que participaram deste estudo, utilizamos os nomes de mulheres brasileiras, presas políticas e mortas durante a ditadura militar no Brasil. Seus nomes completos são: *Esmeraldina Carvalho Cunha (1922-1972)*, *Nilda Cardoso Cunha (1954-1971)*, *Alceri Maria Gomes Silva (1943-1970)*, e *Lúcia Maria de Souza (1944-1973)* (Anexo F). Optamos por essa escolha para “femenagear” muitas mulheres que lutaram e lutam pela democracia do país, mas que nunca foram ou são lembradas nos livros de História, como se a construção do país tivesse acontecido apenas por ação dos homens (Merlino; Ojeda, 2010).

Dentre os 45 nomes citados no livro, escolhemos aqueles pertencentes a duas mulheres negras e duas mulheres brancas, ambas mãe e filha mortas pelo Estado. A analogia com as mulheres vítimas da tortura do Estado neste estudo chama atenção para a violação de direitos a que as mulheres em situação de violência doméstica estão expostas quando os serviços de saúde e da rede não reconhecem os sofrimentos resultantes das desigualdades de gênero reproduzidos e aceitos socialmente, impactando negativamente na saúde das mulheres e na de seus familiares.

Quadro 4: Perfil sociodemográfico das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS. São Paulo, 2014.

Mulheres	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação
Esmeraldina	58	Branca	Superior completo	Dona de casa
Nilda	48	Branca	Fundamental incompleto	Coletora de material reciclável (Bolsa Família)
Alceri	45	Parda	Médio completo	Dona de casa (Bolsa Família)
Lúcia	36	Parda	Médio incompleto	Diarista (sem INSS)

Quadro 5: Perfil conjugal, número de filhos e tempo de violência das mulheres entrevistadas, usuárias das UBS. São Paulo, 2014.

Mulheres	Situação conjugal	Tempo com o parceiro	Filhos/idade	Tempo de violência
Esmeraldina	Casada	30 anos	2: 26 e 24	03 anos
Nilda	Amasiada	27 anos	8: 4 gêmeos (25;19), 16, 12, 11, 9	17 anos
Alceri	Divorciada	26 anos	4: 26, 21, 12, 2	01 ano
Lúcia	Separada	15 anos	4: 16, 14, 12 e 8	13 anos

Quadro 6: Referência das mulheres com a UBS. São Paulo, 2016.

Mulheres	UBS	Região Oeste
Esmeraldina	UBS Brasil	Supervisão Lapa/Pinheiros
Nilda	UBS Chile	Supervisão Lapa/Pinheiros
Alceri	UBS Uruguai	Supervisão Butantã
Lúcia	UBS Cuba	Supervisão Butantã

As mulheres participantes da pesquisa são jovens adultas, com idade média de 47 anos. Duas são donas de casa, uma delas trabalha como diarista, sem registro em carteira de trabalho, e a outra trabalha como catadora de material reciclável. Duas delas são beneficiárias do Bolsa Família.⁷ Sobre as mulheres:

- *Esmeraldina*: formada em Jornalismo, casada há 30 anos e, apesar de morar junto com o companheiro, eles dormem em quartos separados. Deixou de trabalhar durante a primeira gestação por exigência do companheiro. Refere violência psicológica e patrimonial, já foi ameaçada com revólver e sente medo do parceiro. Relatou ter sofrido abuso do pai na infância e maus-tratos da tia/madrinha que a criou.
- *Nilda*: trabalha como catadora de material reciclável e é beneficiária do Programa Bolsa Família. Teve a primeira relação com o atual companheiro aos 13 anos, parceiro este que foi marido de sua mãe. Essa situação de violência é sutilmente relatada por *Nilda*, que conta que sua mãe a deixava frequentemente em casa sozinha com o padrasto e que toda a vizinhança comentava que aquela situação não estava certa, até que a relação sexual foi consumada. Quando completou 21 anos, *Nilda* passou a morar com o companheiro em um barraco separado do da mãe. Dessa relação nasceram 8 filhos, mas *Nilda* teve um total de 26 gravidezes (não sabe dizer quantos abortos sofreu, mas um deles afirma ter acontecido em decorrência da violência doméstica sofrida). Foi esfaqueada, sofreu tentativas de estrangulamento, violência verbal e sexual (cedia para não sofrer mais). Acionou a polícia para o companheiro, que ficou preso por três dias e solto sem que ela fosse avisada.

⁷ O Programa Bolsa Família foi criado pela medida provisória nº 132, de 20 de outubro de 2003, transformada na Lei de nº 10.836, de 09 de janeiro de 2004, e regulamentada pelo Decreto nº 5.209, de 17 de setembro de 2004, e é o principal programa de transferência direta de renda do governo federal. O Programa Bolsa Família integra o Plano Brasil sem Miséria, que tem como foco famílias com renda *per capita* inferior a R\$ 77 reais mensais.

- *Alceri*: viveu com o companheiro por 26 anos e eles tiveram quatro filhos, o mais novo estava com 2 anos à época da entrevista. Este filho é fruto de um encontro, após o divórcio, no qual ela sofreu violência sexual do ex-parceiro. Relata que o ex-companheiro era bom provedor, mas se envolveu com jogatina e deixou de cuidar da família e, por não suportar a situação, ela decidiu pela separação. A violência começou quando ela decidiu separar-se dele. Os tipos de violência sofrida foram: física, psicológica, ameaças de morte, sexual e patrimonial. Apesar da violência, *Alceri* sente muita culpa pela separação. Fez Boletim de Ocorrência (B.O.) e o representou, teve a medida protetiva garantida, mas, mesmo assim, o marido a perseguia frequentemente. Relatou ter sofrido muita violência de sua mãe e também ter sido abusada sexualmente pelo padrasto. Conta que sua mãe nunca acreditou nela e que, atualmente, precisa prestar assistência para a mãe, que está com câncer de garganta e para o pai, com quem nunca teve contato, mas que esta sem lugar pra morar e acamado. Ela, então, assumiu o cuidado dos dois.
- *Lúcia*: está separada do ex-companheiro, com quem viveu por 15 anos e tiveram três filhas. Conheceu o companheiro em um mercado do bairro, logo após o nascimento de seu primeiro filho, fruto de um relacionamento anterior. Após três meses, foram morar juntos e a violência logo começou. Sofreu violência psicológica, física e sexual e, por isso, teve um aborto. Tinha muito medo do ex-companheiro, pois sofria ameaças de morte, e achava que não poderia se separar, já que não tinha o apoio da família e os poucos amigos da igreja diziam a ela que essa era a carga a ser suportada pelas mulheres e que logo Deus resolveria a situação. *Lúcia*, ao perceber o sofrimento dos filhos com a violência, colocou o companheiro para fora de casa, buscou a delegacia, fez B.O. sem representação e fez o pedido de protetiva, que foi negado.

Das mulheres entrevistadas, duas continuavam morando com os parceiros: *Esmeraldina* e *Nilda*.

Alceri e *Lúcia* haviam se separado havia 3 anos e 2 meses, respectivamente. Apesar da separação, as duas ainda viviam em situação de risco de morte pelas constantes ameaças recebidas de seus ex-companheiros, já que ambas mantinham contato com eles. *Alceri*, apesar da medida protetiva, sofria constantes ameaças e perseguição, e o seu ex-parceiro já havia tentado matá-la, o que a deixava descrente do apoio policial e muito desprotegida. *Lúcia* havia reivindicado a medida protetiva, porém, o pedido havia sido

negado pelo juiz até o momento da pesquisa. O seu ex-companheiro foi morar na rua, próximo de sua casa, o que a deixava preocupada. Ambas ainda buscavam superar o medo da morte e de não conseguir manter o sustento delas e dos filhos sem os parceiros, apesar de nenhum deles participar financeiramente na assistência às crianças.

A presença de crianças foi o disparador para a equipe abordar a violência, percebida como um problema e um risco para as crianças no caso de *Lúcia*. Das quatro mulheres selecionadas, três têm crianças menores. Segundo informações coletadas nas entrevistas com as mulheres, todas as crianças apresentam reflexos da violência sofrida pela mãe, entre eles voltar a urinar na cama, dificuldade de aprendizagem, violência contra colegas na escola, entre outros. Em dois casos, a equipe de saúde acionou o conselho tutelar como estratégia para superar a violência sofrida pelas crianças.

Todas as mulheres relataram que foram agredidas na frente de suas crianças. Nas entrevistas, fica perceptível que as crianças pequenas percebiam o sofrimento e o risco de morte da mãe, situação evidenciada pela preocupação das crianças com a demora da mãe para chegar em casa, além dos pedidos constantes de separação.

Duas mulheres que têm filhos adultos citam que não receberam o apoio destes para enfrentar a situação de violência e, no caso de *Esmeraldina*, o filho a culpava pela violência que ela sofria.

Sobre o tempo de violência sofrida, os casos estudados tratam de violência crônica na vida das mulheres. Entre os relatos, *Esmeraldina* refere que os episódios de violência apareceram logo no início do relacionamento, com a imposição de controle sobre a sua vida quando ainda trabalhava. *Esmeraldina* seguiu todas as imposições do companheiro e, passados 30 anos, ao buscar ajuda na UBS Brasil, identificou que sofria violência doméstica, o que aconteceu nos últimos três anos. *Alceri* relata que o seu pedido de separação foi o grande disparador das situações de violência, com ameaças e perseguição constantes. *Nilda* sofreu violência perpetrada pelo parceiro por 35 anos. Buscou ajuda na delegacia, e não na UBS, mesmo sabendo do risco que corria ao quebrar a regra da comunidade, que impedia o acionamento da polícia no bairro. *Lúcia* sofreu violência por 17 anos e foi percebendo aos poucos o impacto da violência na vida das crianças, até que colocou o companheiro para fora de casa. Com exceção de *Esmeraldina*, as outras três mulheres já sabiam que sofriam violência.

• As profissionais de saúde

Foram entrevistadas 13 profissionais de saúde atuantes nas quatro UBS: UBS Brasil, UBS Chile, UBS Uruguai e UBS Cuba, responsáveis por prestar assistência às mulheres *Esmeraldina*, *Nilda*, *Alceri* e *Lúcia*, respectivamente. As profissionais de saúde tiveram os seus nomes modificados para garantir o anonimato.

Quadro 7: Perfil das profissionais de saúde da APS, responsáveis pela assistência das mulheres entrevistadas. São Paulo, 2014.

Mulheres	Profissionais	UBS	Sexo	Idade	Profissão	Tempo na UBS	Treinamento/capacitação	NPV
Esmeraldina	Eliza	Brasil	F	51	ACS	14 anos	Não	Não
	Tábata	Brasil	F	33	Médica	5 anos	Não	Não
Nilda	Vivian	Chile	F	37	Assistente social	6 anos	Não	Sim
	Jota	Chile	M	28	Aux. Enf.	5 anos	Não	Não
	Tania	Chile	F	37	Enfermeira	5 anos	Não	Sim
Lúcia	Leontina	Cuba	F	45	ACS	5 anos	Não	Não
	Cássia	Cuba	F	36	Enfermeira	6 anos	Não	Não
	Bia	Cuba	F	27	Assistente social	4 anos	Não	Sim
	Elis	Cuba	F	40	Assistente social	Sem informação	Não	Sim
	Clara	Cuba	F	30	Médica	3 anos	Sim	Não
Alceri	Glete	Uruguai	F	34	Tec. Enfermagem	9 anos	Sim	Não
	Elena	Uruguai	F	66	Aux. Enfermagem	30 anos	Sim	Não
	Liz	Uruguai	F	57	Médica psiquiatra	30 anos	Sim	Não

A assistência nas UBS é prestada, majoritariamente, por mulheres com idade similar à das usuárias entrevistadas, por isso, optou-se nesta tese em trabalhar a expressão ‘as profissionais⁸’. Quase a totalidade das profissionais tem formação superior, exceto três profissionais: duas agentes comunitárias de saúde, uma técnica de enfermagem e uma

⁸ Optou-se, neste estudo, por usar a expressão ‘as profissionais’ pelo fato de a maioria da amostra de profissionais de saúde ser composta de mulheres.

auxiliar de enfermagem. O único homem da pesquisa, um auxiliar de enfermagem, já tinha formação superior, porém atuava como auxiliar de enfermagem na UBS.

Em relação à capacitação, as profissionais da UBS Uruguai referem que o tema da violência doméstica de gênero na saúde é considerado uma questão importante no serviço em que trabalham e que, constantemente, há supervisão do tema e discussão dos casos para que a violência seja identificada durante a assistência nas consultas ou nos atendimentos de demanda espontânea.

A enfermeira *Cássia* se aproximou da assistência às mulheres em situação de violência quando, durante a graduação e o aprimoramento, estagiava no CSEButantã e no Confad. Essa profissional, apesar do olhar apurado para a situação da violência de gênero, tem a sua formação marcada pela perspectiva Marxista e suas reflexões buscam diálogo especialmente com a Determinação Social do Processo Saúde Doença e com a dinâmica de luta de classes na sociedade.

Clara, médica de família e comunidade da UBS Cuba, teve formação durante a residência, quando participou por um mês no Confad, no CSEButantã, e esse é o conhecimento que embasa a sua prática cotidiana no que se refere a visibilizar e atender os casos de violência. A médica de família *Tábata* fez residência em saúde da família e refere que teve apenas uma aula sobre violência sexual e como deveria ser a abordagem nesses casos. Apesar disso, refere não sentir falta do conhecimento em gênero em sua prática cotidiana.

Dentre as outras profissionais, a busca por capacitação ocorreu por conta própria, por reconhecerem a importância do tema na saúde. As profissionais que compunham o NPV referiram que não haviam recebido treinamento para o trabalho com violência e consideravam as reuniões mensais da Rede de Paz da Supervisão de suas regiões como o momento para aprender e discutir o trabalho e os fluxos assistenciais.

• Os prontuários-família das mulheres

Quadro 8: Registros sobre a situação de violência nos prontuários-família das mulheres entrevistadas, usuárias da UBS. São Paulo, 2014.

Mulheres	Uso do serviço	Tipo de atendimento	Uso/ano	Registro	Profissional	Tempo do registro da violência
<i>Esmeraldina</i>	6 anos	Psicologia e Psiquiatria	3x em 2008	Sim	Psicóloga	3 anos
<i>Nilda</i>	2 anos	S. Mulher	4x/ano (+/-)	Não	Não consta	Não consta
<i>Alceri</i>	> 7 anos	S. Mental/ S. Mulher	6x/ano (+/-)	Sim	Saúde Mental	2 anos
<i>Lúcia</i>	9 anos	Demanda Espontânea	7x/ano (+/-)	Sim	VD c/ Assistente Social	4 anos

As demandas das mulheres nas UBS se relacionam a questões de saúde da mulher, saúde mental e assistência clínica. O uso dos serviços mostrou-se intenso pelas mulheres, numa média de 5,4 consultas por ano, superior à média municipal, que foi de 1,70 na rede básica de saúde no ano de 2011, independentemente do sexo (Mendes; Osiano, 2012).

A situação de violência demorou para aparecer nos prontuários, e o registro está presente apenas para *Esmeraldina*, *Lúcia* e *Alceri*. O caso de *Nilda* chegou à UBS em 2012, foi notificado pelo NPV, discutido pela equipe, porém, sem informação alguma em prontuário, nem mesmo sobre as condutas definidas pela equipe após as reuniões de planejamento assistencial envolvendo a questão da violência doméstica. Esse caso chegou à UBS quando *Nilda* levou o seu filho adolescente para atendimento. Ele foi atendido pelo *auxiliar de enfermagem Jota*, pois o adolescente queria ser atendido por um homem. Durante o atendimento, o adolescente narra o uso de drogas, a saída de casa por exigência do pai para morar com uma travesti, e a prostituição. A partir do acesso a essas informações, a equipe de saúde vai até a casa da família, que não é coberta pela ESF, e passa a oferecer assistência a todos para criar vínculo e melhor conhecer a família. Para a equipe de saúde da UBS, o caso é muito grave, pois a violência é estruturante na família, principalmente pela presença das crianças que também sofrem violência.

No caso de *Lúcia*, a violência foi revelada em prontuário em 2008, durante uma consulta médica, e a conduta foi encaminhá-la para a psicóloga da UBS. Após esse

registro inicial, não há outros informando se a usuária realmente foi atendida pela psicóloga ou se alguma outra conduta foi tomada. A violência volta a ser registrada em 2010, deslocada do registro anterior. Ele foi registrado pela assistente social *Bia* durante uma visita realizada na casa de *Lúcia*, quando a casa da família havia sofrido com a enchente no bairro e eles tinham perdido muitas coisas, além da presença de quatro crianças pequenas para ser cuidadas.

No caso de *Alceri*, a violência apareceu no prontuário em 2009, durante o atendimento com a psiquiatra, e a conduta correspondente foi a prescrição de antidepressivos. Em 2010, aparece novamente o registro da violência, com relatos de ameaças de morte pelo ex-companheiro, e *Alceri* é encaminhada ao ambulatório especializado em violência doméstica da unidade, mas não comparece. Apenas em 2012 ela é novamente encaminhada para o ambulatório de violência do serviço. No prontuário de *Alceri* as ameaças são escritas entre aspas, que pode significar destaque ou informação a ser averiguada posteriormente, como uma possível dúvida sobre a veracidade da informação.

Quadro 9: As profissionais de saúde que registraram a situação de violência nos prontuários-família. São Paulo, 2014.

Mulheres	UBS	Profissionais que prestaram atendimento
<i>Esmeraldina</i>	Brasil	ACS e médica
<i>Nilda</i>	Chile	Enfermeira, assistente Social e auxiliar de enfermagem
<i>Alceri</i>	Uruguai	Auxiliar de Enfermagem, técnica de enfermagem e psiquiatra
<i>Lúcia</i>	Brasil	ACS, enfermeira, médica e duas assistentes sociais

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE GÊNERO E DIREITOS HUMANOS

Esta pesquisa parte do estudo de quatro casos de mulheres em situação de violência doméstica de gênero já identificados e manejados pelas profissionais de saúde nas UBS. A partir da identificação e trabalho dos casos serão discutidas neste capítulo as representações sociais de gênero e direitos humanos tanto das mulheres quanto das profissionais das UBS responsáveis pela assistência dessas mulheres, de modo a compreender se os referenciais de gênero e de direitos humanos superam a recusa da violência como um problema da saúde e da APS.

Para melhor apresentar os resultados, eles foram organizados em quatro categorias, que são: o direito à saúde, a perspectiva de gênero, as desigualdades de raça e classe social e a visibilidade da violência de gênero. As quatro categorias serão discutidas a partir da análise das entrevistas tanto das mulheres quanto das profissionais de saúde, assim como dos registros em prontuário.

Direito à saúde

As mulheres

As mulheres compreendem o que é saúde e quais os meios para mantê-la de maneiras diferentes entre elas mesmas. Para *Nilda*, saúde é a ausência de dor ou de doença e, particularmente, a sua garantia se dá pelo acesso a consultas, medicações e equipamentos. Ela chama atenção, em sua entrevista, para duas experiências com o serviço de saúde: a retirada de medicação para o filho no Centro de Assistência Psicossocial (CAPS) e o atendimento médico em um Pronto Socorro (PS) da região quando sofreu a violência perpetrada pelo companheiro. Para *Nilda*, os serviços de saúde devem ser buscados quando há dores ou doenças e, aparentemente, ela compreende a

saúde como acesso à assistência médica. *Nilda* fala pouco sobre o uso da UBS, e lembra de tê-la utilizado especificamente para o acesso à esterilização tubária. O uso da UBS é também realizado para pesar e medir as crianças para ter acesso ao Programa Bolsa Família, mas *Nilda* percebe essa atenção como burocrática e, por valorizar pouco o atendimento, a filha mais velha é que fica responsável por levar os irmãos ao posto.

Nilda reclama na entrevista do mau atendimento recebido no PS da região, por não ter sido examinada, ou “olhada” pelo médico de plantão. A reclamação parece não se relacionar especificamente com a falta de abordagem do profissional acerca da violência sofrida por ela, mas sim ao que ela considerou má qualidade da assistência recebida: o atendimento rápido e pouco atencioso.

Ele tinha me dado um tapa na orelha, tinha machucado o nariz aqui assim... os braços todos roxos. Aí tava tudo aqueles roxão, foi o mesmo que nada fia ... com aquela dor. Aí passei no PS aqui da região..., mas foi o mesmo que nada também. O médico nem olhou... nem pegou assim... falou – está bom, está liberada, pode ir embora, tá tudo bem. Eles olha com uma pressa. Não me examinou nada.... Eu falei – nossa! Meu Deus, se estivesse morrendo ia ficar por isso mesmo. Não é fácil (Nilda).

Fica difícil imaginar, nesse contexto, alguma abordagem da assistência do PS à condição da violência, já que ela não percebeu cuidado ou interesse nem pela queixa aguda e também não tinha qualquer expectativa a esse respeito.

Esmeraldina fez uso de plano privado de saúde na maior parte de sua vida e, recentemente, passou a usar a UBS, após ter sido excluída do convênio pelo marido. Apesar de usar a UBS, refere que a saúde é a grande responsável por seus gastos mensais, já que utiliza também o setor privado. *Esmeraldina* tem muitas desconfianças com a possibilidade de ter acesso a um cuidado de qualidade no SUS, especialmente nas situações de maior complexidade como a dela, que tem um problema cardíaco. Essa concepção vem em parte de seu uso de planos de saúde e em parte das respostas recebidas no próprio SUS. A médica da UBS que frequenta teria aconselhado especificamente *Esmeraldina* a buscar serviço privado, sob pena de morrer:

(...) aliás, gasto quase tudo com saúde e para pagar... assim... eu estou devendo em um banco aí eu tiro, faço empréstimo em outro para pagar esse.... É sempre assim. UBS lá...a gente fala SUS... SUS.... E....eu ia te falar, que ele proibiu de usar o ‘coisa’ (plano de saúde) lá... quando...

chegou um ponto que elas perceberam que eu estava ruim mesmo (a UBS), que elas falaram assim, a médica, Dra. TÁbata, - olha, vai... vai ao cardiologista..., eu nem imaginava... – vai ao cardiologista fazer uns exames, mas não vai pelo SUS, não, que vai demorar um ano e meio, se tiver alguma coisa você pode morrer, e dito e feito, eu teria morrido mesmo (...) (Esmeraldina).

Esmeraldina e o marido têm curso superior e trabalham em profissões bem estabelecidas. Fazem parte da camada média da população brasileira. Para ela, o uso do SUS é algo que deveria ser reservado às camadas mais pobres da população, e a necessidade de usar o SUS foi sentida por ela como a perda de um direito e uma humilhação. Witt (1967) afirma existir interferência nas práticas de saúde executadas a partir das condições sociais da população e dos profissionais de saúde, afirmando que a condição social do usuário modifica o comportamento dos profissionais de saúde em relação aos pacientes. Talvez o fato de tanto a médica quanto a paciente fazerem parte da camada média tenha influenciado a orientação da possibilidade de buscar os exames e tratamento necessário no setor privado. Registre-se que a UBS acaba por reforçar a ideia primeira da *Esmeraldina* de que o SUS não é um direito para todos, mas a perda de privilégios e uma humilhação.

Apesar da diferença de classe social entre *Esmeraldina* e *Nilda*, é possível aproximá-las pela compreensão similar sobre a saúde, já que, para ambas, a saúde se refere ao acesso a equipamentos e consultas, ou seja, assistência em saúde. Saúde para as duas está mais próximo de consumo de serviços, privados para *Esmeraldina* e públicos para *Nilda*, do que de um direito (Fleury, 2009).

Lúcia e *Alceri* têm uma compreensão diferente sobre saúde, construída, provavelmente, pelas boas experiências vivenciadas nas UBS que utilizam. Tanto na UBS Uruguai como na UBS Cuba, as profissionais de saúde valorizam a compreensão mais ampliada da saúde como um direito, que envolve o bem-estar e a qualidade de vida (Pacheco-Filho; Garbin, 2010). O uso continuado destas UBS por *Lúcia* e *Alceri*, com uma intensidade diferente da de *Nilda* e *Esmeraldina*, parece ter influenciado outra representação do que seja saúde e o cuidado à saúde, como mostrado na fala de ambas:

Na verdade a minha ajuda veio daqui, de tudo. Desde quando coloquei o DIU, que mandei tirar, que eu achei que era o DIU que estava me danificando... que eu tive hemorragia de 15 dias... que eu entrei em depressão em seguida. E o posto de saúde sempre está me acolhendo... me leva para a salinha e conversa, conversa sobre meus filhos,

conversa sobre mim... me orienta. Outro lugar, todos os lugares que eu vou.... o pessoal dá chá de canseira (Alceri).

(...) porque assim, elas não se preocupam só com a sua saúde... assim... só quando você está doente. Elas se preocupam com a sua pessoa, como você está vivendo, elas se preocuparam bastante comigo. Queriam me ver bem de qualquer jeito (Lúcia).

Note-se como o cuidado à saúde nas UBS é compreendido de uma forma mais próxima da integralidade prevista pelo SUS e é valorizado pelas mulheres como algo importante, tornando a concepção de saúde mais ampliada do que focada apenas nas doenças. Elas também relatam que nem todos os equipamentos de saúde trabalham dessa forma, valorizando ainda mais a UBS como um local de apoio integral a elas.

As experiências assistenciais vivenciadas pelas mulheres nos serviços de APS permitem modificar as representações sociais das mulheres sobre a saúde, como mostrado nas narrativas de *Alceri e Lúcia*, quando falam da saúde como a busca do bem-estar de ambas, em contrapartida das representações de *Esmeraldina e Nilda*, que pouco usam os serviços da APS e reproduzem a lógica de saúde como acesso a serviços e equipamentos. No entanto, o direito à saúde, pilar do SUS, não aparece nos discursos como algo que deva ser garantido como parte da cidadania.

As profissionais de saúde

A maioria das profissionais de saúde compreende a saúde em seu conceito ampliado, como dependente do acesso a outros direitos sociais, como moradia, trabalho, educação, alimentação, e não apenas como ausência de doença ou acesso à assistência médica.

Não dá pra pensar a saúde de uma forma isolada. A gente tem que pensar tudo junto: educação, os próprios direitos, e condição mínima financeira, por exemplo (Tábata, médica).

(...) ah, porque uma pessoa que tem acesso aos direitos sociais, aos direitos humanos de uma forma geral ela tem uma fala mais fortalecida, ela não precisa tanto... ela não tem tantos... eh... não tem tanta doença assim... no sentido... ela não... não sei como posso dizer (...) (Bia, assistente social).

É, é uma coisa interessante, assim, porque geralmente quando se fala em saúde, muita gente vê muito saúde física, e [é] exatamente isso: a saúde física ela é uma parte da outra parte da saúde, que é a saúde emocional, que é a saúde do contexto de vida social que a pessoa tem. Então acho que tá muito ligado uma coisa a outra, porque a saúde básica ela começa no bem-estar, na qualidade de vida, na inserção que o indivíduo tá na sociedade, pra ele ter saúde realmente. A saúde física é uma consequência disso. Se ela não tá inserida num ambiente onde ela possa ter uma vida de qualidade exatamente, vai refletir muito na saúde física. Mas é uma coisa que é muito ambígua. Assim, eu não vejo que ainda todo mundo vê isso como pontos importantes de um com outro, direito de saúde muito com direitos sociais, mas é uma coisa que deveria ter mais visibilidade pra sociedade em si. Acho que não é muito bem visto também (Jota, técnica de enfermagem).

Ah, sim, sim, a própria saúde é um direito, né... sim, por exemplo, vamos lá... oh... por exemplo, não tem direito a habitação, a pessoa não tem acesso a uma habitação, mora em um lugar super precário, provisório. As condições de saúde dela serão completamente prejudicadas, né. Ela vai chegar com problemas respiratórios se a casa for de madeira, que está toda encharcada pela chuva. Ou não tem iluminação nenhuma porque é um barraquinho fechado, né. Direitos trabalhistas. Uma pessoa que faz mais de 8 horas de jornada de trabalho, né, que não recebe um 13º, que não tem nenhuma... nenhuma seguridade, uma segurança no trabalho, não tem benefícios oriundos do trabalho... o desgaste na vida dela vai se processar de uma determinada forma. E esse desgaste do trabalho na vida no processo saúde – doença... né.... Então assim, hipertensão e diabetes todos tem. Mas uma pessoa que trabalha nessas condições a carga de estresse físico e psíquico dela é muito maior. Então, o adoecimento dela vai ser diferente. Então... direito a transporte. Aqui, por exemplo, nesse bairro aqui a gente tem duas linhas de ônibus, e cada linha de ônibus demora para passar 40 minutos. E saem do ponto final, que é Estação da Luz, lotados. Sair daqui e ir até Estação da Luz em pé, apertado, no mínimo problemas lombares e osteo musculares as pessoas vão ter. Então é assim que eu vejo a relação direta (Cássia, enfermeira).

As falas das profissionais acima apresentam uma compreensão de saúde que relaciona saúde a direitos humanos, sob a perspectiva da justiça social, ou seja, do acesso a direitos como condicionantes para melhorar a vida e diminuir a vulnerabilidade para adoecimentos.

Algumas profissionais referem dificuldade para trabalhar a perspectiva ampliada de saúde, já que percebem seus esforços em cada UBS como minoritários na rede como um todo e na sociedade em geral. Para elas, tanto os serviços como as pacientes parecem funcionar sob a lógica da medicalização e da assistência reduzida ao manejo dos sintomas (Pontes et al., 2009).

Aqui na Unidade a gente tenta fazer isso (integralidade). A gente tenta ver essa parte mais integral da vida, do contexto que essa mulher ou usuário tá inserido, pra poder fazer uma equivalência, realmente, do cuidado. Mas é uma coisa ainda não muito vista. Hoje a saúde tá muito terceirizada, muito na medicalização, muito no cuidado da queixa da dor, mas não vê por trás de tudo isso o que que causa, né? (Glete, técnica de enfermagem).

Na maioria das UBS, as práticas assistenciais executadas tendem a focar apenas o olhar biomédico e clínico dos problemas de saúde e a ignorar os aspectos sociais, econômicos e culturais no processo do cuidar, já que não há tecnologias assistenciais para manejar essas dimensões que dependem de aspectos externos aos serviços e exigiriam uma grande conexão intersetorial (Teles; VanderPlatt, 2010; Grandi et al., 2013). No entanto, a boa prática médica e em saúde trabalha da perspectiva de um tratamento igual para corpos percebidos como também semelhantes (Schraiber, 2012). Qualquer destaque ou tratamento diferenciado seria, assim, percebido como má prática, o que constitui um obstáculo para a incorporação dos marcadores sociais da diferença na assistência à saúde.

A assistente social Bia aponta que o setor saúde deveria fortalecer o movimento social na luta pela manutenção da saúde como direito e apoiar na compreensão de sua complexidade e conexão a outros direitos, chamando atenção para o papel político dos serviços e de sua gestão em cuidar compreendendo os modos de vida e trabalho, assim como as desigualdades como barreiras para o acesso à saúde (Carvalho, 2003).

Acho que precisaria ter uma relação mais forte assim, de colocar isso como uma perspectiva... de ajudar a população na conquista de direitos assim... porque... vejo ainda muitas causas de adoecimento ligadas a condições de vida, de trabalho. Então, muitos casos de problemas, né, ortopédicos, sei lá...na coluna, por conta de situações de trabalho totalmente... né... ainda muito degradantes, que faz uma força física descomunal, que não precisaria, né, já que a gente está em uma sociedade avançada do ponto de vista da tecnologia, mas muitas pessoas ainda não têm acesso a esses benefícios, né, então ainda tem que trabalhar em ocupações muito manuais, que tem muita força física, e acaba provocando adoecimento no corpo. Acho que ainda a saúde precisa fazer esse tipo de denúncia, que ainda muitas pessoas estão submetidas a situações muito degradantes de trabalho, de vida, moram em uma casa sem saneamento, sem nada, com mofo, falta de ventilação... então tudo isso acaba comprometendo a saúde, né? (Bia, assistente social).

A conscientização de que saúde não é só a ausência de doença, mas um direito que depende dos outros direitos sociais contribui para que se apresente a necessidade da luta em prol da garantia dos direitos essenciais para o alcance da saúde (Pacheco-Filho; Garbin, 2010). No entanto, é preciso mais do que isso para um movimento organizado de luta e reivindicação, já que a luta pelos direitos se dá majoritariamente fora dos serviços de saúde.

As perspectivas de gênero

Gênero, raça e classe social compõem o conceito da interseccionalidade e são interdependentes. Optou-se por separar a discussão em dois blocos: um específico para gênero e outro para raça e classe social. Esta opção analítica visa ressaltar aspectos dos diferentes marcadores de desigualdade social, especialmente no que se refere às questões de classe e raça. Esses marcadores atravessam a sociedade brasileira, marcam as condições desiguais no acesso a direitos e, mesmo assim, apesar da compreensão ampliada de saúde, estes estão pouco visíveis nos serviços de saúde, reproduzindo práticas assistenciais distanciadas da integralidade e da equidade.

As mulheres

As mulheres entrevistadas têm representações sociais de gênero marcadas pela ordem social tradicional, ou seja, falam das mulheres como calmas, compreensivas, tolerantes, submissas, enquanto os homens são considerados brutos, autoritários e incontroláveis, por sua “natureza”, como narrado por *Esmeraldina*, que diz que o homem é, no fundo, “um bicho”. Essas representações foram aprendidas na família e na escola e, muitas vezes, confirmadas por suas próprias experiências.

É porquê... as mulher são mais calmas, elas sabem conversar com as pessoas, elas entendem o ponto de vista das pessoas. Os homens eles acham que a gente é... eh... igual a eles, e são mais brutos, querem

resolver à maneira deles.... Ah, o direito da gente de ir e vir tem que ser igual, porque a gente trabalha, a gente conquista, a gente luta do lado deles, tudo (Alceri).

O homem é autoritário, né... quer saber de tudo, mandar em tudo... que só ele pode fazer tudo. Agora a mulher não, a mulher é mais submissa, né? Concorde com a maioria das coisas. As coisas tão mudando. A minha vizinha é eletricista, e ela é mulher.... Antes era só homem né? Que podia fazer esse serviço, presidente, né, que hoje em dia tem a presidenta. Antigamente só os homens podiam se eleger, né. Esses cargos assim políticos (...) (Lúcia).

Infelizmente aprendi no colégio uma coisa... não de marido, porque não se falava de homem no colégio... tanto que eu tinha um certo medo de homem, sabe? Mas a minha madrinha... sempre falava o homem era um bicho no fundo... achava que ele era uma autoridade” “Eu acho, que tem os mesmos [homens e mulheres]. Mas a gente briga muito, porque a gente vê que não é assim, né”. Eles acham que o lugar da gente é na casa. Sabe, na cozinha. E..., mas eu nunca tinha questionado essas coisas (Esmeraldina).

P: E você acha que os homens e mulheres tem os mesmos direitos? R: ah...não sei explicar direito... não, né? Acho que sim, né... ah, não sei... para mim foi sempre meio difícil, não sei para as mulheres, para quem trabalha... as minhas filhas... elas levam a vida delas melhor, né, porque elas trabalham, não dependem só do marido... apesar que o marido também trabalha, ganha bem, faz a compra, não falta nada para os filhos. Eu tenho dois netos. Eles vivem a vida assim normal, graças a Deus. Só que ela não gosta de depender do marido, né, o que é dele é tudo dela, ela mesma compra as coisinhas que ela gosta... é assim... mas ele também ajuda, né, assim já é bom, né? (Nilda).

Ao mesmo tempo que reconhecem os padrões tradicionais de gênero, as mulheres percebem as mudanças e as tensões existentes e valorizam as transformações recentes no sentido da igualdade de direitos e da independência econômica. *Alceri* compreende que há desigualdades no cotidiano ao dizer que o direito de ir e vir deveria ser igual, mas que ainda o lugar determinado às mulheres é dentro de casa, na cozinha. *Esmeraldina*, além da vivência sob a opressão de gênero, foi educada pela madrinha sob a perspectiva de que o homem é autoridade e não pode ser questionado. Essa construção desigual é fundamentada em elementos históricos, culturais, religiosos e psicológicos, justificados pela condição biológica das mulheres como mais fracas e, conseqüentemente, apoia os diversos níveis de subordinação e opressão a que são submetidas socialmente (Carneiro, 1994).

As mulheres reconhecem as desigualdades e lutam para combatê-las, como aparece no relato de *Alceri*, que diz lutar para sobreviver lado a lado com os homens e precisa ter

os mesmos direitos. *Esmeraldina* diz que se fala muito sobre a igualdade entre homens e mulheres, mas, na prática, isso não existe e é preciso lutar diariamente por ela. *Lúcia* usa o exemplo de mulheres que hoje ocupam cargos que antes eram exclusivos dos homens, como ser presidenta da República. *Nilda* vê em suas filhas uma vida diferenciada, por não aceitarem a dependência financeira dos companheiros. As mulheres são singulares e, dentro de cada contexto, estão alerta sobre como as situações de opressão vividas nas relações lhes fazem mal, mas também reconhecem as próprias lutas cotidianas para superá-las (Camurça, 2007). A ocupação por mulheres em cargos antes ocupados apenas por homens, como a presidência da República, mostrou-se importante por contribuir em modificar as representações sociais de gênero das participantes na pesquisa e pode contribuir para a superação dos lugares impostos às mulheres (Araújo, 2011).

As profissionais de saúde

As profissionais de saúde reconhecem que há desigualdades de gênero na sociedade e as exemplificam com as diferentes ocupações de trabalho entre os homens e as mulheres. Para a *médica Clara*, os homens estão em locais de produção e com menor risco de adoecimento pelo trabalho, diferentemente das mulheres, que estão inseridas em espaços de trabalho pouco valorizados e pouco produtivos na sociedade, com consequente acesso salarial desigual.

A *enfermeira Cássia*, as *assistentes sociais Elis e Bia*, e a *técnica de enfermagem Glete* falam da cobrança social sobre as mulheres, principalmente pela maternidade e pela contracepção como responsabilidades exclusivas e obrigatórias.

Então, acho que o papel da mulher ainda é muito focado no cuidado, né, uma coisa bem... de achar que a mulher é sensível, amorosa, que ela que tem que dar conta de tudo, né, e ela... ao mesmo tempo ela é frágil, então ela depende de um homem para ajudar, para... ela nunca... não... e a mulher independente que fala que não quer ter filhos... que não quer casar... ainda acho que é mal vista, pelo menos é vista com estranheza, pelo menos com a questão dos filhos... Quando a mulher fala – não quero ter filhos, de jeito nenhum é visto como que ela não é mulher, ela não tem esse sentimento materno... Acho que é muito focado nisso, na questão biológica de ser mãe acaba indo para a vida social, de achar que aquilo que determina a mulher, o que ela quer de fato para vida dela (Bia, assistente social)

Eu achei até interessante, eu ouvi outro dia uma reportagem exatamente sobre o aborto. Quando é a mulher que quer abortar ela é vista muito como que ela não presta, que ela é vagabunda. É outra... É vista pela sociedade assim, muito mais “analisada”. O homem que não tá nem aí, que não quer assumir a criança, tanto faz. Então aí é o ponto que a gente vê grandemente a diferença, uma diferença muito... (Glete, técnica de enfermagem)

As profissionais de saúde falam sobre as desigualdades de gênero que elas sofrem principalmente nos espaços públicos, espaços de arena social, liberdade e independência, operados sob um imaginário social que naturaliza as tarefas de cuidado e domésticas como próprias das mulheres (Santana et al., 2013; Costa, 2013; Ávila, 2013; Rua; Abramovay, 2000). Ainda no espaço público é que são percebidas por elas as pequenas mudanças nas relações de gênero, porém, a temática foi pouco abordada no espaço doméstico, diferentemente dos relatos das pacientes. Uma razão para isso pode ser a peculiaridade de a camada média e alta brasileira delegar o trabalho doméstico em grande parte a outras mulheres, diminuindo assim a tensão e a percepção do problema da divisão desigual do trabalho doméstico entre homens e mulheres.

A *enfermeira Tania* reconhece as desigualdades de gênero, mas identifica mudanças e localiza no acesso ao voto e no poder político pelas mulheres os avanços:

(...) ela se sente mais cobrada... a cobrança é maior, muito maior. Muito maior... R: teve, não, teve mudanças... teve. Mas eu não..., mas eu... consigo ver algumas mudanças boas, em relação a voto, em relação a falar, ser ouvida, né... essa coisa de exercer cargos que antes nem se sonhava uma mulher no poder, essas coisas são importantes, né? (Tania, enfermeira).

Tanto a *enfermeira Tania* como a usuária *Lúcia* trouxeram a condição de uma mulher na presidência do Brasil como importante marca de mudança nas representações sociais acerca do lugar da mulher na esfera social, e que influencia a sociedade em todas as áreas (Souza, 2013).

Apenas a *ACS Eliza*, a *auxiliar de enfermagem Elena* e a *médica Liz* utilizam de suas vivências pessoais para falar das desigualdades de gênero na sociedade, que identificam como fortemente reproduzidas pela cultura e pela educação. A *ACS Eliza* foi

educada num contexto tradicional de gênero, mas procura não reproduzir a desigualdade na criação de seu filho e, assim, transformar um problema que vê com crítica.

Eu acho que nessa vivência os papéis foram mudando, né? Minha mãe me teve com 42 anos, então realmente a minha educação foi diferenciada, e sempre mostrando que o homem pode mais, tá? Então, assim, eu lembro de falas do tipo: “O homem lavou, tá limpo!” Então eu sempre brinco muito na minha equipe com isso. Olha, no dia a dia o que eu mais escuto falar? Que o salário da mulher é diferente, a mulher da raça... que a raça negra é diferente, então eu tento tomar muito cuidado com isso, e não passo isso por meu filho. Eu tento mostrar que ele não é inferior, mas que ele também tem que estar preparado pro mercado, pra poder sanar essas diferenças, né? (Eliza, ACS).

A *auxiliar de enfermagem Elena* identifica a desigualdade de gênero no processo de formação das crianças enquanto sujeitos por meio da descoberta da sexualidade, quando as meninas são podadas de conhecer o próprio corpo. *Elena* refere que, mesmo identificando as desigualdades, a questão de gênero está tão impregnada no cotidiano da vida, que ela diz ter dificuldade em comprar as roupas para os seus netos sem seguir o padrão das cores, ou seja, rosa para as meninas e azul para os meninos.

Na mulher, se espera que ela não mostre interesse nenhum. Até ela estar bem grande (bem, bem grande!), se espera que ele não tenha interesse sexual. A gente começa a castrar. Mesmo que ela não bote a mão lá, né, não se masturbe – que ela tem que fazer muito escondido, muito mais escondido que o menino – não se espera que ela tenha sexualidade. É feio! Mas é tão marcado! Eu não consegui comprar roupa pras minhas netas neutra. É tudo lilás ou rosa! Ou azul. E se você der azul... Eu mesmo dizia: “Ah, eu quero dar azul, mas vai ficar tão esquisito!” Vão dizer: “É um menino?” Ela é careca. E eu dizia: “Vence isso!” Mas eu não consegui vencer! Eu não dei nada azul pras minhas netas na idade em que elas eram careca. Hoje eu daria, mas carequinha vão chamar de menino. “Será que a mãe vai se incomodar?” Olha que absurdo isso, né? (Elena, auxiliar de enfermagem).

Essa fala de *Elena* é muito importante para mostrar como a moral social é parte da vida concreta e se expressa em costumes, hábitos e valores, cobrando das pessoas comportamentos que são seguidos como estratégia de aceitação:

Estes (costumes, valores e hábitos) podem, eventualmente, determinar que uma pessoa pode ser moral (segue os costumes até por conveniência), mas não necessariamente ética (obedecendo a convicções e princípios) (Boff, 2003: 37).

Elena sabe o peso da desigualdade de gênero, mas também reconhece a moral social e como a sua cobrança é intensa a ponto de ter dificuldade de adotar uma postura que considera ética.

Já a *médica Liz* diz nunca ter sofrido na vida por ser mulher e, assim, para ela, a condição de submissão aos homens parece ser uma sujeição das mulheres atendidas no serviço de saúde.

Não, na minha prática eu não vejo. É... Assim, eu não me lembro de ter sofrido na pele nenhum prejuízo por ser mulher. É... Pode ser que eu não tenha reparado, mas do que eu reparei eu não sofri.... Então, eu não sinto muito isso na pele. E vejo, né? Vejo.... Então, no meu cotidiano de trabalho, nas mulheres que se submetem ou que se sujeitam às figuras masculinas da sua vida... Assédios de patrões... obviamente violência de marido ou de filho, né? (Liz, médica).

Liz está numa profissão com grande destaque social e pertence a uma camada social com mais privilégios. Talvez pela diferença de classe não reconheça a opressão de gênero que percebe em suas pacientes como comum a ela, o que faz com que nem identifique a própria subordinação. Torna-se também mais difícil reconhecer e advogar pelos direitos das pacientes quando, para ela, a subordinação é vista como praticamente uma escolha.

Tanto as mulheres como as profissionais de saúde foram criadas sob as normas tradicionais de gênero, e a maioria identifica as desigualdades de gênero na sociedade e em suas vidas. As mulheres tendem a ser críticas com esta condição e a maioria delas almeja direitos iguais e mudanças sociais, valorando negativamente os estereótipos tradicionais de gênero, ainda que, muitas vezes, os vivenciem e atuem conforme eles. A participação de mulheres em postos de poder é reconhecida por ambos os grupos como de grande poder simbólico e material no sentido de mudanças da situação. Outro marco é a maior participação das mulheres no mercado de trabalho, o que, segundo algumas delas, favorece a possibilidade de uma maior autonomia feminina.

De maneira geral, as mulheres e as profissionais de saúde estão atentas à questão de gênero, ainda que as mulheres falem mais do espaço do cotidiano da vida doméstica e as profissionais das desigualdades nos espaços públicos. As profissionais tendem a valorizar o trabalho no espaço público como a grande saída para a opressão de gênero, tendendo a se diferenciar das mulheres usuárias, vistas como presas ao lar e economicamente dependentes em sua maioria, ainda que essa imagem possa, eventualmente, não corresponder à realidade, ou estar influenciada pelo perfil das

mulheres usuárias, predominantemente com os horários mais flexíveis e que podem frequentar a UBS em horário comercial. Nesse sentido, diferenciam-se das usuárias e tendem a ter dificuldade de reconhecer a própria opressão e de firmar alianças de gênero no interior dos serviços.

A ACS Leontina afirma perceber as diferenças de gênero na vida das mulheres do território da UBS ao narrar que o trabalho da casa é delas, e que os homens nem mesmo levam a toalha para o banheiro. Apesar desse reconhecimento, ela não percebe grande desigualdade de poder, já que reitera as responsabilidades específicas como o cuidado da casa e dos filhos para as mulheres, e o provimento alimentar da família pelos homens.

Acho que os usuários que a gente conhece a maioria das mulheres trabalham fora, elas chegam, elas fazem a janta, elas limpam, elas lavam... põe a máquina para funcionar, e o homem chega do trabalho e senta para jantar. O máximo que ele faz é tomar o banho dele... muitas vezes até a toalha a mulher tem que encontrar Acho... por mais que a gente queira mudar tem certas coisas que é difícil... porque existem algumas diferenças. O homem... eu acredito que o homem tem por obrigação ser o provedor da casa, por mais que hoje exista a mulher que trabalha, e o homem fica em casa, para mim, na minha opinião, não é o correto. O correto é o homem ser o provedor, a não ser que tenha algum problema, que tenha algum problema de saúde e é necessário mudar as funções. Assim como a mulher ela é a principal no cuidado dos filhos, a não ser que tenha algum problema e tenha que ser o pai. Mas acho que existem funções que a mulher no cuidado dos filhos..., trocar, para cuidar, é uma coisa assim... mesmo que o homem faça não é como uma mulher. E ser o provedor da casa é uma função do homem, historicamente o homem traz alimento para casa. Então quase igual por causa disso, né? Mas eu não discrimino se tiver... se trocarem os papéis (...) (Leontina, ACS).

As desigualdades de raça e classe social

Apesar de a saúde ser um direito universal no país, o acesso da população a ela não é igualitário. A população negra e pobre adoece mais precocemente em decorrência da violência urbana, das doenças não transmissíveis e da desigualdade social e acessam menos, e sob menor qualidade, os serviços de saúde quando comparado à população branca, que, na maioria das vezes, tem maior escolaridade, emprego com registro em

carteira e acessam com mais frequência os serviços de saúde (Marmot, 2016; Travassos et al., 2002).

Nos prontuários analisados, a condição socioeconômica é perguntada como renda e escolaridade e aparece na ficha de identificação preenchida na matrícula dos usuários em todas as UBS. Apenas na UBS Uruguai a ficha é atualizada a cada três anos. A cor da pele também compõe a ficha cadastral de todos os serviços, mas estava preenchida apenas para duas usuárias, *Alceri e Lúcia*, usuárias das UBS Uruguai e Cuba, respectivamente. Essas informações, aparentemente, pouco são utilizadas para mediar a avaliação das situações de vulnerabilidade das usuárias e seus familiares ou subsidiar intervenções assistenciais por parte das profissionais de saúde.

As mulheres não abordam esses marcadores espontaneamente nas entrevistas, tampouco perguntamos ativamente. A *enfermeira Cássia* foi a única profissional que durante a entrevista citou a questão da raça e da classe social como importantes para analisar as condições de desigualdade e de qualidade de vida e de saúde das mulheres atendidas.

Eu na verdade... engraçado, né, eu tenho uma forma de ver que na verdade tanto a questão de gênero quanto a questão de raça e etnia... elas... isso fica claro para mim que estou aqui na atenção primária. Elas ainda são... subsumidas, subjugadas às questões de classe social. Porque embora a gente tenha questões de gênero em todas as classes, nas classes mais excluídas algumas questões elas são mais agudas. Te dar um exemplo: uma mulher, por exemplo, que sofre violência, né? Se ela sofre violência e ela é de uma classe mais excluída, sem uma rede de apoio, ela não tem para onde fugir. Às vezes uma mulher que sofre violência e é de uma classe mais incluída, ela vai para a casa dos pais, ou ela tem um outro apartamento, ela vai para lá. Então, o processo de saúde, de doença das mulheres, elas ainda... mesmo sendo mulheres tem uma questão de classe social anterior a isso, que vai fazer com que uma situação tão grave... a violência ou qualquer outra questão, ela seja muito pior em uma classe mais excluída. Então eu vejo que na minha... eu vejo aqui na prática, né, que essa questão, essas diferenças, elas ainda estão subjugadas às questões de classe (Cássia, enfermeira).

Esta profissional tem a sua formação marcada pela perspectiva Marxista e suas reflexões buscam diálogo especialmente com a Determinação Social do Processo Saúde Doença e com a dinâmica de luta de classes na sociedade.

A profissional destaca classe social como o elemento mais importante na saúde, por compreender que esta modula raça e gênero. No entanto, difere do conceito da

interseccionalidade por considerar que há um elemento sempre mais importante entre os três eixos. Segundo Crenshaw (2002):

A interseccionalidade é uma conceituação do problema que buscar capturar as consequências estruturais e dinâmicas da interação entre dois ou mais eixos de subordinação. Ela trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcado, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras (Crenshaw, 2002: 177).

Muitas profissionais citam a condição de pobreza de seus pacientes como um determinante importante para a saúde, o que não pode ser confundido com classe social. Enquanto pobreza significa a falta de acesso a condições mínimas para a subsistência, condição criada pelo capitalismo e que mantém desigualdades, classe social é um conceito relacional, que busca mostrar como os indivíduos e os grupos sociais são diferentes entre si na sociedade, e ocupam lugares diferenciados.

A pobreza é compreendida pelas profissionais como uma barreira ao direito à saúde, por dificultar o acesso a outros direitos, base para ter saúde. A condição de pobreza é reconhecida como a principal barreira para o desenvolvimento da vida e a garantia de acessos (Lovell, 1995).

Acho que é um contexto social muito horrível onde eles convivem, eles vivem... é um lugar esquecido mesmo, é esquecido... Lá as pessoas tem uma posição de... 'neandertal' você percebe... que as pessoas tem uma característica bem 'neandertal'... às vezes eu falo assim... pré histórica, por uma questão mesmo de convívio, sabe... as pessoas xingam, se digladiam, se... se fazem justiça no próprio local, se... não tem encanamento... não tem... sabe... os recursos são muito precários... a higienização é precária. Sonho as pessoas não sabem, é nesse sentido que eu falo, não desmerecendo, porque eu gosto muito das pessoas de lá... e aí eu sempre estou lá também, visitando as famílias de lá... então... mas eu vejo... assim... estou dentro de uma cidade que foi esquecida no mundo, e está ali (...) (Equador, auxiliar de enfermagem).

Mas a pobreza também pode ser compreendida como uma exclusão da condição de cidadania. A representação social do *auxiliar de enfermagem Jota* sobre a população pobre do território é a de que está abandonada pelo Estado e se aliena e se distancia do mundo, e então assume posturas específicas de comunicação e interação inteligíveis

apenas entre si. Para além do distanciamento do mundo, a pobreza das pacientes as distancia das profissionais de saúde, principalmente aquelas com graduação completa, ainda que sejam mulheres, e essa distância as tornariam parte de culturas distintas, com poucos pontos em comum, dificultando a comunicação e a empatia e favorecendo atitudes prescritivas e moralizantes. O reconhecimento da identidade de gênero entre mulheres e profissionais não é imediato, e o saber distinto pode aumentar a diferença, como mostrado por d'Oliveira e Schraiber (1999), ao estudarem a assistência ofertada pelas profissionais às mulheres em grupos de saúde reprodutiva:

De um lado, estão mulheres 'da instituição', que falam um discurso legitimado socialmente, mulheres competentes publicamente, que falam a 'verdade' científica; de outro, estão as usuárias, as que 'não sabem' e por isso, buscam respostas para seus problemas com quem 'sabe' (d'Oliveira, Schraiber, 1999: 344).

Visibilidade da violência de gênero

As mulheres

As mulheres reconhecem a situação de violência que sofrem ou que sofreram. Elas têm dificuldade para nominar a violência sofrida, mas a sentem e a compreendem como ação inadequada para a vida cotidiana, mas, pela condição desigual de gênero na sociedade, são obrigadas a aceitar a violência como parte da carga social das mulheres, condição que aparece nos relatos principalmente de *Lúcia* e de *Esmeraldina*. Ambas falam sobre o medo e a consequente aceitação, já que esse problema socialmente é reproduzido e remetido a elas como culpadas (Bordieu, 2010).

“Eu tinha consciência, só que eu não tinha coragem, entendeu? Eu achava que tinha que viver com ele pelo resto da vida. Eu tinha medo dele, eu tinha pavor dele. E achava que tinha que viver com ele pelo resto da vida” (Lúcia).

“Então essas agressões dele não eram todos os dias... bem no começo quando nasceu o outro, assim, na gravidez já, do outro. Só não fui agredida assim com soco, mas verbalmente... E depois os meninos quando ficavam doentes, alguma coisa... ele ia embora... Ele simplesmente saía, sei lá para onde ele ia, com quem se encontrava, e voltava depois, um dia... dois depois. Não era para ele R: eu não soube (que era violência), eu fui vivendo e eu obedecia!” (Esmeraldina)

Alceri e Nilda falam da violência que sofreram como um problema, e que buscaram ajuda na delegacia para resolvê-lo. *Nilda* enfrentou uma situação mais delicada, ao acionar a polícia mesmo sabendo que em seu local de moradia essa ação poderia lhe trazer problemas posteriormente. E, mesmo com esse enfrentamento, teve pouca resposta efetiva, pois o companheiro ficou preso apenas três dias e voltou para casa, sem que fosse ofertado nenhum outro apoio à *Nilda*.

A violência também psicológica, né? Porque ficar mandando carta... e-mail, mandando mensagem em celular... – eu vou matar, vou pegar os teus filhos, vou acabar com a sua vida – são coisas horríveis que uma mulher nenhuma... você sai no portão com medo. A mesma coisa, pauladas, ele acabou com o carro da gente... da gente não, porque não era mais dele. A gente já estava separada, eu conquistei esse carro. Você acorda às 4 da manhã... 3.15 da manhã a pauladas... ele pegou um porrete na rua e começou, ele só não conseguiu fazer nada comigo porque eu corri e fui na delegacia. O policial veio, pegou ele na porta, os vidros estavam ‘estilhaçados’, e o vidro da frente tive que comprar outro. Veio polícia científica, veio tudo... (Alceri)

R: ah, a gente brigou por causa da pinga, né, porque eu sou uma pessoa assim... que eu não suporto a pinga dele, né, quando ele bebe a gente já começa a discutir. Quando ele está fora de casa é uma benção, você dorme.... Porque a cachaça dele é assim, se ele fica perto não dorme de jeito nenhum, ele fica só me perturbando... só briga, briga, briga direto. Aí tem vez que eu tenho que sair de casa. Não é fácil, às vezes me bate. Ele já me agrediu que até já falei para a menina aqui, né... está com o que, acho que está com uns 2 meses que aconteceu isso, tive que pegar eu mais a minha filha e tive que intimidar ele, né. Porque onde a gente mora não pode entrar viatura, por causa dos traficantes, que eles acham ruim. Aí eu tive que pegar e denunciar, né, fazer uma denúncia e a polícia veio pelo lado de fora e eu tive que chamar, para poder prender ele. Mas só que... deu desculpa da idade, pressão, não sei o que... aí a delegada pegou e mandou soltar de novo, ficou só só três dias... e aí soltou (Nilda)

A polícia foi o serviço buscado por *Alceri* e *Nilda* antes mesmo da saúde, e as respostas ofertadas a elas aparentemente pouco compreendem a violência doméstica sob a perspectiva de gênero e direitos humanos, pois o caso foi tratado como um problema

particular da família, distante da responsabilidade institucional.

As mulheres, de maneira geral, identificam a violência, mas a desigualdade de gênero que estrutura a sociedade, inclusive os serviços que deveriam garantir direitos, impõe a invisibilidade da violência às mulheres.

As profissionais de saúde

As profissionais de saúde identificam a violência sofrida pelas mulheres do território em que atendem e as tipificam, apontando para a violência psicológica como a mais frequente entre as mulheres.

A gente pega bastante mais físico na verdade, do que fala abertamente. Às vezes a gente pega, é muito comum, pessoas que ficam.... Sei lá! (Tábata, médica)

Aparece violência... muita... disparado mais violência contra mulher.... Deixa ver se tem mais alguma... acho que é isso... sexual, aparece, contra mulher... A principal, acho que o que mais aparece é a psicológica... (Clara, médica)

Então... a gente tem as violências... o mais comum é violência doméstica, né. Eu não consigo dizer se é mais comum entre violência doméstica contra mulher e contra criança... se é meio a meio... eu não consigo dizer – ah, é muito mais isso do que aquilo -. Não consigo te dizer. Mais psicológica do que física, que é o que aparece. Mas nós temos psicológica e física também (Cassia, enfermeira)

Violência sexual a gente pegou umas duas, mas a gente não pode intervir porque as pessoas não existiam mais, os agressores já tinham até... já falecido, e deixado as pessoas com sequelas, já de violências durante longo prazo, mas teve também... E quando a gente identifica algum tipo de violência doméstica, em casa, é complicado, viu? É muito complicado (Tania, enfermeira)

A fala da enfermeira Tania traz como dificuldade assistencial a demora em buscar os serviços de saúde pelas mulheres, principalmente nas situações de violência sexual, pela impossibilidade de o agressor ser criminalizado, e não necessariamente pelo suporte assistencial às mulheres, talvez pela pouca compreensão de como a saúde deva visibilizar e lidar com a violência em sua rotina assistencial.

A técnica de enfermagem Glete compreende a violência como a perda da liberdade,

e que pode acontecer nas relações entre amigos e entre familiares.

Eu vejo violência como qualquer atitude em que o cidadão, independente de raça, etnia, gênero, ele é violado. Então pra mim isso é uma violência, em qualquer instância. Em qualquer momento da vida ele pode sofrer uma violência, e essa violência é 'resultado' de várias maneiras: amigos com amigos, pais com filhos, filhos com pais, ou com os maridos. Então é isso, entendeu? É quando um direito é violado – um direito de expressão de liberdade do ser (Glete, técnica de enfermagem).

A ACS Eliza inclui a condição de pobreza como condicionante para o estabelecimento da situação de violência contra as mulheres e refere que a violência, depois de estabelecida, faz mal às mulheres e as oprime, intensificando o sentimento de culpa pelo problema vivido.

Lugares que a mulheres é submetida a fazer certas coisas por ser pobre e não poder sair da casa.... É aquela história tradicional, né? A mulher casou... casou porque engravidou com 18 anos, foi morar na casa dos sogros, os sogros faleceram. Hoje eles com 50 anos e os filhos 'crescido', a mulher é totalmente dependente do marido porque nunca trabalhou fora, não tem sustento. Digamos que o amor acabou, e daí começa a vim a... a humilhação. "Você não presta pra nada! Você é uma burra! Você tá aqui porque eu te aguento, senão você taria jogada na rua. E isso acho que vai levando... mexe com a autoestima da pessoa e ela, realmente, não se sente capaz de nada, né? (Eliza, ACS)

Assim como Eliza, a médica Liz associa a ocorrência da violência com a condição de pobreza.

Mas pensar que.... Enfim, vou atribuir às causas de sempre: à baixa escolaridade, à menor capacidade de consumo – consumo seja de bens materiais de sobrevivência, a até supérfluos, a até consumo de cultura, de bens da humanidade, enfim. Arte... (Liz, médica)

Sem a perspectiva de gênero, a assistente social Elis fala da ocorrência da violência como ação de reprodução de experiências vivenciadas anteriormente pelos homens, associada à naturalização da agressividade na construção das masculinidades (Schraiber et al., 2012).

“Assim... quando um homem... ele trata a mulher, a companheira de forma violência... de forma violenta, tem a ver com algo que ele está reproduzindo... Por exemplo, se ele vivenciou durante a vida dele o pai

dele cometendo violência contra a mãe, é muito comum que ele reproduza isso na relação de família dele” (Elis-assistente social)

Apesar da fala da *assistente social Elis*, Renner e Slack (2006) relatam que é fraca a hipótese de que as crianças que sofreram violência reproduzam a violência contra os seus filhos, porém, mostraram forte potência para que essas crianças se envolvam com violência na fase adulta ou sejam vítimas em potencial.

Tanto as mulheres como as profissionais de saúde identificam as violações dos direitos das mulheres. Apesar disso, elas pouco compreendem que a desigualdade de gênero é a força motriz do problema na sociedade, que se acentua quando associado a outros determinantes e/ou condicionantes para a perpetração da violência contra as mulheres. Como consequência, as próprias profissionais tendem a banalizar e/ou naturalizar a violência, reforçando a culpa e reproduzindo a violência institucional em não garantir os direitos humanos das mulheres.

GÊNERO E DIREITOS HUMANOS NAS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NA APS

Neste bloco, serão analisadas as práticas assistenciais ofertadas às mulheres identificadas pelas UBS vivendo em situação de violência doméstica de gênero. Esse ponto de partida nos permite analisar o que ocorre quando os serviços estão conscientes da violência de gênero vivida pelas mulheres, trazendo uma perspectiva que permite avançar em relação aos achados de grande invisibilidade dos casos, comuns às pesquisas nos serviços de saúde.

Para apresentar a “produção de cuidado” das equipes de saúde, das quatro UBS para com as mulheres em situação de violência doméstica de gênero, optou-se pela construção do Fluxograma Analisador proposto por Merhy (2006). O Fluxograma Analisador permite, a partir da representação gráfica, apresentar a relação das profissionais de saúde com as usuárias, a relação entre as profissionais e as ações e decisões assistenciais da equipe em relação às mulheres. Os fluxogramas foram construídos a partir das

informações obtidas nas entrevistas com as mulheres, com as profissionais e nos prontuários família, para compreender as seguintes questões: *Como aparece a situação de violência na UBS? O trabalho com a violência na APS se embasa nas perspectivas de gênero e direitos humanos das profissionais de saúde e das mulheres?*

O estímulo para que a violência em geral seja identificada e trabalhada nos serviços de saúde tem sido recorrente na rede da Atenção Primária à Saúde em São Paulo, principalmente após a implantação dos NPVs. Os NPVs têm por responsabilidade garantir a notificação, a vigilância epidemiológica dos casos e acompanhar o trabalho realizado. Essa política tem potencial para fomentar discussões nas UBS sobre como lidar com o problema no cotidiano do trabalho, mas as práticas dos serviços não reproduzem mecanicamente as orientações gerenciais ou os protocolos estabelecidos e nem todos os serviços possuem o NPV implantado.

A assistência em saúde é prestada por diferentes atores, com perspectivas de ação diferentes, principalmente no que se refere à violência e, nesse sentido, construir e analisar os diferentes caminhos delineados pelas profissionais de saúde em relação às mulheres permite tanto identificar as “**potencialidades**”, como os “**ruídos**”, ou seja, tanto os apoios e as situações em que as mulheres foram ouvidas como os impasses para a efetivação de uma assistência que inclua a violência e trabalhe o cuidado das mulheres na perspectiva dos direitos humanos.

As reflexões construídas a partir dos casos estudados pretendem contribuir para refletir o trabalho assistencial nas situações de violência doméstica de gênero na APS. A construção dos fluxogramas analisadores se organizou a partir dos símbolos:

- **Elipse** - entrada e Saída do processo assistencial em violência.
- **Losango** - momentos de decisão assistencial em equipe.
- **Retângulo** - ações desenvolvidas pelas profissionais da UBS.
- **Círculo pintado (R1, R2, R3)** - puído na assistência.
- **Retângulo pintado (P1, P2, P3)** – potencialidades assistenciais.

Quadro 10: Apresentação das siglas utilizadas nos Fluxogramas Analisadores para indicar as profissionais de saúde envolvidas na assistência e as ações e intervenções realizadas. São Paulo, 2016.

Ações/ intervenções		Profissionais envolvidos	
ADP	Antidepressivo	ACS	Agente comunitária de saúde
BO	Boletim de ocorrência	AE	Auxiliar de enfermagem
CE	Consulta de enfermagem	AS	Assistente social
CM	Consulta médica	Enf	Enfermeira
CT	Conselho tutelar	EqSF	Equipe de saúde da família
VD	Visita domiciliar	P	Psicóloga
		M	Médica
		TE	Técnica de enfermagem
		TO	Terapeuta ocupacional

LÚCIA

Figura 1: Fluxograma: Caso de Lúcia, UBS Cuba, 2016

A UBS Cuba tem o NPV estruturado e uma equipe interdisciplinar que se organiza para acolher, matricular e realizar a vigilância dos casos de violência na UBS. O 1º ruído se refere à dificuldade de visibilizar a violência de gênero para o trabalho da EqSF, apesar do conhecimento da ACS sobre os conflitos narrados por *Lúcia* durante as visitas domiciliares. *Lúcia* tem consciência da violência sofrida, mas, por medo do companheiro, restringe-se a desabafar com a ACS durante as visitas sem pedir nenhuma ação ou ajuda concreta.

(...) eu tinha consciência, só que eu não tinha coragem, entendeu? Eu tinha medo dele, eu tinha pavor dele. E achava que tinha que viver com ele pelo resto da vida (Lúcia).

Lúcia não tem expectativas de que a sua situação pode ser transformada e, portanto, durante um ano desabafa com ACS. A ACS *Leontina* lembra-se não só das queixas de *Lúcia* durante as visitas, mas também dos gritos que escutava no bairro quando circulava na sua área adscrita no território.

Aí ela começou a se abrir cada vez mais... né. Que ele xingava ela de tudo quanto é nome... ela nunca me relatou de uma violência assim... eh... física, contra ela. Contra as meninas sim...ele deu uns tapas nas meninas..., mas era constante... era diário, muito, muito. Às vezes eu estava na área e estava escutando o Ivo gritando, assim, muito frequente mesmo (Leontina, ACS).

Apesar de reconhecer a situação de vida de *Lúcia*, *Leontina* não leva o caso à EqSF, por diferentes razões: a primeira parece ser que a usuária não relatou ter sofrido violência física e, apesar de achar que todas as formas de violência são graves e importantes, não reconheceu a violência puramente psicológica como de escopo de intervenção em saúde. Nota-se, no entanto, que nem mesmo a violência contra as crianças foi levada ao conhecimento da equipe, provavelmente por se tratar de palmadas, forma socialmente aceita (Gessner et al., 2014).

Em segundo lugar, ela conhece diversos casos no território. No caso das mulheres, considera que muitas delas “aceitam” a condição de opressão, por vezes nem a reconhecendo ou não querendo ajuda. Ao mesmo tempo, a violência contra as crianças acaba tendo uma complexidade e importância maior para o trabalho.

R: ah... bom... violência doméstica, agressão, verbal, a gente teve um caso assim de... violência sexual contra crianças... Violência sexual também contra as mulheres, né, porque mesmo sem elas perceberem, não tocam no assunto, mas quando estão conversando... aí a gente vê que elas são abusadas pelos seus maridos... porque às vezes elas não estão afins... não estão... e muitas vezes o marido praticamente obriga, e isso é uma violência. E a violência doméstica no sentido do todo, né... da mulher ver o marido chegando embriagado, agredindo os filhos, agredindo ela verbalmente, às vezes até chegando às vias de fato. Para mim como agente... mais difícil de trabalhar, que eu já presenciei, que eu já soube, foi a violência sexual contra criança. Assim... para mim... tudo foi difícil, porque violência...sempre ... sempre é difícil... mas acho que a violência sexual contra criança é o que mais me abalou... porque a criança é vulnerável, acho que não tem como se defender (Leontina, ACS)

Então tem a violência dele contra ela e dela mesmo contra ela, porque ela poderia ter casado com outra pessoa, ela poderia ter uma vida diferente, ela poderia não ter se envolvido com ele, e isso gera um sofrimento, né, psicológico na pessoa, e é uma violência, que ela sofre... às vezes dela mesmo com... (Leontina, ACS)

Leontina conta uma experiência frustrante do passado quando se envolveu muito com um caso de violência sexual contra uma criança. Depois desse caso, no qual se sentiu

desamparada por sua equipe, resolveu afastar-se mais do problema da violência doméstica no seu trabalho. Somado ao número elevado de casos, morar no território também torna mais difícil abordar a questão, por tratar-se de seus vizinhos. A ACS *Leontina* procura então evitar o tema para “se poupar” e toma a violência como questão para o trabalho apenas quando as mulheres pedem ajuda diretamente, já que seu suporte é pequeno e acredita que muitas mulheres não queiram mudar sua situação.

Tem família que eu percebo que existe um sofrimento da mulher, e às vezes até tive vontade de tocar nesse assunto, mas aí eu prefiro... para me poupar, eu prefiro... como ela não chegou, como ela não se abriu... então eu... é, que imagino... essa mulher nunca me falou nada, tem os filhos, tudo direitinho, a casa... o marido trabalha..., mas eu sinto... o jeito delas andarem, o jeito delas sorrirem, o jeito delas conduzirem a própria vida... se arrumarem... tratar elas mesmo, né? (Leontina, ACS)

“Depende, porque às vezes ela fala que não aceita no caso assim... que ela quer uma ajuda... e às vezes ela te conta porque é uma coisa que no momento está angustiando ela, e ela acabou se abrindo com você naquele momento porque você chegou logo depois de uma violência que ela sofreu.... se a gente vê que ela falou mais para desabafar, mas não que ela quer uma resolução... então a gente leva para a equipe e a equipe procura descobrir um jeito de chegar nela e ela trazer esse caso. Agora se foi uma ajuda que ela pediu mesmo, efetiva, falando... aí a gente já fala com a equipe, para discutir o caso dela... e que vai trazer um retorno para ela, da psicóloga... mesmo...” (Leontina, ACS)

Porque os profissionais de saúde têm uma maior compreensão da saúde do que a pessoa mesmo... a pessoa chega com queixa de dor de cabeça constantemente. Às vezes o profissional acha que por a pessoa trabalhar fora está querendo sempre um atestado... e às vezes não é isso. Às vezes o foco dela não é o atestado. O foco dela é realmente aquela dor de cabeça, porque realmente ela se sente mal, porque realmente ela é uma pessoa frustrada... realmente ela não tem vontade de trabalhar... mas ela não quer o atestado porque é uma vagabunda, ela quer o atestado porque ela não sente vontade de ir para o serviço dela... ela necessita, precisa do serviço, mas ela não sente vontade, porque ela está tão frustrada, tão... né... psicologicamente assim adoentada já... que ela acaba trazendo uma demanda maior para o serviço... Então, se os profissionais souberem que essa mulher sofre violência constantemente, talvez tenham uma compreensão melhor, né? (Leontina, ACS)

Leontina, apesar de partilhar de uma percepção mais tradicional de gênero, reconhece as desigualdades e o impacto sobre a vida e a saúde das mulheres e compreende que as respostas ofertadas pelo serviço de saúde deveriam considerar a situação de violência sofrida por elas.

A violência não está invisível para a profissional, mas ela duvida da pertinência e da capacidade do serviço de saúde em responder às necessidades das mulheres em relação ao problema da violência. Por outro lado, a falta de perspectiva de gênero permite que *Leontina* perceba a frequência do problema, mas o individualize em cada caso, culpabilizando as mulheres individualmente pela opressão que vivem e que tem profunda determinação social, ainda que não exclusiva delas (Bandeira, 2014).

Após um ano, a violência sofrida por *Lúcia* foi identificada e incluída como responsabilidade da EqSF pela *assistente social Bia* durante uma visita realizada junto da ACS, quando a casa da família havia sofrido uma enchente com perdas importantes. *Bia* valorizou o problema da violência, registrou em prontuário, em 2010, e levou o caso para a reunião da EqSF. A partir dessa reunião, foram definidas ações assistenciais para dar suporte para *Lúcia* e seus filhos no enfrentamento da violência. Estas ações foram: consultas médicas e visitas regulares para a família pela assistente social e a enfermeira.

O 2º ruído se refere à insistência da assistente social e da enfermeira para que *Lúcia* autorizasse o contato delas com os seus familiares para que pedissem ajuda no enfrentamento da violência. Para a *enfermeira Cássia*, a situação de violência era muito grave, somadas as condições de extrema pobreza e o ímpeto das profissionais em “resolver” rapidamente o problema.

E a violência não só dessa maneira, mas outros tipos de violência...que eu considero uma violência, por exemplo, para comprar droga... ele chegava a vender alimento das crianças para comprar droga, né. Então lembro quando a Lúcia falou – nossa, tinha dois quilos de carne e ele vendeu os dois quilos de carne para comprar droga! E a gente... falava – mas Lúcia, deixa a gente entrar em contato com a sua família, para a gente poder ver quem pode te ajudar, quem pode te acolher para você sair dessa situação. Para piorar ela ainda mora na beira de um córrego que encheu aquele carro, invadiu... a casa dela.... Então a situação era muito complexa. Era... a questão de... de... falta de... de exclusão social era muito grande. E... ele desempregado sempre, por causa desse próprio consumo, né? (Cássia, enfermeira).

A situação de extrema vulnerabilidade identificada pela EqSF pela condição de pobreza da família, o uso de drogas pelo companheiro de *Lúcia*, a presença das crianças, a situação de violência e a aparente apatia de *Lúcia* com a vida, mobilizou a equipe a acionar a família da usuária, sob a expectativa de que acolheria ela e as crianças, ainda

que *Lúcia* não quisesse esta mediação e a própria assistente social tivesse críticas a intervenções como essa, sem que a decisão fosse compartilhada.

Ah, acho que primeiro tem que fortalecer a mulher para ela ver que ela não é aquilo que o agressor fala que ela é, porque a intenção, né, do... quando é violência...é você colocar... você desqualificar a mulher, você... você... eh... exercer seu poder em relação à outra pessoa de forma a anular a outra. Então você tem que recuperar esse lugar que a mulher ocupa, né? Na família... acho que recuperar... esse papel de sujeito mesmo... acho que esse é o primeiro passo. Porque ela está lá como objeto. Então, se a gente tiver uma atitude autoritária vai acabar, né, reforçando esse papel de objeto dela. Então, não... tem de alguma forma buscar essa... esse retorno à autonomia, à vida consciente, sei lá, dela poder tomar decisões por ela sem os outros falando o que ela tem que fazer, né? Acho que isso é o mais complicado (Bia, assistente social).

Mas o caso dela era muito difícil por conta disso, porque como tinha... ela estava em um estado depressivo assim, ela era muito... aparentemente muito apática assim, ela falava da violência, mas aquela violência não... não... não... você não via uma vontade nela, ela estava presa naquele relato de violência ... daí a gente conseguiu essa questão do benefício, enfim..., mas aí foi muito pouco, porque como ela.... Muito, a gente não conseguiu trabalhar outras perspectivas, de começar a trabalhar fora, de ter... de ganhar mais autonomia, porque como ela estava em depressão, ela falava que não conseguia, tudo, então foi muito difícil, desde que eu saí de lá... quer dizer, até que eu saí não consegui...a gente não teve muito... (Bia, assistente social).

E a gente tentava, falava... – deixa, me dá um contato...-, e depois a gente entendeu por que.... Aí finalmente um dia ela deixou entrar em contato com essa família. A gente entrou em contato, ligou para os familiares dela... era uma cidade do interior de São Paulo, não me lembro qual... e os familiares... simplesmente falaram – olha, a gente não quer saber do caso, a gente não vai cuidar dela, a gente já falou para largar desse safado sem vergonha... ela que não quer largar, então o problema é dela -. E aí a gente entendeu por que ela não queria que a gente entrasse em contato com a família... ela já sabia que ia ter essa resposta (Cássia, enfermeira).

O caso de *Lúcia* gerou sentimento de impotência nas profissionais de saúde, acostumadas a intervenções de tipo mais cirúrgicas como o grande valor da prática (Schraiber, 2008). A inexistência de uma resolução para os casos que independam da vontade da mulher e de uma complexa rede informal e formal faz com que as profissionais de saúde se sintam inadequadas ao caso, ou que tomem ações unilaterais no sentido de resolver, argumentando por vezes com a necessidade de evitar algum risco.

R: acho que é uma impotência de você ver que está trabalhando no caso e não vê resultado, né, que a lógica do resultado é muito grande na atenção primária, a lógica da... da queixa e da conduta, né. Então no caso de violência, como não tem uma conduta muito... que você tem certeza que vai dar certo... que vai ajudar a mulher a sair daquela situação de violência... como as soluções às vezes são muito a longo prazo... acaba desanimando a equipe.... Acho que é muito... soluções práticas assim... tipo – ah, então a gente vai conversar com a mulher e vai convencer ela a separar do marido, vai convencer ela... sei lá... mudar, voltar para a casa da família, né? -, quer soluções muito pontuais, assim ...muito... uma resposta rápida. E que eu também não me tiro da situação, porque às vezes... muitas vezes eu ficava muito preocupada, né, porque acho que caso de violência é um complicador, porque a vida da mulher está em risco, então você não sabe até que ponto você pode ficar investindo, e se ela vai morrer... você fica sempre com essa questão. Então, o risco de ter uma solução precipitada ou ficar pressionando a mulher acho que é muito grande por causa disso, você não sabe até que ponto você pode investir, até que ponto, né? Você tem que proteger... como que fica. (Bia, assistente social).

As falas das profissionais *Bia* e *Cássia* mostram que se sentiram sem saída e pressionadas a resolver o problema pela presença das crianças, o que aumenta a vulnerabilidade da família. O contato com os familiares foi a única alternativa encontrada como uma possível estratégia para o enfrentamento da violência, apesar da recusa de *Lúcia*. Após a negativa de apoio dos familiares, a equipe recuou nas ofertas assistenciais à *Lúcia* sob a condição de esperar o momento em que ela pedisse ajuda, pois considerou que ela não estava pronta para resolver a situação.

*Aí a gente parou de insistir, né, as crianças já estavam encaminhadas para a questão do Conselho..., mas a gente sempre tomou cuidado com uma coisa... não julgar. Porque é aquela coisa de conduta expectante, como falei no outro caso, a gente deixou o seguinte – olha, *Lúcia*, quando você estiver pronta, a gente está aberta, você nos procure -, porque ela tinha que saber quando estivesse pronta, que a gente poderia estar aqui... (Cássia, enfermeira)*

Após tentativas de apoiar *Lúcia* e sem alcançar os objetivos de superar a violência rapidamente, a equipe decidiu acionar o conselho tutelar, informação que aparece em prontuário. Apesar de não ter participado da decisão sobre o encaminhamento para o conselho tutelar, *Lúcia* a aprovou, pois achou que o CT ajudaria a tirar o companheiro de casa, porém, o caso foi apenas notificado ao conselho. Na entrevista com a enfermeira *Cássia* e com a assistente social *Bia*, o envolvimento do CT foi uma medida para resguardar a equipe e mobilizar algum apoio social para as crianças enquanto *Lúcia* não

se decidia a agir. Tinha também um sentido, para a equipe, de mostrar a *Lúcia* a gravidade da situação. Nesse sentido, os apoios esperados do CT não são os mesmos para a EqSF e para *Lúcia*. Ressalta-se a dificuldade de definir a preocupação da *assistente Social Bia* com a expectativa de *Lúcia* sobre a própria situação.

R: sim. Acho que sim. Porque daí no caso que você citou, da Lúcia, a ideia de chamar o Conselho Tutelar não foi para punir ela – ah, você vai perder a guarda dos seus filhos porque você é uma mãe negligente -, mas para mostrar – olha, o que está acontecendo não é bom nem para você nem também para os seus filhos, existe toda uma legislação... todo... que prevê a proteção das crianças, adolescentes, então a gente tem que acionar o Conselho Tutelar por conta disso, porque o que seu marido está fazendo não é certo para as crianças também, não só para você -. Aí ajudou ela a ter mais essa... essa consciência, né... acho que ajudou um pouco, né, que no começo... a gente ficou vários anos... e aí aquela coisa que te falei, não vê muito avanço, né? Porque a situação é supercomplicada, de não ter uma renda, ficar dependendo dele para trabalhar, e ele também não conseguia ter um trabalho fixo. Então, era muito complicado de você lidar, e a expectativa dela... a gente não sabia muito bem... apesar do vínculo, a gente... não... sei lá... às vezes você fica pensando 'qual a expectativa dela'... o que ela pensa para a vida dela. A gente não conseguia muito avançar nesse sentido, que ela estava em um estágio de depressão assim... estava muito... aí foi complicado (Bia, assistente social).

O conselho tutelar (CT) é um órgão do Poder Executivo municipal e existe por recomendação da Resolução 139 do Conselho Nacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes. Cada CT é responsável por um território com 10.000 habitantes, deve atuar em parceria com instâncias do poder público e da sociedade civil e tem por responsabilidade zelar pelo cumprimento dos direitos das crianças e dos adolescentes a partir do trabalho em rede. Apesar das responsabilidades, o CT tem pouca articulação com os serviços da rede, principalmente como o setor da saúde, apesar de a saúde ser o setor mais acionado pelo CT (Campos, 2014).

No Brasil, é obrigatória a notificação dos casos de violência contra as crianças para organismos designados por lei e, caso isso não aconteça, o profissional pode ser punido (Gonçalves; Ferreira, 2002). O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) refere que é dever da família, da comunidade e da sociedade civil assegurar a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. Nesse sentido, pensar em estratégias de identificação e enfrentamento da

violência junto da rede da criança se faz mais efetivo do que a notificação propriamente dita e que, aparentemente não foi compreendida desse modo pela EqSF e pela assistente social (Brasil, 1990).

A partir dessas informações, é possível compreender que o acionamento do CT se mostra como uma estratégia de proteção das crianças, diante do pouco sucesso nas investidas assistenciais da equipe. A falta de resposta ou suporte do CT mostra que o trabalho se estrutura na reprodução da desigualdade de gênero, ao cobrar das mulheres o cuidado das crianças e, nesse caso, como as crianças estavam bem cuidadas e a violência era perpetrada pelo pai, não coube intervenção, penalidade que em todas as situações é sempre contra as mulheres (Moreira, 2012).

O 3º ruído acontece durante a consulta médica agendada pela equipe para *Lúcia*. A médica diagnostica a depressão e oferta medicação antidepressiva. *Lúcia* entende que foi cobrada pela médica para que se separe do companheiro e que só depois volte a pedir ajuda na UBS. Diz também ter sido cobrada pelo companheiro por “ter feito fofoca na UBS”, pois a médica conversou com ele para cobrar o fim da violência sem ela saber. As ações dessa profissional, apesar de bem-intencionadas, aumentam a vulnerabilidade de *Lúcia* e são mal avaliadas pela usuária, que abandona a assistência por se sentir cobrada por algo que não pode fazer.

Eu me sentia mal, eu falava que nem queria mais passar no posto. Porque aí... ela falou assim – quando você passar aqui de novo eu quero mudança, eu quero ver você feliz. Mas aí ela falava que quando eu voltasse no posto ela queria ouvir outra história... aí eu falava – não vou voltar mais, porque não vou conseguir separar dele. A médica até falou para mim, que eu precisava de... que eu vinha aqui no posto, pegava remédio e nada adiantava mais, e ela falava para mim, que eu tinha que tomar uma decisão na vida (Lúcia).

No prontuário do companheiro de *Lúcia* aparece que ele usava pouco a UBS, que era uma pessoa difícil para conversar, por não ouvir nenhum profissional de saúde, e que reclamava que a esposa era muito exigente com ele, e a equipe de saúde se propôs a conversar com *Lúcia*. Aparece em prontuário também que ele era usuário de drogas e solicitava intensamente que a médica lhe desse um afastamento para tratar-se, o que conseguiu depois de muita insistência, sem que o tratamento fosse efetivamente iniciado. Esse período foi considerado muito difícil para *Lúcia*.

R: eu tinha pavor dele, quando ele estava dentro de casa eu começava a passar mal, essa é a verdade. Ainda ele ficou afastado 6 meses do serviço. Esses 6 meses foram os piores 6 meses da minha vida. Porque ele passava 3... 2 dias na rua, aí voltava e ficava 2... 3 dias dormindo... de tanta droga que tinha usado, de tanto que tinha batido perna... aí já vinha com ignorância. Nossa, foram os piores 6 meses da minha vida... os 6 meses que ele ficou afastado... (Lúcia)

A visibilidade da violência pelo serviço e sua tentativa de intervenção acabam redundando em seu contrário: *Lúcia*, percebendo a assistência como uma cobrança, sentindo sua confiança traída, abandona o serviço por seis meses. Esse 3º ruído também pode ser compreendido como ação contrária à lógica do acolhimento, que é percebido como “mola mestra” da lógica tecnoassistencial, ou seja, a assistência ofertada negou a possibilidade de construção de uma rede de conversação passível de ser mapeada e refletida conjuntamente entre profissionais e usuária para a produção do cuidado, barrando a comunicação com *Lúcia* (Teixeira, 2008).

Apesar dos ruídos, foram identificadas três potencialidades assistenciais. A 1ª potencialidade foi a valorização da situação de violência como um problema para o setor de saúde pela *assistente social Bia*, que ouviu *Lúcia* e relacionou a violência com as queixas da usuária, desencadeando ações na UBS para que o problema fosse visibilizado e trabalhado pela equipe de saúde. A profissional registrou o problema no prontuário, levou à reunião de equipe para que fossem pensadas as intervenções conjuntas para o enfrentamento do problema. A equipe decidiu que *Lúcia* precisava de consulta médica em razão de sua apatia e visitas domiciliares frequentes da enfermeira para a vigilância da situação da família pela equipe. Essas ações têm potencial para que a violência seja considerada um problema de saúde por parte da equipe (d’Oliveira et al., 2009). A ação iniciada pela *assistente social Bia* mostra que, para ela, a violência é um problema de saúde e, conseqüentemente, deve ser incluído como objeto de ação da equipe de saúde para garantir o direito a não violência à *Lúcia* e seus filhos.

A 2ª potencialidade foi o bom acolhimento da segunda médica da equipe, *Clara*, que atendeu, acolheu, apoiou, não julgou e compartilhou estratégias para o enfrentamento do problema com *Lúcia*:

(...) ela falou que eu estava doente, que era por causa dele... que eu pedi para ela conversar com ele... a Dra. Clara, ela é uma benção... tudo que eu falei ela não falou nada para ele (...) (Lúcia)

Percebe-se que *Lúcia* valoriza neste encontro a relação da doença com a violência e também o sigilo mantido na conversa com o marido, que havia sido um problema com a médica anterior. Essa possibilidade de compreender e planejar a assistência compartilhada à luz dos projetos de felicidade das mulheres tem se mostrado como a principal estratégia de garantir direitos e foi valorizada por *Lúcia* (Azambuja; Nogueira, 2008).

A 3ª potencialidade foi a manutenção de um espaço de escuta na UBS para quando *Lúcia* necessitasse buscar o serviço, espaço ofertado pela equipe e pela *assistente social Elis*. O atendimento envolvia orientação em direitos e serviços a buscar na rede. Há registro em prontuário de que a família foi orientada sobre o Programa Bolsa Família, sobre a delegacia da mulher e a possibilidade de conseguir uma medida protetiva.

A partir da análise do fluxograma, é possível observar que esse espaço se abre quando a equipe não encontra mais alternativas assistenciais e se mantém sob conduta “expectante”, aguardando que *Lúcia* busque o serviço e tome uma atitude. Essa parceria permitiu à *Lúcia* se sentir acolhida e com possibilidade de construir estratégias para superar a violência através da busca por trabalho, estimulando a integralidade na atenção ofertada (d’Oliveira et al., 2009).

As três potencialidades valorizam as queixas e as necessidades de *Lúcia* sem cobrá-la. Foram ofertadas orientações nos momentos em que a usuária achou necessário, ações que foram identificadas como importantes para *Lúcia*, que valoriza o atendimento recebido na UBS Cuba e a disponibilidade de tempo, de atenção e de escuta das profissionais de saúde que a ajudaram a compreender que a equipe estava preocupada com o seu bem-estar em geral, e não apenas com a ausência da doença:

(...) achei que elas me ajudaram bastante... que eu vinha aqui, a Elis mesmo, não tinha horário marcado... e a Elis conversava comigo... porque assim, elas não se preocupam só com a sua saúde... assim... só quando você está doente. Ela falava... eu sou ruim de guardar as coisas, mas ela... ela puxava no computador o endereço das coisas para mim, onde que eu tinha que ir, ela falou do negócio da pensão, ela me explicava os direitos da mulher, para as crianças, ela era super atenciosa.... Elas se preocupam com a sua pessoa, como você está vivendo, elas se preocuparam bastante comigo. Queria me ver bem de

qualquer jeito (Lúcia).

O acolhimento proposto à *Lúcia*, após todas as tentativas anteriores, mostra-se em consonância com a Política Nacional de Humanização (Brasil, 2013), que propõe que essa prática seja qualificada para, de modo compartilhado, propor respostas resolutivas às necessidades identificadas sob a finalidade de diminuir o sofrimento, assegurar direitos e melhorar a qualidade de vida das pessoas do território. Esse processo envolve vínculo, respeito, empatia e humanização, que se efetivam mediante a compreensão ampliada de saúde, superando a redução do problema ao campo biomédico.

A escuta, sentir-se valorizada e acolhida e ter informações sobre direitos foram importantes para *Lúcia*, que acabou por ampliar os dias de trabalho e decidiu separar-se do companheiro.

ALCERI

Figura 2: Fluxograma: Caso de Alceri, UBS Uruguai, 2016

A UBS Uruguai busca incorporar a perspectiva de gênero na assistência, incluindo a violência de gênero como um problema também do setor saúde. As profissionais dessa instituição têm suporte e treinamento constante para dar visibilidade ao problema na assistência em saúde, como narrado pela *auxiliar de enfermagem Elena*:

A nossa instituição tem um recorte de gênero desde o início. Eu acho.... Eu sempre fui treinada pra pensar e trabalhar isso com os pacientes: a igualdade de direitos, de obrigações e de prazeres. A igualdade do ser humano dentro da diferença de cada um, e da diferença de gênero também (Elena, auxiliar de enfermagem).

Esse serviço criou um atendimento específico para os casos de violência com escuta e aconselhamento, chamado Confad. A assistência à *Alceri* se organiza em dois momentos. O 1º momento se refere à escuta ativa ofertada pela médica que a acompanhava no setor de saúde mental, com posterior encaminhamento ao Confad. O 2º momento acontece após dois anos, quando outra vez a violência é relatada pela usuária, que é encaminhada novamente ao Confad.

Nas entrevistas, as profissionais de saúde não se lembravam da história de *Alceri*, então, toda a construção do fluxograma está baseada nas informações do prontuário, em que constava pouco sobre os encaminhamentos internos ou compartilhados com a usuária e da entrevista com a usuária.

Alceri é acompanhada no serviço há muito tempo. O seu primeiro prontuário já está microfilmado e guardado em lugar fora da UBS e não pôde ser analisado nessa pesquisa. O atual prontuário foi iniciado em 2007, e em 2009 aparece a primeira situação de violência registrada pela médica psiquiatra que a acompanhava no setor de saúde mental da UBS. Em 2010, a usuária é encaminhada ao Confad, oferta assistencial que aparece mediante o relato de risco de morte pela usuária. A usuária não comparece ao atendimento agendado e, apesar da gravidade da situação, o serviço não a convoca ou a convida para um novo atendimento do Confad na UBS, situação identificada como o 1º ruído.

Em atendimentos posteriores no setor de saúde mental, apesar do risco de morte relatado pela usuária, não há registro de proposição ou compartilhamento de um plano de segurança para ela. O novo agendamento no Confad aconteceu após dois anos. Essa aparente demora para a nova oferta de Confad pode se relacionar ao modo com a *médica Liz* refere trabalhar a violência nos casos de saúde mental:

Tenho uma leitura mais psychologizante, que diminuiu um pouco o impacto do que que é... Tipo assim: "Bateu, é violência" Tipo: "Não. Bateu? Peraí! Vamos ver! " "Quais são os ingredientes desse tapa?", né? Assim, sei lá, eu acho que nesse sentido a gente é menos... a gente, da Saúde Mental é menos... militante, assim, é... porque a gente tende a ver os acordos, os arranjos entre as pessoas, e um pouco menos essa história de quem é a vítima e quem o algoz, né? A gente tende a nunca.... Não tô dizendo que o pessoal da Violência faz isso, que também não é tão bobo assim. Mas acho que a gente, por ser da área Psi, a gente tende mais a ver as coisas como "a violência é de dupla mão e... enfim, tem uma alimentação aí, tem uns arranjos" E a gente tá mais interessado em entender isso pra ajudar a pessoa a resolver por dentro desse entendimento (...) Então, muitas vezes a gente... vai pro CONFAD só bem depois, quando a pessoa já tá mais ou menos saneada, ela já

identificou vários ingredientes, já não tá fazendo muita confusão e tá conseguindo ser mais claro o que ela quer (Liz, médica)

Enfim, eu acho que essas... todas as relações entre as pessoas, elas.... As pessoas arrumam os arranjos mais variados possíveis pra estar juntas, né? – Com todos os graus de psicopatologia existentes no cardápio. Quem sou eu pra dizer: “Esse é o casal certo, esse é o casal errado”. Enfim, tem duplas que ficam bem, tem outras que não, e às vezes uma que você tá lá lutando pra mulher separar do cara, não sei o que. E “Não, vai lá! Vai na Delegacia da Mulher, e não sei o que, trará”. E, de repente, ela dá uma reviravolta ali, com a aquele mesmo cara, e as coisas andam de outro jeito, e você fala: “Pô, quem disse que eu sempre tenho que mandar todo mundo pra Delegacia da Mulher e... e, enfim, e lutar pra que as mulheres não apanhem, ou não sofram violência, se elas fazem também uns arranjos super malucos, assim, e... E, às vezes, enfim, num momento se dão mal, sofrem; em outro momento tão super bem com aquele arranjo ali (Liz, médica).

A profissional faz duas abordagens importantes sobre o caso: a primeira se refere a uma assistência focada no indivíduo, sob a perspectiva da subjetividade, que pode obscurecer aspectos sociais e culturas que conformam a própria subjetividade e regulam as interações. Compreender a violência apenas sob a dimensão intrapsíquica pode fragilizar a assistência, individualizando o problema (Mandelbaum et al., 2016). A segunda abordagem da profissional se refere aos arranjos para atender as mulheres em situação de violência, e ela afirma que nem sempre a delegacia ou a separação são as melhores respostas para o problema, compreendendo as diversas respostas possíveis para essas situações. Essa abordagem da profissional resgata a responsabilidade assistencial do serviço de saúde, espaço do qual ela fala, de que não cabe impor ou definir o certo e o errado para a vida das pessoas atendidas, mas sim orientar em direitos e trabalhar na perspectiva do cuidado integral e compartilhado, levando em consideração os projetos de felicidade das pessoas atendidas e buscando o sucesso prático (Schraiber; d'Oliveira, 2002; Santos, 2015). Por isso, a profissional prefere delegar a orientação e o encaminhamento dos casos a outras profissionais de saúde da UBS Uruguai com maior conhecimento da rede, de modo a melhor contemplar a necessidade da usuária na assistência em violência.

Então, não.... Não, eu praticamente não encaminho. Uma vez ou outra..., mas eu sempre procuro o CONFAD pra encaminhar pra mim. Olha, o que funciona numa rede é a conversa, né? Você só amarra rede... porque rede amarra um fio com o outro, né? Vai amarrando e vai fazendo a rede. É conversando pessoalmente, assim. Então.... Tem algumas.... Tem alguns lugares.... Então, acho que assim, você falar: “Ah, vai lá na

Delegacia da Mulher. Ah, vai lá falar com a Assistente Social do Fórum”. Isso.... Enfim, isso é o que a gente chama de encaminhamento sem responsabilidade nenhuma, né? Tipo, você entrega um papelzinho com o endereço e fala: “Te vira!”, né? Isso, fazer.... É irresponsável, e sádico, porque a pessoa só vai ficar batendo a cabeça (Eliz, médica).

É importante a compreensão de que o trabalho em rede se constrói por meio do diálogo entre os profissionais de saúde dentro da própria UBS, como entre os diferentes serviços que compõem a rede de enfrentamento à violência, de modo a aumentar a potência assistencial em prol da garantia de direitos e autonomia das mulheres e, assim, tornar a rota das mulheres menos crítica (Schraiber et al., 2012; Santos, 2015).

A potencialidade identificada no caso de *Alceri* se refere ao bom atendimento ofertado à usuária, baseado na escuta ativa, que fez com que ela se sentisse segura e valorizada:

(...) na hora desabafei com a psiquiatra e ela mandou procurar (o confad) Me senti mais protegida. Eu achei que, que nem, ninguém estava ligando para o que eu estava falando... agora pergunta, liga para mim, se está tudo bem... (Alceri)

O cuidado para com a usuária mostra o compromisso profissional em reconhecer que a violência sofrida pela usuária é problema que merece a atenção do serviço de saúde. A validação do relato de violência precisa ser realizada e é parte do trabalho com a violência. Note-se aqui que a possibilidade de referência interna mediante a situação de violência da usuária permite que a profissional da saúde mental realize a sua abordagem complementarmente ao cuidado da violência. O encaminhamento interno dos casos de violência proposto envolve ofertar espaço para que a mulher compartilhe as suas dúvidas, anseios, temores, expectativas e incertezas. Essas estratégias são caminhos para o combate à violência institucional e para a construção compartilhada de práticas de cuidado que garantam os direitos das mulheres, o acesso à saúde e a uma vida sem violência (d’Oliveira et al., 2009).

A usuária mantém o acompanhamento no setor de saúde mental. Do atendimento no Confad, a usuária refere que quer garantir a guarda das crianças e a pensão alimentícia, mas que não consegue procurar o lugar orientado por dificuldade de locomoção. Ela e as crianças se mudaram para um local mais distante e *Alceri* reclama da dificuldade de andar longas distâncias com as crianças menores pela cidade. Essa dificuldade não é apenas de

Alceri e, apesar da recente ampliação de serviços da rede, o acesso é difícil e fragmentado, e cabe às mulheres arcar com as dificuldades estruturais, contexto que reforça a existência e a manutenção da Rota Crítica no enfrentamento da violência pelas mulheres (Santos, 2015).

ESMERALDINA

Figura 3: Fluxograma: Caso de Esmeraldina, UBS Brasil, 2016

UBS Brasil não tem protocolo específico para orientar as práticas assistenciais em violência e o NPV ainda estava em processo de estruturação. Nenhuma das profissionais que participaram da assistência de *Esmeraldina* e que foram entrevistadas fazem parte do NPV da UBS.

A assistência de *Esmeraldina* se organiza em dois momentos. O 1º momento se refere à escuta ativa do problema da violência pelo médico psiquiatra da UBS junto da médica de família da equipe, com posterior encaminhamento para atendimento

psicológico especializado em violência em um serviço de saúde de referência na região de abrangência do território da UBS. O 2º momento ocorre quando a psicóloga que acompanhava *Esmeraldina* no serviço de referência pede ajuda à EqSF para que a usuária seja encaminhada para outro serviço, por impossibilidade de seguir com o atendimento.

O 1º ruído assistencial se refere à invisibilidade assistencial da violência por parte da equipe de saúde. *Esmeraldina*, apesar de inicialmente buscar atendimento em serviços privados, recebia as visitas domiciliares dos ACS e relatava as situações conflituosas vividas com o companheiro. Os relatos da usuária foram levados para a equipe, mas a violência não foi incluída como um problema do escopo do serviço de saúde. Assim como no caso de *Lúcia*, a ACS relata que, de fato, *Esmeraldina* nunca pediu ajuda diretamente para enfrentar o problema.

Somada às situações complexas relatadas acima, há uma aparente dificuldade em lidar com a usuária no serviço, que é vista como dependente de medicação psiquiátrica.

Quando eu fui fazer a área foi que eu comecei a conviver com ela. Ao mesmo tempo... ela toma muito remédio, ela se faz muito de louca. Então, pra mim ela, nunca falou assim, declaradamente, né? Ela... Ela não fala, porque ela já falou muito para os outros 'Agente Comunitário', que eu sei isso (Eliza, ACS).

A Esmeraldina ela toma muito remédio controlado, então ela fala: "Eu não posso ficar sem remédio!" Ela é uma pessoa... Ela é muito falante, ela domina a situação se ela quer falar, só ela mostra o lado dela e, quando você começa a falar: "Ah, você não quer frequentar esse grupo?" "Eu não posso porque eu faço isso, eu faço aquilo." Então... E eu acho que ela se esconde muito na doença. Ela fala muito na depressão, dos 'nervosismo' e do remédio. Quando eu conheci a Esmeraldina, pra ela, em primeiro lugar, o que importava era a receita, e não a consulta médica. "Eu vou em qualquer lugar, desde que você me dê a receita" (Eliza, ACS).

É importante lembrar que a medicação foi prescrita pelo próprio serviço, e que *Esmeraldina* depende do serviço para ter acesso a muitos dos fármacos prescritos nestas circunstâncias, que podem causar dependência ou síndrome de abstinência se retirados subitamente. Schraiber e d'Oliveira (2002) referem que as mulheres em situação de violência fazem uso frequente do serviço, sem retorno positivo às suas demandas, e são rotuladas como poli-queixosas, somatizadoras e/ou portadoras de distúrbios neurovegetativos. Apesar de a violência ter sido identificada, ela não foi considerada, a

princípio, para a assistência de *Esmeraldina* como problema a ser tomado pelo trabalho (Schraiber; d'Oliveira, 2008).

A atual médica que acompanha *Esmeraldina*, apesar de conhecer toda a história da paciente, ainda tem dúvidas se pode nomear como violência o vivido por ela:

Ela nunca sofreu violência física, né? A violência dela é... não é física. Acho que assim, não sei até que ponto a violência realmente ocorre, no caso dela. Das vezes que eu tentei conversar com o marido dela, não sobre isso diretamente, obviamente, mas, assim, tentei conversar sobre outras coisas, eu não consegui achar nenhum gancho que pudesse entrar nesse assunto, né? E não conheço os filhos dela também. Já tinha todo acompanhamento. Eu não sei quando ela tinha revelado, mas, assim, ela me contou super tranquilamente, porque ela tem uma questão cardíaca, e aí ela veio pra fazer segmento disso. Só que era nítido que ela tinha várias outras questões ali psíquicas muito maiores, né? E quando a gente ia abordando, ela falou com tranquilidade. Então, assim, ela já tava fazendo seguimento em outro lugar e eu não sei como ela chegou lá. Até me contaram, mas aí eu não me lembro (Tábata, médica).

A fala da profissional mostra a descrença no problema vivido pela usuária. Apesar de a profissional ouvi-la, essas informações aparentemente não permeiam o cuidado prestado à *Esmeraldina* e, portanto, não pode ser chamado de um cuidado integral, pois a violência modula as queixas e o modo como a usuária se percebe doente (ou não), e como se cuida, mas não é apreendido pela profissional. Além disso, a desconfiança, de maneira geral, invalida parte das demandas das mulheres, pois as queixas passam a ser questionadas pelos profissionais, sob forte carga moral, que responsabiliza a mulher pelos problemas, principalmente pela violência sofrida (Kiss; Schraiber, 2011), além de barrar a possibilidade de construção de vínculos de confiança e, posteriormente, de construção conjunta de planos assistenciais sob a perspectiva de emancipação e garantia dos direitos das mulheres (d'Oliveira et al., 2009).

Tanto a *médica Tábata*, como a *ACS Eliza* referem que os casos de violência chegam ao serviço, seja por meio da visita da ACS, seja nas consultas agendadas. A ACS relata que sente angústia em ouvir os relatos de violência, tanto vindo das mulheres como da comunidade.

A violência, muitas vezes ela já existe há muito tempo, e a pessoa só resolveu te relatar naquele dia. Então tem duas 'entrada': ou eu já sabia porque os vizinhos comentavam, ou eu não sabia e fui pega de surpresa. Daí é a hora que eu te falo da saída. Então, quando você sai você sai com uma vontade muito grande de contar pra alguém, pra desabafar.

Então muitas vezes... A primeira coisa que você faz é vir pro posto. Se conseguir pegar uma Enfermeira ou um Médico da equipe vim ver, a gente: “Doutora, eu preciso te contar uma coisa! Tô angustiada!” E você desabafa. Senão é através de colegas, e esse caso a gente só vai poder relatar no dia seguinte, na reunião de equipe (Eliza, ACS)

Às vezes a gente recebe mulheres com queimaduras, com cortes, com dor. É super comum a gente ter mulheres que vêm pra fazer o papa, por exemplo, e aí não consegue colher, não consegue passar o espéculo porque ela sente dor. E aí, quando você começa a conversar, você acaba descobrindo uma questão de abuso na infância, ou mesmo uma coisa durante a vida adulta. Mas principalmente com questões psicológicas, né? A gente pega mulheres querendo um remédio pra insônia, ou uma criança que ela quer que eu dê o remédio porque a criança é agitada, bate, agride também. Então a gente acaba reparando assim, ela acessa o serviço de uma forma direta ou de uma forma indireta. Às vezes o que acontece é: como a gente tem o agente comunitário de saúde, ele visita essas casas e fala com os vizinhos, não questionando sobre as pessoas. Porém, é muito comum que alguém vire e fale: “Ah, vocês precisam tentar fazer alguma coisa porque não sei quem tá apanhando ou, sei lá, tá sendo xingado, ou tá preso em casa.”, né? Então, assim, a gente recebe também de forma indireta. Às vezes a gente precisa primeiro preparar essa família pra que ela consiga abrir isso pra gente (Tabata, médica).

A gente brincava, quando estava num grupinho de Agente Comunitária, que a função do Agente Comunitário é ser olheiro. Ele entra numa casa olhando tudo. O Agente Comunitário, quando entra numa casa, a primeira coisa que ele fala é: “Eu sou Agente Comunitário do posto, tal, e atrás de mim existe uma equipe. Então tudo o que você falar aqui eu vou passar pra minha equipe”. Pra pessoa saber que eu não vou carregar isso sozinho, e nem a decisão é só minha, tá (Eliza, ACS).

Schraiber e d’Oliveira (2008) referem que a violência é um **tema complexo e sensível** e que as ferramentas da prática em saúde são insuficientes para tratar de experiências radicais de violação dos direitos das mulheres, principalmente para os ACS, que moram no território e não têm formação e supervisão sobre o tema da violência em seu cotidiano de trabalho. Trapé et al. (2011) referem que a prática do ACS tende a produzir as suas ações apenas sobre o que é solicitado pelo serviço, com hipertrofia da abordagem biomédica, sem espaço para uma abordagem que compreenda a realidade social do território e das famílias atendidas. Essa questão aparece no relato da ACS Eliza, que relata apenas repassar os casos aos profissionais de nível superior da equipe, médica ou enfermeira, que estão distantes de ações de promoção dos direitos das mulheres e das pessoas da comunidade (Silva; Dalmaso, 2002; Tesser et al., 2010). O trabalho das ACS é bastante complexo e necessita de apoio da equipe como um todo, mas a articulação

entre o que pode ser feito por cada profissional ainda é pouco reconhecida nos casos de violência contra a mulher. Eliza acaba tomando para si a função de “olheira” e delegando aos demais membros da equipe o manejo dos casos.

A violência é vista, mas não é tão trabalhada como um problema do campo da saúde, no entanto, quando as mulheres pedem ajuda ao serviço, a resposta pode ser o encaminhamento para a delegacia ou, na impossibilidade do território que impede a entrada da polícia, é ofertado um espaço de escuta na UBS:

A gente... Tem várias ‘orientação’. Vai depender da pessoa, tá? Se for uma pessoa que mora num condomínio chique, não sei o que, eu falo: “Liga pra polícia!” Se for uma pessoa que mora numa comunidade que você vê que ela não quer ligar, a gente vai abrindo outros espaços, tá? Vai colocando ela pra roda de conversa, pra ela ver que existe um mundo lá fora... (Eliza, ACS).

Quando a mulher não aceita ou não pode acionar a polícia, as ofertas da equipe se baseiam em ações assistenciais de escuta, mas que não trabalham especificamente a violência e que, dificilmente, discutirão outras possibilidades assistenciais ao problema. De toda forma, esses encaminhamentos parecem automáticos e com pouca reflexão e decisão conjunta, exatamente pela recusa assistencial da violência como objeto da ação em saúde. A ação que se mostra fundamental na assistência em violência envolve a escuta ativa, a identificação do risco de morte, identificação das condutas já tomadas pelas mulheres e o compartilhamento de possibilidades assistenciais de modo a ofertar uma assistência que se baseie na integralidade e na perspectiva da violência como um problema também do setor saúde (Ayres, 2007; Schraiber; d’Oliveira, 2002).

O 2º ruído identificado foi o encaminhamento de *Esmerldina* a um serviço de referência em violência do município após a identificação do que foi nomeado como “dependência afetiva” da usuária para com a psicóloga que a acompanhava semanalmente na unidade de referência para violência. A dependência afetiva relatada pela profissional se refere à postura considerada inadequada da usuária ao descobrir que a psicóloga era a sua vizinha. *Esmeraldina* passou a procurar a profissional em sua casa, falar com o porteiro do prédio em que a profissional residia, insistindo em vê-la e ligar para a psicóloga pedindo atendimento em casa. A profissional ficou preocupada com essa

situação, que impedia a continuidade de seu trabalho, e pediu ajuda para à equipe da UBS. A usuária foi convocada para uma consulta compartilhada entre enfermeira e psicóloga da UBS, para que fosse encaminhada para a casa Eliane de Grammont, serviço de referência para os casos de violência em São Paulo. A conduta da equipe não foi aceita de imediato pela usuária, que percebeu a interdição como uma proibição da equipe.

*... e eles proibiram ela de me cuidar, porque a gente morava na...
pertinho, né...(Esmeraldina)*

Para *Esmeraldina*, a impossibilidade de continuar os atendimentos com a psicóloga ocorreu como proibição, sem aparente problematização do que estava acontecendo ou identificação em conjunto de outras possibilidades assistenciais.

A assistência em violência se mostra complexa para as profissionais de saúde, pois exige acreditar na mulher e em seu potencial para dialogar sobre os possíveis caminhos para enfrentar o problema, superando a desigualdade de gênero construído socialmente (Chauí, 1998), em prol do alívio do sofrimento, do alcance do bem-estar da usuária ao assegurar a dignidade e os direitos humanos das mulheres (Ayres, 2004a: 73; d'Oliveira et al., 2009). Ao mesmo tempo, profissionais que vivem no mesmo território da mulher e sua família, como ACS e, no caso, esta psicóloga, podem ter dificuldades adicionais de trabalhar a questão e ao mesmo tempo preservar sua privacidade.

Na assistência ofertada à *Esmeraldina*, a potencialidade identificada foi a possibilidade de a usuária negar a visita da equipe de saúde para conversar com o seu companheiro sobre a violência relatada por ela. O psiquiatra e a psicóloga que participaram do primeiro atendimento da usuária na UBS não trabalhavam mais na instituição e, por isso, não foram convidados a participar das entrevistas.

A usuária não se adaptou à atividade em grupo proposta na UBS, então a equipe a encaminhou para o atendimento psicológico individual em um serviço de saúde de referência em violência da região. Esse acompanhamento proposto foi bem avaliado por *Esmeraldina*:

Elas me indicaram para fazer terapia de grupo. Eu falei – não sei, vocês acham que eu preciso? Eu vou... -. Eu já não tinha mais nada, era um zumbi (se emociona). Então lá começou de grupo, mas elas perceberam a gravidade da coisa, que eu não percebia, mas me deram muito colo. Elas me trataram muito bem, mas elas viram que eu estava cada vez pior

e depois de um tempo elas mandaram eu fazer lá era de quinze em quinze dias, e eu precisava fazer toda semana terapia, individual (Esmeraldina).

Esmeraldina se mantém em acompanhamento na Casa Eliane de Grammont em atendimento psicológico e em oficina de teatro e na UBS para o acompanhamento clínico.

R: (...) sabe o único lugar que me fez bem? Além da psicóloga (do serviço de referência), sim, pelas palavras dela, ela me ajudou muito... a Casa Eliane... de Grammont... no começo que eu falava eu sentia dor de barriga, eu ficava vermelha também... olha, eu comecei fazendo... primeiro a terapia, que ela fez assim... o começo era muito difícil, mas olha, o pessoal excelente, a Brena, Mara Elis... lá tem assistente social, tem a psiquiatra, psicólogo, tudo assim... Olha, eu fui muito bem tratada lá. Fora isso, quando apareceu o teatro... sempre teve o cine pipoca, reflexão, tudo isso ajudava, sabe? E... o médico falou para mim: - não engula mais sapos (Esmeraldina).

violência doméstica. A postura de *Nilda* em relação à mãe é bastante crítica, pois a usuária se ressentia de abandono e julga fortemente a atividade sexual da mãe.

R: não, foi porque eu quis... foi por vontade... nesse tempo ele ainda vivia com ela... porque assim... era muita briga, eles criticavam porquê... é um ponto assim que eu ponho né, os outros diz que não pode julgar, que tem que perdoar, mas um ponto é porque ela ia para forró, me deixava junto com ele... e menina nova sabe como que é, né? Ai muitos vizinhos ficavam criticando, falando, tudo... daí depois eu mesmo quis, eu falei assim – ah, o pessoal está comentando, a gente não tá fazendo... – peguei e fui mesmo, - ah tá, o pessoal tá falando sem eu fazer ... aí eu vou fazer mesmo -. Ai chegou um dia que ela mesmo pegou, né, eu falei – bom, agora eu estou fazendo, agora a senhora pode falar ... aí foi... mas foi porque ele também não quis mais ela, porque ela também traía muito ele. Ela saía muito com muitos homens... ele foi desgostando e falou – ah, então eu vou ficar com ela, né -, e foi... aí ele falou – olha, só vou morar com você só quando você tiver juízo -, aí foi, quando eu tinha 21 anos... bem dizer assim, praticamente assim... ele foi bem dizer assim meu pai e meu marido, porque foi ele que acabou de me criar, né. Foi esperando eu ter mais juízo, foi me ensinando as coisas... foi assim (Nilda).

A assistente social *Vivian* já conhecia a história de *Nilda*, pois já havia mediado um problema entre a usuária e o hospital, quando *Nilda* foi cobrada para que buscasse a mãe da internação e ela se recusava. *Vivian* foi acionada pelo hospital para que intermediasse a situação.

(Pedido das assistentes sociais do hospital) *Vivian, vai dar um pulo lá na Nilda e avisa para ela vir retirar a mãe dela, senão a gente vai ter que acionar a Promotoria -. E até então a gente sabia da história superficialmente... aí neste dia que nós voltamos lá e a Nilda nos chamou dentro do barraco... – olha, é isso, isso e isso, a minha mãe fez isso, isso e isso, desde os 12 anos é isso, isso e isso -, nossa... falou, falou, falou... falou... – e eu não quero ficar com ela. P: a chateação dela com a mãe era por causa do que especialmente? Que ela te contou esse dia? R: é por conta de coisas passadas, mal resolvidas lá atrás. Embora em alguns momentos ela fale assim – ah, ele não me violentou... -, ela muda também a fala dela – ah, minha mãe me deixou para ir beber, por isso que ele me pegou (Vivian, assistente social).*

Vivian identificou o estupro sofrido por *Nilda* e comunicou o hospital sobre a impossibilidade de *Nilda* cumprir o que pediam em relação à mãe, resolvendo o caso de maneira positiva ao utilizar outra conduta do serviço social:

Eu contei aqui, fiz um relatório, liguei para as meninas, falei – meninas, esquece... a Nilda não vai aí buscar a d.Ednalva, por isso... por isso... por isso. Vamos respeitar o momento dela, vamos procurar acionar o CRAS para direcionar para um albergue, até a gente conseguir via Ministério Público, quem sabe uma instituição de longa permanência -. E foi isso que foi feito... (Vivian, assistente social).

A resposta da *assistente social* foi importante por valorizar a narrativa, identificar e considerar a violência sofrida por *Nilda*, mesmo com o relato dubio de que foi uma relação sexual consentida, e barrar a eminente violência institucional do hospital para com a usuária.

Para *Vivian*, essa família frequentava a UBS, mas ainda não tinha sido vista em suas necessidades e vulnerabilidades pelo serviço de saúde nos momentos em ela e as crianças estavam no serviço. A invisibilidade da violência de *Nilda* e de sua família pode estar relacionada à condição de extrema pobreza da família. A extrema violação de direitos básicos que *Nilda* enfrenta parece retirar dela a condição de cidadã no interior dos equipamentos do estado que deveriam garantir esses direitos, mas acabam por violá-los. Por sua situação extrema, *Nilda* é submetida à violência institucional:

E aí você tem o caso da Nilda, que as quatro enfermeiras, por exemplo, nunca tinham ouvido falar no caso da Nilda.... Aí eu te pergunto: como ninguém nunca ouviu falar no nome da Nilda, se toda semana, às vezes todos os dias... dependendo da semana, Nilda está aqui dentro... com uma penca de filhos atrás dela, um querendo furar o olho do outro... como ninguém vê isso? R: né?, será que somos desprovidos de sentidos? É a pergunta que eu coloco às vezes... ou não é comigo e eu não vejo... como que não vê isso, né? Inclusive eu sei que você está ciente disso, no caso da Maria, que foi a filha da Nilda que veio trazer as crianças aqui... foi um dia muito angustiante. A hora que eu entrei na sala a pediatra desceu gritando, louca, - chama Vivian agora -, porque a Maria tinha trazido as crianças sem dar o banho, que ela entende que é o banho adequado... e aí gritou muito com a moça... humilhou muito a moça... Eu fiquei dois anos, eu e a Suelen... tentando fazer essa moça pôr os pés aqui na UBS... e essa foi a primeira vez que ela veio na UBS... Acabou com tudo, com tudo, assim, em minutos, ela gritou... ela esperneou... mas ela gritava mesmo, uma coisa assim... muito absurda, muito feia... (Vivian, assistente social).

Em todos os momentos em que a usuária buscou o serviço, porém, parece pouco ter sido vista ou ouvida, como citado pela assistente social. Teixeira (2000), refere que:

“conhecemos mal as bases sobre as quais esse “acordo sobre as necessidades a serem satisfeitas” se faz possível, sobretudo porque

conhecemos mal as interpretações da população usuária a respeito do serviço e seu modo de organização, e é superficial nosso conhecimento a respeito de sua utilização efetiva” (Teixeira, 2000: 258).

Nilda é cobrada para que cuide bem das crianças, de modo que essas superem a ausência do pai e, nesse caso, a violência que sofreu na infância e continua até o momento (Meyer et al., 2012).

A partir desse 1º ruído se estruturam os outros, pois o não reconhecimento da história pregressa de violência de *Nilda* está na base de uma sequência de falhas comunicativas na assistência.

O 2º ruído identificado se refere à pouca valorização da denúncia que *Nilda* fez do companheiro na delegacia pela violência doméstica perpetrada por ele, mas que ficou apenas 3 dias preso. *Nilda* refere estar jurada de morte por ter acionado a polícia na comunidade em que mora, já que a lei da comunidade não permite a entrada da polícia militar. Para o *Auxiliar de enfermagem Jota*, a saída da prisão do marido de *Nilda* aconteceu por ela ter retirado a queixa, ação não confirmada pela usuária, que acrescentou ainda ter ouvido do juiz que ela deveria ficar com o companheiro.

(...) ela retirou a queixa... ela... ela ia na Delegacia... a Nilda ela... não sei em que momento ela acha que... acho que ela nunca teve uma pessoa para poder ouvi-la, sabe? De fato, uma pessoa? Deixa criar um vínculo com ela, ela fica meio assim... sabe... se abrir... ela... é complicado, porque... ela sofreu muita violência, sabe, ela tem muita coisa para falar, e ela não fala (Jota, auxiliar de enfermagem)

(...) foi lá pegou e deixou ele só três dias, depois soltou de novo. Aí ele ia para o Tremembé, né, aí deu a desculpa que não tinha vaga... eu falei: - delegacia não vai ter vaga pro preso? Aí ele deu aquela desculpa – ah, a delegada falou que não tinha vaga, não sei o que... então vamos soltar... pererê, pererê e, foi assim... Aí dando só trabalho também por causa da pressão... na delegacia também é difícil pra achar os remédios, aí foi isso também, o jeito foi ser obrigado a soltar (Nilda)

(Quando acontece briga em casa) sim... às vezes vem as vizinhas... aí fica um tumulto, meu Deus... que eu já começo a ficar nervosa, tenho problema de pressão alta... já vou para o meio da rua gritando... que eu já saio assim... estou descontrolada... – ah, vou chamar a viatura, que vocês não resolvem nada... -, aí falam – ah, você pode chamar, mas tem que sair com a viatura, porque se entrar de novo você morre... -, eu sou jurada aí por causa disso aí. Esses dias ficou um lá, nossa... ele ficou nervoso, falando para meu filho, né, esse de 16 anos... – ah, ela tem que saber... que não sei o quê, quero conversar com você porque eu quero

saber se é a sua mãe, a sua mãe tem celular? Foi ela que ligou pra polícia... que não sei o quê... ela sabe suja nós, ela não pode. Aí nós falamos: - não, quer entrar dentro da minha casa pode verificar meu filho, celular não tenho, não sei nem mexer... Então vocês vão achar como? Porque fica gravado, eles vão ver né, se a gente chama... porque tem celular que fica né... o número da polícia e tudo. Aí eles falaram assim: -- se nós achar vamos saber que é ela... -, eu falei – meu filho, você pode procurar que não vai ter nada (Nilda).

Eu... pelo juiz eu não posso fazer nada, tenho que aceitar, ele mesmo falou, a gente não pode ficar separado..., mas sem briga, né... ele no canto dele faz o que ele quer e eu faço as minhas coisas, a minha parte também. Moro com ele, mas é a mesma coisa que nada... eu que tenho que arrumar tudo, ele não me ajuda em quase nada... (Nilda)

Nilda realiza várias ações no sentido de seu fortalecimento, mas as instituições respondem muito fragilmente no que se refere a garantia de seus direitos.

A condição de pobreza extrema e a violência sexual contra as crianças faz com que a equipe foque no cuidado às crianças, condição que se distancia do cuidado integral ao desconsiderar a dinâmica cotidiana da vida dessas crianças, incluindo as pessoas que cuidam delas e como o fazem, pois, no caso, *Nilda* também tem uma longa história de violência.

A gente fez muitas intervenções... a gente nunca acreditou, na realidade, desde o começo, quando a gente começou a fazer o relato da Nilda, ninguém acreditou que a gente ia conseguir alguma coisa... o que mais mobiliza são duas coisas. A violência incrustada na família, que é a violência sexual, que você vê que passa de geração em geração... e se tornou uma coisa comum e normal... e o nível de miséria, de pobreza. Isso chama muito a atenção, muito! (Tania, enfermeira).

A condição de miséria da família mobiliza a equipe a agir, porém, sem considerar os planos de *Nilda*, já que a caridade parece sobrepujar a dimensão de direitos sociais.

Porque se ela não consegue ter perspectivas para a vida dela, para além de este sujeito... ela não se vê como sujeito. Ela não se enxerga como sujeito. Ela enxerga ele, que ela precisa dele, né? Ela diminui, realmente ela inferioriza a sua condição de espécie, de conseguir se superar (Vivian, assistente social)

Sonho as pessoas não sabem, é nesse sentido que eu falo, não desmerecendo, porque eu gosto muito das pessoas de lá... e aí eu sempre estou lá também, visitando as famílias de lá... então... mas eu vejo... assim... estou dentro de uma cidade que foi esquecida no mundo, e está

ali... e o que eu peguei em um caso, que é o caso da Nilda... é (Jota, auxiliar de enfermagem)

Mas você vai conseguir instrumentalizar pelo menos as pessoas que podem fazer alguma mudança, sabe? Que são as crianças.... Não que o futuro está ali com as crianças, mas... você pode instrumentalizar elas, sabe... mostrar – olha, isso aqui não é normal, isso aqui é errado... isso é errado... isso aqui é um crime, você sabia? -, coisas assim...do tipo – não aceita tudo... porque isso é ruim, sabe? Tenha ações, perspectivas... -. Porque todos eles quando eu questionava... todos os filhos da Nilda, porque eu questionava – você mudaria algo na sua vida? -, eles...nenhum deles se manifestou nisso e aí quando questionava as crianças – e você pensa em ser alguma coisa? -, a criança falava assim – ah, eu queria tanto... ser alguém, tio -, é tão horrível você ouvir isso... ser uma pessoa... ser alguém.... Você quer ser alguém... a pessoa sabe? o que é ser alguém? – Ah, quero ser assim que nem o tio, trabalhar, sabe? e andar assim bonito -, é horrível você ouvir isso, né (Jota, auxiliar de enfermagem).

Apesar de os profissionais envolvidos considerarem a condição da família muito grave, a *enfermeira Tania* refere que parar a violência não é a única necessidade na família, mas também que o Estado assuma a sua responsabilidade em garantir os direitos das pessoas, principalmente sob condições extremas de vulnerabilidade.

R: porque na realidade é assim... você está mexendo com algumas coisas que você vai ter que mudar a máquina.... Quando você fala de violência você vai ter que mexer em algumas coisas drasticamente. Você vai ter que, basicamente, você vai ter que melhorar o saneamento básico dessas famílias. Nossa.... Elas não têm água quente, é pouco... mas dá um impacto. Escola, vai dar um impacto. Você tem que mudar o olhar que você vê a população. Então, hoje, como é que se olha? Invasão... o que eu vou fazer com esse povo que invadiu? Tirar eles de lá e colocar em algum outro lugar. Que outro lugar vocês vão pôr? Não sei..., mas eu vou pôr em outro lugar. Então, é aquela transferência das pessoas, sem olhar para elas...? Então, elas precisam entender que elas fazem parte da máquina, elas não têm essa visão, elas têm direitos também. Então, quando você mudar a cabeça delas... elas vão começar a cobrar a política. É isso que não se faz (Tania, enfermeira).

Tania fala que o Estado não reconhece a população pobre como sujeitos de direitos. A ela são negados direitos básicos como o saneamento básico, a moradia e a educação e, para enfrentar a violência, é necessário que essa população seja realmente vista e assistida. Santos (2013) refere que essas violações de direitos, principalmente da população marginalizada, são resultantes do capitalismo, que estrutura a sociedade e,

portanto, permanecem às vezes invisíveis ou como resultantes do pouco esforço das próprias pessoas que moram ou vivem sob condições desumanas.

O 3º ruído identificado se refere à fragilidade da rede em não atuar como apoio para a garantia dos direitos de *Nilda* à não violência. Como o caso era complexo e mobilizou fortemente algumas profissionais, duas reuniões mensais da Rede da Supervisão de Saúde foram tomadas pelo relato da família de *Nilda*. A partir dos relatórios das duas reuniões de que uma pesquisadora participou, aparece o constante julgamento de *Nilda* e a irritabilidade com o fato de ela ser negligente com as crianças, sendo identificada como a “chefe de quadrilha”: “alguém com características manipuladoras que utilizaria para encobrir a violência vivida por todos e calar os familiares diante dos questionamentos dos profissionais durante as visitas domiciliares” (diário de campo, da primeira reunião).

Na segunda reunião da Rede fica evidente o trabalho apenas com as crianças e na avaliação de como institucionalizar todas as crianças sem confronto com a comunidade em que vivem, para além da preocupação com o atendimento delas, já que *Nilda* não estava mais levando uma das filhas ao atendimento psicológico no CAPS. A *enfermeira Tania* reforça a ausência do estado na comunidade em que a família vive e considera essa uma violação de direitos também para as crianças, e então é proposto que membros do poder público participem em outras reuniões. Nesse momento, o representante do conselho tutelar relata que o pai das crianças estava preso, pois a comunidade estava ameaçando linchá-lo quando um policial chegou e o deteu por constar em sua ficha policial queixa de abuso sexual infantil; essa “finalização” do caso é comemorada pela rede, que encerra a reunião sem nenhum outro encaminhamento.

Em ambas as reuniões, as profissionais de saúde se sentiram desvalorizadas acerca das intervenções realizadas até então, as visitas domiciliares e o agendamento de consulta para as crianças e a tentativa de manter vínculo com a família, e por não receber nenhum apoio ou orientação para melhorar a condução do cuidado.

R: mobilizou todo mundo... o CAPS adultos, o CAPS infantil... e alguns outros equipamentos, porque algumas reuniões são intersetoriais e o CRAS acaba participando, que é a atenção básica, em relação a proteção social (Vivian, assistente social)

Então eles achavam que não era verdade, - imagina... isso não é real, vocês estão fazendo alguma coisa errada -. Eles viravam para a gente e falavam assim então – vocês têm que fazer intervenção, você tem que

fazer um fluxo de intervenção com essa paciente, mas a gente já interviu, a gente já conversou, a gente já encaminhou, a gente já abriu as portas da unidade, já fez tudo isso, e não teve o que fazer... (Tania, Enfermeira)

Foi uma discussão que teve o... era o caso da Nilda e só tinha eu daqui. E... aí quando no dia seguinte eu voltei aqui, falei – oh, se tiver alguma reunião de saúde mental e eu tiver que ir sozinha, eu não vou mais, porque fui massacrada ontem -, realmente, eu fiquei péssima. Foi muito ruim aquela reunião. Porque nesta reunião colocavam que tudo que nós tínhamos feito em relação às ações direcionadas à família da Nilda... tinham sido insuficientes (a oferta de consultas médicas para as crianças e as visitas domiciliares pela EqSF) ... né... nem digo que foram suficientes, mas não menosprezar aquilo que foi feito... (...) não, naquele momento não houve uma sugestão (Vivian, assistente social)

O caso de *Nilda* foi considerado tão grave que os profissionais da própria rede não acreditam no que as profissionais da UBS relatam e, ao mesmo tempo, a rede montada não se articula de modo a ser reconhecida como suporte para a equipe.

A rede é fraca, ela é péssima. Uma articulação deplorável, uma articulação que não existe. E ela é muito assim... limitada, entendeu? Ela... ela vai se você de repente chega lá no serviço social e você fala – olha, aconteceu tal coisa assim... -, - ah, tá... eu vou.... não... a gente aciona tal coisa e tal... -, mas... a gente fica perdido, porque a gente... gostaria de ter já... ter iniciativa, né? (Jota, auxiliar de enfermagem)

A falta de comunicação se coloca como uma questão nas narrativas das profissionais entrevistadas, mas, por outro lado, a abordagem organizada no trabalho com a família diverge tanto dentro da própria equipe de trabalho como na rede. Aparentemente, *Vivian* se preocupa com *Nilda* e a sua abordagem tem um olhar assistencial que busca a garantia da condição de sujeito de direitos da usuária, diferentemente dos outros profissionais envolvidos no caso, tanto da UBS como na rede, que se preocupam em restaurar a família a partir do cuidado focado nas crianças, para que tenham perspectiva de vida futura. Identificar qual é a perspectiva da assistência é importante para refletir nas ações a ser pensadas na assistência aos casos. As abordagens feministas se baseiam na perspectiva de gênero e tendem a centrar-se nas mulheres para a retomada da condição de sujeitas de direitos, que é uma luta em prol da construção da autonomia e do resgate de sonhos e planos possíveis para a vida. As abordagens familistas tendem a negar as desigualdades de gênero e a violência é compreendida como desvio de comportamento ou um problema de ordem moral e religiosa, passível de julgamento (Santos, 2015).

Outro apontamento é a distância que as mulheres precisam percorrer para acessar os serviços da rede, quando encaminhadas. Há uma crítica de que o Estado, apesar de criar serviços para a população mais vulnerável, não instala os serviços nessas regiões e, conseqüentemente, o que se constrói para facilitar o acesso a direitos não acontece.

Tinha que ter iniciativa, acho que tinha que partir de todos... essa iniciativa. Os equipamentos são limitados. Então, equipamento limitado, limita profissional. Limitou, você limita todo mundo e quando vai ver você perde o paciente. Aí você vê que é um projeto, né, e aí falaram – tem que colocar aqui, em uma determinada área, que é uma área nobre... e tal... -, eu falei – gente, pelo amor de Deus, esse é instrumento de equipamento social que tinha que ter em todo bairro -, você entende? Os bairros têm que ter equipamentos sociais assim. É assim, porque o que acontece? Você diminui aquela... você aumenta a produtividade em relação a aquele seguimento, e você diminui o.... Aí você passa a que? A dar tratamento de qualidade (Jota, assistente social).

Um dos principais instrumentos e, ao mesmo tempo, uma grande dificuldade, está na articulação entre os diferentes serviços da rede. A rede é a principal potência para dar suporte às mulheres no enfrentamento da violência, já este problema é social, e exige a comunicação das diferentes áreas, nos diferentes serviços e entre os diferentes profissionais, principal dificuldade nesse processo (Schraiber et al., 2012).

As experiências relatadas por *Vivian e Tania* nas duas reuniões da rede mostraram a dificuldade para a construção de um plano assistencial que tenha uma visão ampliada sobre o caso e que trabalhe sob a perspectiva de pensar conjuntamente em estratégias de enfrentamento. A má comunicação instaurada no momento da produção coletiva se pôs como barreira, já que as profissionais se sentiram mal e disseram não voltar sozinhas para novas reuniões, condição que enfraquece a equipe e que afeta a assistência a ser prestada à usuária e às crianças (d'Oliveira; Schraiber, 2013).

Nesse sentido, também aparece a queixa da profissional ao atender o caso, da angústia sentida com a falta de suporte assistencial na rede:

R: eu fico mal com os casos, né? O caso da Nilda é um caso que... agora não, está assim... estou bem em relação a isso.... Mas chegou um momento que era tão angustiante, tão angustiante, que eu tinha a sensação que eu corria atrás de mim, que eu não saía do lugar.... é, porque você direciona para uma coisa... a pessoa chega... tem a porta fechada. Direcionada para outra coisa, a pessoa chega e tem a porta fechada. Você direciona para outra e a pessoa não tem recursos básicos, né, necessários para chegar até lá. Então isso vai provocando uma angústia em determinados momentos, e dependendo da quantidade de

casos que se está atendendo naquele momento... que é muito ruim para nós. Isso acaba provocando um adoecimento mental em nós aliás (Vivian, assistente social).

A fragmentação dos serviços, as respostas desencontradas e a falta de resolutividade na perspectiva da garantia plena dos direitos das mulheres geram um alto custo emocional e o sentimento de frustração nas profissionais que aceitam e lidam mais diretamente com a violência nos diferentes serviços, já que quem assume essas responsabilidades são as mulheres enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, nutricionistas e médicas (Penso et al., 2010). O trabalho com o tema da violência emerge sentimentos e, ao mesmo tempo que angustia produz reflexões acerca da própria vida (Meneghel et al., 2000).

No caso de *Nilda*, foi identificada uma pontencialidade, que se refere à percepção das profissionais sobre o bom cuidado da usuária para com os filhos, e com a dureza cotidiana de sua vida, e *Tania* chegou a citar “... não entendo como *Nilda* até hoje não tomou um remedinho ...” reforçando a carga enfrentada cotidianamente pela usuária, que, mesmo assim, mantém uma relação de atenção e cuidado para com os filhos.

(...) ajude a minha filha, minha filha está assim... ajude meu outro filho, que meu filho está assim, olhe o Renato, está sem orelha -, e assim por diante.... Então, ela pede ajuda para os filhos. Ela entende que isso não é bom para os filhos, mas ela também não compreende que a situação só está como está porque ela se permite viver assim. Aí eu também coloco a mesma pauta, Nilda só conseguirá mudar o seu contexto se ela tiver a dimensão que ela é o agente transformador (Vivian, assistente social).

Uma coisa bonita que ela tem, que é um fato que a gente não pode negar, que ela... tudo que ela pensa é pelos filhos, é uma coisa muito forte. Ela ama muito os filhos, ela tem um amor muito forte pelos filhos, você percebe, que a Nilda gosta muito dos filhos. Porque tudo que ela vem aqui... quando ela vem aqui, fala – olha, sabe, Jota... é que a minha filha... -, você já sabe, não é nada dela, - minha filha... meu filho... não sei o que... -, e sempre foi assim. Então, acho que é uma coisa legal nela. Ela... acho que sofreu a violência, mas ela tem uma coisa com os filhos, sabe? Que é muito forte, ela tem um carinho muito forte pelos filhos, sabe? E todos os filhos tem um carinho por ela. Engraçado, os filhos têm um carinho por ela (Jota, auxiliar de enfermagem).

Apesar de as profissionais identificarem potências na relação de *Nilda* com os filhos, em nome da pobreza as profissionais tendem a naturalizar a violência como parte da vida das mulheres pobres e culpá-las por aceitar viver sob condições desumanas

(d'Oliveira; Schraiber, 2013). No caso de *Nilda*, a invisibilidade da violência que sofreu na infância e a atual é tão grande que não houve ainda nenhuma proposta assistencial para ela, nem mesmo a medicação psiquiátrica foi prescrita, prática comum em casos de violência.

OS CASOS DISCUTIDOS

Esta tese analisou quatro casos de mulheres em situação de violência doméstica de gênero, que tiveram a situação de violência identificada nas UBS e foram assistidas nessas instituições. Dois casos foram das UBS Uruguai e Cuba, consideradas organizadas quanto à assistência em violência e/ou NPV estruturado, e dois casos das UBS Brasil e Chile, que ainda estavam estruturando o NPV e a assistência em violência nos serviços.

As mulheres que participaram desta tese são diferentes entre si no que se refere à condição social, à cor de pele e à própria história de violência. As diferenças entre elas aparentemente não mobilizaram as profissionais a compreenderem a situação a partir da perspectiva das mulheres de modo a contribuir para que a assistência potencialize o enfrentamento da violência e a garantia de direitos.

No que se refere à invisibilidade da violência, destaca-se neste estudo que a condição de invisibilidade, entendida como a não tomada do problema da violência como objeto do trabalho em saúde, esteve muito presente, mesmo quando a violência era conhecida de um ou mais membros da equipe. Quando não são explicitamente declaradas, as situações de violência ainda assim são percebidas pelas profissionais. Uma ACS inclusive cita que não é necessário que as mulheres falem sobre a violência para saber que ela acontece, “*pois ela está marcada no corpo, no modo de andar e de falar das mulheres*”. As narrativas trazem que são muitos os casos de violência no território e a equipe assume o caso apenas quando as mulheres pedem ajuda diretamente, ou eventualmente quando há crianças envolvidas. Essa espera do pedido de ajuda apesar do conhecimento da violência, ou mesmo do relato de episódios pelas mulheres, aconteceu tanto no caso de *Lúcia*, assistida por UBS com o trabalho em violência organizado, como no caso de *Esmeraldina*, assistida por UBS sem o trabalho em violência organizado. Pareceu comum que as ACS ouçam os ‘desabafos’ das mulheres, mas ponderem se o caso é grave o suficiente para deflagrar ações do serviço (tratando casos de violência psicológica como menos sérios), e avaliam se a mulher realmente gostaria de mudar sua situação.

A presença de crianças na casa mobiliza a equipe a atuar no enfrentamento da violência, mesmo quando as mulheres não pedem ajuda. A mobilização/intervenção a partir das crianças pode seguir invisibilizando a violência contra a mulher, como foi o

caso de *Nilda*, que sofreu violência sexual na infância e agora vive violência psicológica, física e sexual pelo parceiro. As ações do serviço foram voltadas à proteção das crianças, seus filhos. Ela é descrita pelos profissionais desde mãe cuidadosa até chefe da quadrilha. A forma como ela é vista pelos profissionais e os problemas reconhecidos como passíveis de propostas de intervenção são articulados. Neste exemplo, nota-se o quanto a orientação do serviço e dos profissionais é “familista”, e distante da perspectiva de gênero (Santos, 2015), apesar da postura de respeito aos direitos da mulher da assistente social do serviço.

Identificar casos ou atendê-los gera sentimentos diversos nas profissionais de saúde, principalmente impotência e angústia. As ACS se percebem como “olheiras” na comunidade, mas dependem da decisão assistencial das profissionais de nível superior que nem sempre oferecem todo o suporte que elas, ACS, consideram necessário às mulheres e a elas mesmas.

Para as profissionais de nível superior, os sentimentos de impotência e angústia se relacionam com a responsabilidade assistencial e a preocupação com o risco de morte tanto das mulheres como das crianças. Percebe-se que as profissionais que passam a ter contato mais próximo com as mulheres, que são, principalmente, as assistentes sociais e as enfermeiras, tendem a agir, mas nem sempre as ações organizadas se embasam na perspectiva da garantia de direitos e no respeito às escolhas das mulheres, ou seja, na garantia da autonomia das mulheres na construção de um plano assistencial compartilhado.

O contexto que se coloca com a invisibilidade assistencial da violência tem impactos importantes na qualidade da assistência prestada às mulheres e às crianças. A assistência em saúde tende, tradicionalmente, a atuar sobre a resolução dos sofrimentos que atingem o corpo biológico, pois busca “... captar o sofrimento como doença, localizar a doença no corpo, agir sobre as alterações patológicas e, adicionalmente, restituir o doente à vida social cotidiana ...” (Schraiber, 2008: 38). Nesse sentido, a violência exige uma assistência para além do olhar do profissional para o corpo físico das mulheres, mas para as suas vidas, crenças etc., que exige que os profissionais tenham uma outra percepção sobre o significado do trabalho em saúde.

Tomar como objeto de trabalho a violência não significa necessariamente respeitar o tempo e considerar os projetos de felicidade das mulheres. Os obstáculos encontrados nos fluxos foram, muitas vezes, relacionados a falta de escuta das mulheres, como a não consideração dos desejos e planos delas para o enfrentamento do problema. As ações

prescritivas das profissionais aconteceram durante a assistência em que há conhecimento da situação de violência, como visto nos casos de *Lúcia*, *Esmeraldina* e *Nilda*. Uma profissional que participou da assistência de *Lúcia* referiu que a abordagem para com a usuária não foi adequada, mas foi a melhor possível, já que a equipe não tinha alternativas para oferecer. Na impossibilidade de respeitar tempos e propostas assistenciais pouco “intervencionistas”, as profissionais, especialmente médicas e enfermeiras, se vêem coagidas a “agir”, consoante com sua formação e cultura profissional. As imposições assistenciais às mulheres se distanciam do cuidado integral, pois as propostas, na maioria das vezes, não respondem às necessidades das usuárias.

Lúcia, em seu relato, mostrou como a assistência em violência não é uma ação incisiva, imediata no que se refere a sua resolução, ao contrário do que pensam as profissionais de saúde. A usuária referiu que a principal assistência recebida foi ser ouvida e orientada quando achou necessário, espaço cedido pelas profissionais somente após o esgotamento das intervenções propostas pela equipe e vista por elas como uma “conduta expectante”. Os facilitadores encontrados na assistência são em sua maioria relacionados à escuta e valorização das demandas e posturas das mulheres em relação aos casos, e os obstáculos muitas vezes são compostos de desqualificação da violência de gênero, visões familistas e intervenções imediatistas e prescritivas.

Foi identificado neste estudo que a composição assistencial com a saúde mental nem sempre contribui para dar destaque a situação de violência pelas mulheres, no sentido de que a prática da psicologia tende a individualizar o problema e, conseqüentemente, desconectá-lo das relações de gênero e outros eixos de desigualdade, e então tenciona negativamente para que o problema seja mantido como parte da responsabilidade ou culpa exclusiva das mulheres. No caso de *Esmeraldina*, porém, a psicóloga participou ativamente da articulação assistencial e do encaminhamento da usuária para a casa Eliane de Grammont.

Foi possível identificar também o quanto as profissionais de saúde da APS têm pouca articulação com a rede de serviços para o enfrentamento da violência contra as mulheres. A tendência identificada é compreender a delegacia como o principal serviço a ser ofertado. Por outro lado, fica visível que, quando o serviço dispõe de profissionais de saúde que acolhem e escutam as mulheres, a assistência tende a ser positiva e apoiadora no enfrentamento da violência, tornando menos crítica a rota das mulheres.

CAPÍTULO 4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Analizamos a assistência em violência prestada pelas profissionais de saúde, e como as mulheres perceberam esse cuidado no que se refere ao enfrentamento da violência doméstica de gênero a partir da APS. Nesse processo, percebemos tensões e expectativas principalmente das profissionais na condução da assistência às mulheres em situação de violência. Nossa motivação foi identificar potencialidades assistenciais aplicadas sob o referencial da equidade de gênero e dos direitos humanos para apoiar a reflexão das práticas assistenciais em violência, de modo a superar a recusa tecnológica da violência de gênero como objeto do trabalho em saúde.

Percebemos que a situação de violência doméstica de gênero das mulheres é ouvida e identificada no território pelas ACS, pela própria comunidade, que avisa aos ACS, e pelas profissionais, durante a assistência individual nas UBS. A violência é identificada, mas não é necessariamente acolhida. A assistência em violência só acontece quando as mulheres pedem ajuda diretamente à equipe de saúde, ou quando há crianças envolvidas na situação.

O não acolhimento da violência aparece pela ausência de pedido de ajuda formal por parte das mulheres, pelo sentimento de impotência das profissionais de saúde e pelo julgamento intensificado das mulheres na presença de crianças que também sofrem violência, sendo vistas como mulheres que se submetem ou aceitam sofrer violência. A prioridade assistencial tende a ser às crianças, mediante as situações de violência pela maior responsabilidade das profissionais em garantir o seu bem-estar.

Quando os casos entram para a assistência, as ações ofertadas tendem a ser verticalizadas, tomadas como ação de responsabilidade exclusiva das profissionais de saúde. Essa prática não inclui os projetos de felicidade das mulheres e, portanto, a assistência que se estabelece é distanciada da integralidade, sem grande potencial para tornar menos crítica a rota das mulheres na superação da violência. E, por que a assistência tende a ser verticalizada?

Uma primeira resposta possível se dá pela urgência da equipe em resolver o problema da violência. Assim, são impostas todas as alternativas assistenciais pensadas pela equipe, que nem sempre são positivas e, quando elas se esgotam, fica a proposta melhor avaliada pelas mulheres: a possibilidade de buscarem a UBS sempre que

precisarem, onde serão ouvidas, acolhidas e orientadas. Esse processo mostra a importância do compartilhamento do problema entre profissional de saúde e mulher assistida, com a garantia de que sejam ouvidas e respeitadas em sua autonomia para decidir sobre os caminhos possíveis para o enfrentamento da violência.

A segunda resposta possível está na dificuldade em lidar com algumas mulheres em situação de violência que demandam intensamente atenção da equipe e, aparentemente, são pouco reconhecidas como passíveis de diálogo e na construção de um plano assistencial compartilhado. Esse contexto exige muito do profissional que assiste a mulher, pois é uma condição que reforça as desigualdades de gênero que estruturam a sociedade e que pode facilmente ser reproduzida quando a mulher não é compreendida em sua autonomia.

Por último, coloca-se a não valorização das ações já realizadas pelas mulheres para o enfrentamento da violência, e uma prática embasada em julgamentos das mulheres como permissivas para com a violência sofrida por elas e pelas crianças, principalmente as que se encontram sob condição de extrema pobreza. Essa prática se distancia da perspectiva de gênero e, conseqüentemente, reforça a culpa das mulheres quando, pela condição de extrema pobreza, elas são vistas como aceitando e se submetendo a viver sob tais situações, sendo consideradas pouco autônomas ou competentes para tomar decisões sobre si próprias e seus filhos.

Apesar dos apontamentos citados, foram identificadas potencialidades assistenciais valorizadas pelas mulheres e que sinalizam caminhos para contribuir para a superação da violência por elas, e para que a violência seja reconhecida como um problema de saúde.

Uma primeira potencialidade identificada se refere às práticas assistenciais focadas em garantir a saúde como um direito. A prática sob a perspectiva da integralidade contribuiu para modificar as representações sociais de duas mulheres sobre saúde; ambas identificam a saúde como bem-estar, e não como a ausência de doenças. A assistência se estruturou sob a oferta da escuta ativa, busca de compreensão das mulheres sobre a própria vida e sobre os problemas que interferem em sua saúde.

Outra potencialidade se refere ao modo como a equipe de saúde, principalmente as psicólogas, as assistentes sociais e as enfermeiras, acolhe as mulheres quando falam da violência que sofrem. O acolhimento contribui para que elas se sintam valorizadas. Esses espaços de escuta, aparentemente, em três unidades de saúde não aconteciam em horário marcado ou com agendamento exclusivo para a assistência em violência, mas eram

disponibilizados sempre que elas buscavam a UBS. Apenas um serviço tinha um ambulatório específico para esse atendimento, apesar de toda a equipe estar treinada para acolher a mulher em qualquer outro momento em que fosse buscado.

A escuta ativa e a compreensão dos condicionantes envolvidos na situação de violência têm potencial para barrar possíveis situações de violência institucional que se colocam, principalmente quando há crianças envolvidas na situação de violência.

Esses são caminhos a construir junto das mulheres e dos serviços da rede de enfrentamento, de modo a diminuir a carga de responsabilidade dos profissionais de saúde, como repensar a assistência que acontece não especificamente pela oferta de tratamento, mas de outros encontros assistenciais que se baseiem na garantia dos direitos das mulheres a uma vida sem violência.

Tanto as mulheres como as profissionais de saúde reconhecem as desigualdades de gênero que permeiam a sociedade. Apesar disso, as profissionais de saúde tendem a reproduzir as desigualdades de gênero nas práticas assistenciais ofertadas às mulheres.

Finalmente, esperamos que este trabalho traga contribuições para a discussão sobre as práticas assistenciais na APS às mulheres em situação de violência doméstica de gênero, sob a responsabilidade de garantir a equidade de gênero e uma vida sem violência às mulheres, além de compreender que as mulheres são diferentes entre si e, portanto, o enfrentamento da violência será diferente para cada uma delas e os tempos precisam ser respeitados, ressaltando a condição de risco de morte dessas mulheres.

Como sugestão, propomos o avanço nas reflexões acerca dos marcadores de diferença, como classe social e raça, na assistência em saúde às mulheres em situação de violência doméstica de gênero, que estão invisibilizados, porém, mostram-se presentes no que se refere a legitimar práticas por parte das profissionais, principalmente mediante situação de extrema pobreza, condição em que estão principalmente as mulheres negras. Discussões que podem contribuir para garantir a integralidade na assistência e, assim, garantir o direito a uma vida sem violência.

Anexos

A. Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da FMUSP

APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, em sessão de **26/06/2013**, **APROVOU** o Protocolo de Pesquisa nº **234/13** intitulado: **“ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E O CUIDADO INTEGRAL EM VIOLÊNCIA DOMÉSTICA DE GÊNERO: ESTUDO SOBRE A ROTA CRÍTICA DAS MULHERES E CRIANÇAS E REDES INTERSETORIAIS.”** apresentado pelo **Departamento de MEDICINA PREVENTIVA**

Cabe ao pesquisador elaborar e apresentar ao CEP-FMUSP, os relatórios parciais e final sobre a pesquisa (Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 196, de 10/10/1996, inciso IX.2, letra "c").

Pesquisador (a) Responsável: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

Pesquisador (a) Executante: Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira

CEP-FMUSP, 01 de Julho de 2013.

Prof. Dr. Roger Chammas
Coordenador
Comitê de Ética em Pesquisa

B. Aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo, SP

**PREFEITURA DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO OESTE**

São Paulo, 19 de abril de 2013

À
Pesquisadora Ana Flavia Pires Lucas

Manifestamos nosso parecer favorável à realização da pesquisa **Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais**, da pesquisadora **Ana Flávia Pires Lucas**, em Unidades desta Coordenadoria.

Esta autorização está condicionada ao parecer de aprovado do CEP/SMS.

ALEXANDRE NEMES FILHO
Coordenador de Saúde
Coordenadoria Regional de Saúde Centro-Oeste

ANF/Ilo

C. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar da pesquisa “Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais”, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob a coordenação da Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer, em uma região delimitada da cidade de São Paulo, as políticas voltadas à violência doméstica, a organização dos serviços voltados ao problema e como se dão as interações e os fluxos entre os profissionais de atenção primária e os profissionais atuantes em serviços específicos pertencentes a diferentes setores assistenciais para o atendimento à violência doméstica, além de como estas relações afetam as rotas das mulheres e crianças em situações de violência intrafamiliar tomada da perspectiva de gênero. Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigado (a) a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha começado ou depois de terminada, sem que isto lhe acarrete nenhum tipo de constrangimento comigo ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculada. Sua participação também não implicará em qualquer despesa pessoal para você. Da mesma forma não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação.

Para que eu possa registrar exatamente tudo o que você me disser precisarei gravar esta entrevista. Contudo, garantimos que estas informações serão confidenciais e nem o seu nome nem o da instituição a qual você está vinculado (a) serão revelados. Garantimos, portanto o seu anonimato e, por essa razão, ao término da pesquisa as gravações serão destruídas. Também nos comprometemos a utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa. Caso falar sobre esse tema ou recordações a respeito lhe tragam qualquer tipo de desconforto durante a entrevista ou depois, nos comprometemos a encaminhá-lo (a) para um especialista que possa ajudá-lo (a), mas lembramos que você é livre para desistir ou interromper esta entrevista a qualquer momento. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço da pesquisadora responsável. Pode fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira, que pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170 ou pelo telefone 30617085 Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais”. Eu discuti com a pesquisadora _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a acompanhamento psicológico se necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu trabalho ou atendimento no serviço onde fui contatado.

2013/14. São Paulo, _____ de _____

D. Carta convite às mulheres

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “As perspectivas de gênero e direitos humanos nas práticas assistenciais em serviços de Atenção Primária à Saúde” que está sendo realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo. Esta pesquisa tem por objetivo identificar, do ponto de vista das mulheres, quem são as pessoas, os serviços e as leis que ajudam a diminuir o sofrimento das mulheres. Pretende-se, com essa investigação, identificar as dificuldades dos serviços disponíveis em ajudar as mulheres a diminuir os sofrimentos. Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigada a aceitar este convite, e poderá desistir a qualquer momento. Todas as informações ditas na entrevista **não** serão anotadas em seu prontuário ou ditas no serviço de saúde, nem mesmo será mencionado o seu nome nesta pesquisa. Você receberá uma cópia do termo de consentimento, e terá o acesso ao telefone da pesquisadora caso queira entrar em contato para obter informações que não tenha entendimento em qualquer momento da pesquisa. Caso você aceite participar desta pesquisa, seu contato **será encaminhado** à pesquisadora, que entrará em contato contigo, por telefone, para marcar o melhor horário para que você participe da entrevista, que será realizada nesta Unidade Básica de Saúde.

Informações à equipe de saúde:

Pesquisadora de referência: **Maria Fernanda Terra**

Email: **mfterra@usp.br**

Telefones: **994044484 (claro)/ 948722647 (tim)**

Muito obrigada!

E. Roteiro das entrevistas

Nº da entrevista: /Data: / Entrevistadora:

I. Identificação:

1. Nome:
2. Idade:
3. Formação (graduação, pós e treinamento/especialização em violência/direitos humanos):
4. Email:
5. Serviço:
6. Função que desempenha:
7. Tempo de trabalho no serviço:

II. Exploração temática

A. Gênero e Direitos humanos

8. Fale sobre os papéis de homem e de mulher na sociedade. Quais são? o que você acha disso? Como deveriam ser?
9. Fale sobre os direitos sociais e humanos de mulheres e de homens. Como são? São os mesmos? O que você acha disso? Como deveria ser?
10. Você acha que sempre foi assim ou houve mudanças? A partir de quando?
11. Qual a relação dos direitos com a saúde?
12. O que você acha da dupla jornada? Como a saúde lida com isso?

B. Investigação sobre o serviço e experiência no trabalho com violência

13. Fale sobre os tipos de violência que você atende aqui no serviço? (*Crianças, mulheres, idosas e outras que apareçam; doméstica e comunitária; psicológica, sexual, física e negligência*). Existe alguma mais difícil de trabalhar? Mais importante ou comumente revelada? Você acha que as violências que as mulheres sofrem são diferentes das dos homens? E a das crianças? Como isto impacta a saúde das pessoas e o seu trabalho na saúde?
14. Fale sobre as ações que são desenvolvidas aqui na UBS, voltadas para a assistência em violência, e como se articulam com outras ações do serviço?
15. Há relação da violência contra a mulher, homem, criança e idoso dentro da mesma família? Qual? Como vocês trabalham quando há mais de uma vítima na mesma família? OU quando o agressor de um é vítima de outro? Qual a relação da violência contra mulheres e contra crianças?
16. Fale sobre a violência contra as crianças. Como aparece, o que vocês fazem para trabalhar estes casos?
17. Fale sobre a violência contra a mulher; que tipos conhece, o que sabe sobre e o que acha? Há casos que aparecem na rotina do seu trabalho? Porque você acha que esses casos aparecem? Você acha que deveriam mesmo aparecer? E se não aparecem, você acha que deveria fazer algo para que apareçam?
18. Quem são os profissionais que estão envolvidos com o trabalho com questões de violência (formação, quantidade e tempo do trabalho dedicado a isto)? Quais profissionais são mais centrais, qual o papel de cada um?
19. Foi uma escolha sua trabalhar na assistência a mulheres e/ou crianças e adolescentes em situação de violência? Como aconteceu?
20. Há quanto tempo trabalha com isso?
21. Fale sobre a sua formação para trabalhar com esse tema?
22. Você tem algum tipo de supervisão ou suporte no seu trabalho? Qual e como avalia?
23. Conte o caso que entrevistamos.
24. Fale sobre os seus conhecimentos sobre a Lei Maria da Penha? O que acha dessa lei? Vocês falam sobre ela às mulheres?
25. Fale sobre os seus conhecimentos sobre o ECA? O que acha?

26. O que você sabe sobre a notificação das violências? Qual a sua experiência com essa notificação; O que acha das notificações? Como deveria ser?
27. Fale sobre os obstáculos à implantação e implementação nas ações práticas dessas políticas, programas e leis? Houve mudanças?

C. Rede e Intersetorialidade

28. Fale sobre a relação com outros serviços, da saúde e fora dela. Você acha que essa relação é importante? Com quais serviços o seu se relaciona na hora de atender casos de crianças? E de mulheres? E de adolescentes?
29. Como conhece estes serviços da rede e como encaminha? (Reuniões, visitas, informação interna ao serviço).
30. O que acha da rede de instituições existentes para o trabalho com a violência?
31. Fale sobre o que você gostaria que eles fizessem, mas acha que não fazem?
32. Que tipo de serviços faltam para complementar/apoiar seu trabalho? Por quê?
33. O que mudou nas últimas décadas?
34. Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar ou explicar que considera importante?

Roteiro para a entrevista com as mulheres em situação de violência doméstica de gênero atendidas pelos profissionais de saúde na UBS

Nº da entrevista: / Data: / Entrevistadora:

III. Identificação:

35. Nome:
36. Idade:
37. Escolaridade:
38. Cor declarada:
39. Endereço:
40. Telefone de contato:
41. E-mail:
42. Situação trabalhista (ocupação, carteira assinada ou não, paga o INSS ou não):
43. Estado civil (no papel):
44. Estado civil atual:
45. Tempo de união com o atual (ou último parceiro):
46. Ocupação, idade e escolaridade do atual ou último parceiro:
47. Número de uniões:
48. Número de filhos com o atual ou último parceiro (sexo e idade):
49. Número de filhos de outras uniões (sexo e idade):
50. Recebe algum tipo de pensão?
51. Com quem vive no momento?
52. De quanto é renda familiar e quem contribui?

IV. Exploração temática

A. Histórico da situação de violência

53. Em sua opinião o que é uma violência contra mulher?
54. Que tipo de agressões e maus tratos você já sofreu (quando e como)? E por quem?
55. Quando começaram as brigas e agressões em casa com seu parceiro? E quanto tempo duraram (no caso de já não estar mais em situação de violência)?
56. Quais eram os principais motivos para as brigas e agressões?
57. Elas aconteciam na frente das crianças?
58. Aconteciam na frente de outras pessoas da família ou amigos?
59. Aconteciam em público?

60. Quando acontecia na frente dos outros, o que eles faziam? Como você se sentia?
61. Quando você passou a achar que isto era um problema que necessitava uma ação para interrompê-lo?
62. O que você fazia no início para lidar com a situação de violência?
63. O que passou a fazer com o tempo? O que esperava que acontecesse?
64. Que consequências estas suas ações tiveram para a situação de violência? Diminuiu ou mudou alguma coisa?
65. Era o que você esperava?
66. O que tinha vontade de fazer e não conseguia? Por quê?
67. Seu parceiro reconhecia a responsabilidade sobre as agressões que lhe fazia?
68. Quais eram as justificativas dele para tais atos violentos?
69. Vocês chegaram a conversar sobre isso para tentar encontrar uma resolução ou superação do problema? De quem foi a iniciativa? Como foi a conversa (o que combinaram)?
70. Depois disso houve alguma mudança no comportamento dele?

B. Histórico da violência contra os filhos

71. Algum de seus filhos alguma vez também sofreu algum tipo de agressão ou maus tratos dentro de casa? Que tipo e por parte de quem?
72. Como soube (presenciou, alguém contou, o próprio filho contou, viu algum indício da violência e qual)?
73. O que fez a esse respeito?
74. Como se sentiu?
75. Quantas vezes você acredita que isso tenha acontecido?
76. Seu filho reagiu de alguma forma quando sofreu a violência?
77. Você percebeu alguma mudança no comportamento dele?
78. Ele voltou a falar sobre isso com você?
79. Ele ou você falaram sobre isso com alguém? Quem? Qual era a intenção (pedir ajuda, desabafar, buscar punição...)?
80. Que consequências você acredita que essa violência tenha tido na vida de seu(s) filho(s)? O que te faz achar isso?
81. Alguma vez você agiu com violência contra algum de seus filhos (bateu, xingou, ameaçou, empurrou, humilhou, aprisionou)? Como foi?
82. Por que agiu assim? E como se sentiu depois? Fez algo a respeito?

C. Busca de ajuda – rede de apoio

83. Alguém da sua família ou dos amigos sabia da situação de violência que você vivia?
84. Alguém te apoiava?
85. Fez (ou ainda faz) questão de esconder o fato de alguma pessoa? Quem? Porquê?
86. Alguma pessoa procurou conversar com você e/ou auxiliá-la, sem que você tenha solicitado?
87. Você procurou alguém para conversar ou pedir ajuda? Quem?
88. O que esperava quando buscou o auxílio dessa pessoa?
89. Qual foi a resposta que teve?
90. Qual consequência esta aproximação (seu pedido de ajuda e/ou a ajuda da pessoa) teve para a situação de violência que você estava vivendo naquele momento?
91. Como é falar sobre isso para você?
92. O que você acha que as pessoas que sabem da sua história pensam a respeito dessa situação? Ou sobre você?
93. O que sente e pensa sobre ter que falar sobre isso com alguém?

D. Busca de ajuda – rede de referência

94. Pensou ou chegou a procurar alguma instituição/serviço para pedir ajuda? Qual ou quais?

95. Como foi atendida? Teve alguma dificuldade? (No caso de mais de uma instituição investigar como foi atendida e que tipo de ajuda recebeu em cada uma delas)
96. Recebeu informação e apoio que buscava? De que tipo?
97. Porque pensou em procurar essa instituição (ou essas)?
98. Porque não procurou outras instituições? (Citar as que não foram mencionadas pela entrevistada)
99. E o que acha sobre quem procura esse tipo de ajuda na instituição que você foi?
100. O que você acha sobre quem procura esse tipo de ajuda em outras instituições?
101. Aconselharia outra mulher na mesma situação a buscar ajuda em alguma instituição? Qual e porquê?

E. Gênero e Direitos humanos

102. O que é ser mulher para você?
103. Você acha que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens? Se não, o que seria diferente?
104. Você acha que homens e mulheres sofrem violência da mesma maneira (tipo, frequência, gravidade, locais, agressores)?
105. Você acha que a violência pode fazer algum mal para a saúde das mulheres e seus filhos? Qual e como?
106. Em sua opinião, qual seria a responsabilidade de homens, mulheres e da sociedade (serviços) na questão da violência doméstica contra mulher, criança e adolescente?
107. O que cada um deveria fazer para acabar com a violência doméstica?
108. Como você acha que poderíamos mudar esta situação?
109. Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar ou explicar que considera importante?

Para a análise dos prontuários - Caracterização do uso do serviço pelas mulheres

1. Há quanto tempo usa o serviço de saúde.
2. Como usa o serviço de saúde (os tipos de atendimentos recebidos).
3. Frequência que busca o serviço.
4. Tem registro de violência sofrida? Como se apresenta?
5. Registro de violência no último ano? Uso de serviço no último ano.

F. Mulheres desaparecidas, torturadas e mortas em razão da resistência à ditadura militar, femenageadas nesta tese⁹

Lúcia Maria de Souza (1944-73)

Filiação: Jovina Ferreira e José Augusto de Souza.

Mulher negra, carioca. Lúcia foi estudante da Escola de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro. Participou do movimento estudantil como integrante do PCdoB. Era responsável pela impressão e distribuição do Jornal *A Classe Operária* do Rio de Janeiro nos anos de 1969 e 1970. Quando entrou para a clandestinidade, foi viver no Araguaia. Destacou-se com parteira e no trabalho pesado na mata. Como membro do Destacamento A, utilizava o nome de Sônia. Morreu numa emboscada pela patrulha do exército. Segundo o relatório Arroyo, quando o comandante da patrulha perguntou a Sônia qual era o nome dela, ela respondeu que guerrilheira não tinha nome, e a resposta do comandante foi: “Tu queres liberdade, então toma (...)”, desfechando vários tiros, “(...) só paramos quando as balas das nossas metralhadoras terminaram. Ela ficou com mais de oitenta furos” (Dossiê Araguaia). Três moradores da região asseguram que o corpo de Sônia ficou na lama da Borracheira e se tornou repasto de animais.

Alceri Maria Gomes da Silva (1943-70)

Filiação: Odila Gomes da Silva e Oscar Tomaz da Silva.

Mulher negra, gaúcha e que trabalhava no escritório de uma fábrica em Canoas. Lá começou a participar do movimento operário e se filiou ao sindicato dos metalúrgicos. Em setembro de 1969 mudou-se para São Paulo, para militar como integrante da Vanguarda Popular Revolucionária (VPR). Depoimento de presos políticos de São Paulo denunciou o assassinato de Alceri e de Antônio Reis de Oliveira por agentes da Operação Bandeirantes (Oban), chefiados pelo capitão Maurício Lopes Lima. Ambos foram enterrados no Cemitério da Vila Formosa e o corpo deles nunca foram resgatados, apesar das tentativas da Comissão de Investigação da Vala de Perus em 1991. Sua morte abalou a família. Uma de suas irmãs se suicidou ingerindo soda cáustica e o pai morreu desgostos menos de dois anos depois que soube da morte da filha por meio de um delegado de Canoas.

⁹Os registros aqui citados foram retirados do livro *Direito à memória e à verdade: Luta, substantivo Feminino* (Merlino; Ojeda, 2010).

Esmeraldina Carvalho Cunha (1922-72).

Filiação: Menervina Carvalho Cunha e Cândido de Sena Cunha.

Morreu em 20 de outubro de 1972, aos 49 anos. Seu corpo foi encontrado na sala de sua casa, pendurado num fio de máquina elétrica. Baiana, foi casada com Tibúrcio Alves Cunha, com quem teve cinco filhas. Separada do marido, cuidou das filhas militantes:

- Nilda Carvalho Cunha, a mais nova, morreu um ano antes, 1971, após dois meses de prisão e tortura.
- Leônida, militante do PCB e da Polop.
- Lúcia foi presa, mas solta.
- Lourdes, a mais velha, foi cruelmente assediada por agentes do exército, ação que resultou em sérios problemas emocionais e comportamentais.

Esmeraldina, ao saber da prisão de Nilda, procurou os comandantes militares, o juiz de menores, advogados na tentativa de romper a incomunicabilidade imposta pelo regime. Apesar disso, só conseguiu ver a filha tempos depois, em péssimo estado em decorrência das torturas sofridas. Esmeraldina enfrentou, por duas vezes, o major Nilton de Albuquerque Cerqueira, um dos carcereiros da filha. Na primeira vez, o major tentou impor como condição para a soltura de Nilda que Esmeraldina voltasse a viver com o ex-marido, fato que não se concretizou e quase impediu a liberdade da filha. Na segunda tentativa, o major esteve no quarto de hospital em que Nilda, já em liberdade, estava internada para tratamento. Sua presença e as ameaças de fazê-la retornar à prisão agravaram o estado de Nilda, que morreu dois dias depois, em circunstâncias nunca esclarecidas. Esmeraldina não suportou a dor da morte da filha caçula, entrou em depressão profunda e foi internada no sanatório Ana Nery. Ao sair, passou a buscar as pessoas que poderiam esclarecer a morte da filha. Ela não encontrava ninguém e andava pelas ruas de Salvador, às vezes delirava e gritava: *“Eles mataram minha filha, uma criança! Eles mataram minha filha. São assassinos, do Exército, do governo. Estão matando estudantes (...)”*.

Em certa ocasião, quando bradava pelas ruas a morte da filha, Esmeraldina foi detida por uma radiopatrulha e levada à Secretaria de Segurança Pública, sendo liberada por intervenção de uma amiga. Recebeu a visita, tempos depois, de um estranho que levou a ela o recado de que o Major havia mandado avisar que se ela não se calasse seria calada. Esmeraldina não se calou e as praças e ruas de Salvador continuaram a acolher sua angústia e suas denúncias.

Nilda Carvalho Cunha (1954-71)

Filiação: Esmeraldina Carvalho Cunha e Tibúrcio Alves Cunha Filho.

Era estudante secundária e trabalhava como bancária. Passou a militar no Movimento Revolucionário 8 de outubro (MR8) e a viver com Jaileno Sampaio. Ela e o companheiro abrigaram Iara Iavelberg. Nilda tinha completado 17 anos quando foi presa, em 20 de agosto de 1971. Sua prisão é confirmada no relatório da Operação Pajuçara, desencadeada para capturar ou eliminar Carlos Lamarca e seu grupo. Foi solta em péssimo estado de saúde, necessitando de internação com quadros de depressão, cegueira, medo de morrer dormindo, riso nervoso. Na internação, ela recebeu a visita do major Nilton e o seu estado de saúde se agravou. Foi transferida para um sanatório e morreu. Em seu prontuário constava que não comia, via homens em seu quarto e repetia que iria morrer. A causa da morte nunca foi esclarecida, o atestado de óbito descreve “edema cerebral a esclarecer”. Com a investigação da Comissão Especial sobre Mortos e Desaparecidos Políticos (CEMDP), todos os prontuários do sanatório foram queimados, e, portanto, inexistindo qualquer informação sobre ela.

G. Sinopses das entrevistas das mulheres e das profissionais de saúde que as atendiam na APS

LÚCIA

Usuária com 36 anos. Ensino médio incompleto. Diarista. Separada há dois meses do parceiro com quem viveu por 15 anos. Dessa relação teve quatro gestações: um aborto e três filhos (14, 12 e 8 anos). Tem um filho do relacionamento anterior (16 anos). Atualmente vive sozinha com os filhos.

Parceiro: o ex-parceiro é usuário de crack e trabalha em uma madeireira.

Situação de violência: *Lúcia* relaciona a violência vivida com a submissão imposta pelo fato de ser mulher. A violência teve início depois de três meses morando juntos. Sofreu violência física, sexual e verbal, mesmo durante suas gestações. Na primeira gestação teve um aborto causado por violência física. *Lúcia* e seus filhos sofreram “maus-tratos” físico e verbal do parceiro. Ela tinha medo, achava que não poderia se separar e que teria que viver com ele pelo resto da vida. Quando começou a trabalhar, passou a pensar diferente, pois conversava muito sobre os sofrimentos com a patroa.

Impacto sobre a saúde: adoecimento físico e psíquico (depressão).

Relação com a equipe de saúde: a médica sabia da situação e a aconselhava a tomar uma decisão (a separação). *Lúcia* ficava com raiva da intromissão da médica à época, atualmente reconhece que “*era para o seu bem*”. A equipe ficou sabendo da situação de violência em decorrência dos problemas de saúde que *Lúcia* começou a apresentar, então perguntaram diretamente sobre o problema. Uma médica chegou a conversar com o marido da entrevistada a pedido da usuária. A Assistente Social chegou a conversar com o casal ao mesmo tempo sobre a situação de violência, e *Lúcia* pode reafirmar sua vontade de separar-se.

Quem sabe: uma amiga sabia e conversava com o marido de *Lúcia*, os vizinhos também sabiam. A família sabia, sua mãe aconselhava a separação, mas ficava preocupada por a filha não ter para onde ir (ela dizia que *Lúcia* não cabia na casa dela com os filhos).

Serviços: prestou queixa na delegacia (75 DP). Gostou do atendimento na delegacia, em especial de um investigador (lembrou o nome) que a orientou sobre seus direitos e chamou o marido para conversar, orientando-o a se afastar. Não procurou nenhum outro serviço, embora tenha sido recomendada (não lembra quais). Depois da separação foi ameaçada de morte pelo marido e então prestou nova queixa com B.O., mas ainda não tem medida protetiva.

O que a ajudou: o espiritismo e a amiga (patroa).

Agente Comunitária de Saúde: Leontina

Profissional com 46 anos. Há cinco anos como ACS na UBS.

Sobre gênero: as mulheres têm mais jeito com o cuidado da casa e dos filhos, já o homem tem a responsabilidade de trabalhar fora. Apesar disso, considera que as mulheres são arrimo de família, mesmo com marido em casa.

Sobre os direitos: todos têm direito à saúde, à moradia, ao trabalho, porém, pouco alcançam. Nem todos os direitos são disponibilizados às pessoas, um exemplo é a educação de qualidade e a saúde (acha o acesso à saúde difícil), apesar de considerar que já foi pior.

Impactos para a saúde: a violência diminui a auto-estima das mulheres, causa estresse, pressão alta, aumento ou diminuição do apetite e dores de cabeça constantes. As mulheres trabalham demais e adoecem por isso, e os serviços de saúde não reconhecem essa sobrecarga. Às vezes, quando a mulher pede um atestado, por não estar se sentindo bem psicologicamente, ela é mal interpretada.

Rede: conselho tutelar e delegacia. O encaminhamento e os contatos com a rede são feitos pela assistente social.

Sobre a violência: as mulheres pouco tocam no assunto da violência sofrida. Percebe que é comum a violência sexual perpetrada pelo parceiro, pois as mulheres são obrigadas a manter relação sexual sempre que os parceiros querem.

Políticas públicas e a sociedade: acha que a LMP é bem divulgada.

Atendimentos do caso de *Lúcia*: o marido de *Lúcia* se preocupava muito com a saúde dela e sempre comentava com *Leontina* que *Lúcia* estava depressiva. O companheiro de *Lúcia* passou a beber e a usar drogas e deixou de dar dinheiro em casa, a partir daí *Lúcia* passou a criticá-lo e a xingá-lo constantemente, apesar disso, *Leontina* diz que *Lúcia* nunca relatou nenhum episódio de violência. O companheiro passou a vender as coisas de dentro de casa e *Lúcia* aumentou a frequência na UBS, sempre muito deprimida, e logo se separou do companheiro. *Leontina* acha que foi ruim a separação, pois o ex-companheiro foi morar debaixo da ponte e agora *Lúcia* tem ficado no bar tomando cerveja, sai com as filhas toda maquiada e o filho mais velho “parece” que está entrando para as drogas; antes ela ia para a igreja. *Leontina* diz que a equipe ficou feliz com a separação, mas ela acha que não foi bom o desfecho da vida de *Lúcia*.

Atividade da UBS: a UBS está muito preocupada com a saúde dos homens que não buscam o serviço, porém, deixam de lembrar das mulheres com dupla jornada de trabalho e que sofrem muito mais que os homens. A assistência não reconhece os sofrimentos da vida das mulheres, olham apenas para as doenças do corpo. Há um grupo corporal na UBS para o qual

as mulheres são encaminhadas. O grupo não leva o nome de violência, mas é voltado para essas mulheres. Há também o grupo de artesanato, que é formado por mulheres, e lá se discute coisas da saúde e da vida das mulheres.

Articulação assistencial na UBS: os casos são discutidos com a TO e psicóloga da UBS.

Organização do trabalho: a depender do caso, a equipe faz mediação de conflito. Os casos geralmente aparecem nas consultas médicas ou na conversa com a ACS. Os casos que chegam primeiro aos ACS são passados durante as reuniões de equipe. A médica ou a enfermeira agendam uma consulta para que o problema seja conversado durante o atendimento. Há casos em que a equipe não dá conta e a ACS, por conta própria, procura caminhos para apoiar no que é necessário. Atendeu a um caso de violência contra criança perpetrada pelo pai, que dizia estar possuído por espíritos quando fazia isso. Apoiou a mulher e conseguiu que ela tivesse acesso a benefícios e melhorasse a renda para seguir a vida com as filhas. Não sabe nada sobre a notificação dos casos de violência.

Relação com o trabalho: foi muito sofrido, pois não imaginava que iria lidar com tantas dificuldades no cotidiano do trabalho. Às vezes percebe que há situações complexas na família, mas atualmente não aborda para se poupar. Percebe quando há violência: *“o jeito delas andarem, o jeito delas sorrirem ... [...] se tratam com pouco cuidado”*.

Formação: não tem formação específica para lidar com violência. Já ouviu uma palestra sobre *“... eu tive uma vez sobre violência ... só que não entendi. Eu fui, mas o palestrante falava uns termos tão técnicos que eu não entendi nada”*. Não tem supervisão ou orientações para lidar com os casos.

Enfermeira: Cássia

Profissional com 36 anos. Há seis anos como Enfermeira de equipe de Saúde da Família na UBS.

Sobre gênero: as diferenças entre os papéis sempre existiram, apesar do avanço das mulheres na contemporaneidade em garantir seus direitos. Além das questões de gênero, existe a questão de classe social. As mulheres mais empoderadas e com mais acesso têm maior facilidade em lidar com as desigualdades de gênero. A tripla jornada de trabalho das mulheres é naturalizada e não reconhecida como risco para a saúde.

Sobre os direitos: é diferente a garantia dos direitos para homens e mulheres. As empresas não garantem às mulheres a ausência no trabalho por gravidez etc, e consideram a mulher grávida um peso para a empresa. A saúde é um direito.

Impactos para a saúde: compreender que as queixas são vagas e são frequentes. As mulheres apresentam quadros de saúde mental, depressão, ansiedade, TOC, comer cabelos, roer unhas, etc. O impacto é também sobre a saúde de familiares.

Rede: A DDM deixa muito a desejar. A rede precisa se articular para resolver os problemas. A equipe usa muito o guia de serviços para encaminhar as mulheres quando necessário. O fluxo da rede é desenhado a cada caso.

Sobre a violência: a vivência da violência é diferente para as mulheres a depender de sua classe social, assim como o processo de adoecimento. As mulheres menos empoderadas sofrem mais e aguentam a violência por falta de possibilidades. A violência mais comum na região é a violência doméstica. Considera a violência contra a mulher mais difícil, pois a violência contra as crianças tem sinais claros, além do suporte jurídico de fácil acesso. Humilhações sociais das mulheres em situação de violência: *“está nessa vida porque quer”*, *“é mulher de malandro que adora apanhar”*. Cássia considera a violência um problema individual que estrutura a sociedade.

Políticas públicas e a sociedade: conhece a LMP e acha que é apenas um início na garantia dos direitos das mulheres.

Atendimentos do caso de Lúcia: a violência sempre acontecia quando o companheiro usava drogas. A equipe entrou em contato com os familiares de Lúcia e percebeu que ela tinha apoio para a separação, mas ela não tinha força para isso (*“por isso que Lúcia não queria que entrássemos em contato com sua família”*). A equipe percebeu que não tinha como forçá-la a nada, e as profissionais deixaram-na seguir o próprio tempo.

Atividade da UBS: encaminhar para as instituições que tem papel em promover e garantir os direitos das mulheres. Além de relacionar a queixa com a possível situação de violência, é necessário fazer a pergunta certa para constatar a situação e permitir que a mulher fale do problema.

Articulação assistencial na UBS: buscam atender a todas as mulheres, mas, se a mulher não falar sobre o problema fica na pendência do tema ser abordado nos próximos atendimentos. Quando não aparece, a equipe deve ficar sempre alerta, mas não cobrar ou denunciar quem referenciou o caso. Não entende que precisa haver uma única pessoa para lidar com os casos, mas todos precisam se sensibilizar com a violência como um problema, porém, os profissionais com mais vínculo com as mulheres são pessoas importantes para apoiar nesse processo. Acha o médico um profissional que a comunidade sabe que trata de doenças, então fica mais difícil que as mulheres falem sobre a violência sofrida. Fazer aparecer a violência na prática assistencial depende da sensibilidade do profissional.

Organização do trabalho: discutem o trabalho entre si e compartilham com a comunidade. Estão sempre próximos da comunidade, nos diferentes problemas encontrados no bairro. Há o NPV, que participa da discussão e condução dos casos, além da vigilância dos casos e pensar se há necessidade de encaminhamento da a mulher. Há a necessidade de prestar atenção para não julgá-la. Na UBS há uma equipe trans (TO, psicóloga, assistente social) que apoia a equipe na condução da assistência.

Formação: especialização, mestrado e doutorado em saúde coletiva. Há a necessidade de formação, que ajude a trabalhar a dinâmica familiar, a mediação de conflitos.

Assistente Social: Elis

Profissional com 40 anos. Há um ano e seis meses como Assistente Social na UBS.

Sobre gênero: há desigualdades, mas estão menores na atualidade. O papel de cuidar da família ainda se mantém para as mulheres. A questão salarial ainda é um problema. As mulheres são aquelas que geram a sociedade e o homem apenas participa. As mulheres precisam ser cuidadas.

Sobre os direitos: os direitos são vários; porém, às mulheres ainda é cobrada a responsabilidade sobre o controle da natalidade. A condição de desigualdade de gênero dentro de casa impede ou dificulta que as mulheres tenham acesso a direitos. A saúde é um direito social e há mais programas que se preocupam com a saúde das mulheres. Há mais políticas públicas para as mulheres.

Impactos para a saúde: a violência gera sofrimento. *Lúcia* tinha baixa auto estima.

Rede: há dificuldade em trabalhar com a violência psicológica por não deixar marcas visíveis e alguns serviços da rede exigem sinais claros da violência. A região dispõe da reunião mensal “Cultura de Paz” para organizar e pensar as ações da rede, mas não participam conselho tutelar, DDM, nem mesmo CRAS ou CREAS. Há queixas das mulheres sobre os atendimentos da DDM: *“parece que não acreditam no que a gente fala”*. A rede não está acessível, os serviços são distantes. Além da falta de informação, não é possível ter acesso nem mesmo às condutas e orientações ofertadas às mulheres. A rede é importante, mas, para além da articulação que os profissionais fazem dentro dela, é importante que as políticas efetivem o que propõem, como o estabelecimento dos juizados, a implantação das equipes, que o número seja suficiente para dar conta das demandas das mulheres, que a DDM funcione 24 horas e seja mais acessível às mulheres.

Sobre a violência: a violência de gênero nos relacionamentos acontece por dependência emocional, financeira, pela idealização de uma relação perfeita. Na UBS, as principais violências são as psicológicas (principalmente as ameaças, xingamentos, humilhações etc),

negligência e abuso sexual de crianças. Para as mulheres falarem sobre a violência elas precisam sentir confiança e segurança. As mulheres ficam vulneráveis à violência de gênero pela fragilidade, não conseguem se defender. Se as mulheres não revidassem ou provocassem, haveria menos violência sobre elas (física). As mulheres mais empoderadas conseguem se defender mais da violência psicológica. Nas violências contra as crianças há um fluxo e organização assistencial já estabelecidos, diferentemente da rede das mulheres. “... *mas se a mulher não estiver disposta a mudar a realidade, dela, você não consegue nada*”. A violência tem muito a ver com a família, o que aprendeu na família”. Os agressores também precisam de atendimento “...*quando um homem trata a mulher de forma violenta, tem a ver com algo que ele está reproduzindo*”. ... *ou até mesmo a menina que tem uma mãe que sofreu violência e quando ela se casa a tendência também é ela sofrer a violência doméstica*” – é uma coisa transgeracional. Os adolescentes também sofrem muita violência por questões culturais.

Políticas públicas e a sociedade: para a efetivação dos direitos das mulheres é necessário que a mentalidade dos juristas mude. Atualmente há a LMP, as mulheres procuram as DDM, mas, de fato, ninguém garante a proteção delas apesar da existência das medidas protetivas. As mulheres, por medo, retiram a queixa.

Atendimentos do caso de Lúcia: Lúcia e as crianças estavam sob situação de violência doméstica de gênero. Costumávamos falar para ela “... *você pode sair dessa violência, cabe a você? ... como? ... tem isso, isso na Rede que pode correr. Mas ela tinha medo dele*”. Lúcia passou a reagir e a enfrentar a violência quando o problema começou a afetar os seus filhos.

Atividade da UBS: na UBS, faz parte do NPV. Para encontrar os casos, a equipe desconfia de que há violência quando as mulheres procuram muito a UBS. O primeiro encaminhamento da UBS é para a DDM.

Articulação assistencial na UBS: a equipe da UBS consegue não julgar as mulheres. A equipe utiliza o Miniguia com todos os serviços disponíveis na rede.

Organização do trabalho: a UBS tem um grupo mensal de prevenção à violência com os membros das equipes para a discussão dos casos, inclusive com os ACS. O grupo se propõe a estabelecer vínculos e pensar em Projeto Terapêutico Singular para as mulheres. Os casos são notificados para gerar informação.

Relação com o trabalho: para trabalhar com violência precisa ser paciente, não julgar, ser acolhedor, pois elas ainda podem voltar para o relacionamento com o parceiro.... “*ninguém gosta de viver em violência*”. Sente-se impotente. Sente falta de supervisão no trabalho desenvolvido na UBS.

Formação: especialização em atendimento de família e comunidade e em dependência química. Fez o curso de promotoras legais populares. Procura participar de fóruns e eventos sobre o tema.

Assistente Social: Bia

Profissional com 27 anos. Trabalhou por quatro anos como Assistente Social na UBS, saiu há menos de um ano e está atuando no judiciário.

Sobre gênero: as mulheres são focadas para desenvolver ações de cuidado na família, são consideradas sensíveis, amorosas, responsáveis por toda a manutenção do bem-estar da família. As mulheres são mal vistas quando não querem casar ou ter filhos. Para os homens é cobrado que sejam bons provedores, precisam ser durões, se forem sensíveis, são gays. Com toda a discriminação em relação aos modos de viver a vida, as pessoas se sentem culpadas quando a vida vai contra ao que está posto socialmente. A divisão de papel social tem uma questão econômica, por isso se mantém como importante na sociedade capitalista. As mulheres são mais julgadas na sociedade e também dentro da família. A assistência é diferente na perspectiva de gênero, um exemplo é quando as mulheres são usuárias de álcool, a pressão e a cobrança são maiores, e não é cobrada a participação do pai no cuidado das crianças, e não há percepção do preconceito mantido na assistência das mulheres.

Sobre os direitos: as mulheres não têm os seus direitos assegurados, um exemplo é o direito ao corpo, a participação política, a liberdade sexual, o reconhecimento profissional e salários iguais etc. As reivindicações feministas contribuíram pra mostrar os problemas sofridos pelas mulheres, mas eles ainda não estão todos resolvidos.

Impactos para a saúde: há preconceito dos profissionais sobre as desigualdades de gênero na sociedade. A saúde deveria fazer mais denúncias sobre a não garantia dos direitos das pessoas a partir dos impactos da violência sobre a saúde. A dupla jornada de trabalho é naturalizada, ninguém vê, nem mesmo os profissionais de saúde, mas ela gera impacto na saúde das mulheres. A violência torna a pessoa impotente, com baixa estima.

Rede: a desarticulação da rede gera sentimento de impotência nos profissionais. A conduta do conselho tutelar é, na maioria das vezes desastrosa. É um setor que apresenta muitos problemas. Poucos serviços dão apoio para as mulheres tomarem suas decisões. Os serviços são muito distantes da casa das mulheres.

Sobre a violência: as pessoas que têm conhecimento de seus direitos são mais fortalecidas para enfrentar a violência. São vários os tipos de violência, mas considera a psicológica a mais difícil de ser trabalhada. Esse tipo de violência não é levado a sério e muitas vezes se

arrasta por muitos anos. Nas crianças a violência é usada como instrumento corretivo, de educação.

Políticas públicas e a sociedade: precisa discutir com a população os papéis de gênero na sociedade. Compreender as desigualdades de gênero. Nem todos compreendem do mesmo modo a LMP. A DDM desencoraja a mulher a registrar o B.O. Apesar da existência da LMP, as mulheres são vitimizadas pela própria lei quando precisam sair de casa com os filhos. O suporte para combater a violência deveria vir por serviços que contribuíssem para orientar e garantir os direitos.

Atendimentos do caso de *Lúcia*: a equipe acionou o conselho tutelar para mostrar para a eles o quanto *Lúcia* era zelosa com os filhos, para que ela não passasse por uma possível situação difícil com o conselho. *Lúcia* estava num grau elevado de depressão. O caso de *Lúcia* chegou pois o ACS chamou a equipe quando ela perdeu muitas coisas de casa durante uma enchente. *Bia* foi até lá para apoiar no acesso aos benefícios possíveis pela perda da casa. *Lúcia* era muito apática, falava da violência que sofria, mas de modo muito duro e a partir daí ocorreu a aproximação. O parceiro era muito agressivo, ameaçou uma médica da UBS. *Lúcia* não permitia que a equipe de saúde fizesse contato com a sua família.

Atividade da UBS: as profissionais não têm percepção do impacto das desigualdades de gênero sobre a vida das pessoas. A ESF permite que outras coisas além das demandas clínicas apareçam e ajuda a ampliar a responsabilidade para os outros setores da sociedade. Uma das dificuldades do trabalho com violência está no tempo de resolução. Os profissionais de saúde são muito imediatistas e esses problemas levam, às vezes, anos para se resolver.

Articulação assistencial na UBS: deveria haver mais atividades na UBS que abordassem o impacto das desigualdades de gênero na saúde das mulheres, precisa ajudar as pessoas a rever seus papéis sociais. Já foi tentado um grupo desses na UBS, mas a equipe foi contra.

Organização do trabalho: atuava na UBS respondendo por três equipes de saúde da família. Participava das reuniões de equipe e conseguia conhecer os casos. O NPV organizava na UBS reuniões mensais que sempre estavam muito esvaziadas, contando com a presença apenas dos ACS, profissional que menos se envolve com a violência. A implantação do NPV teve muita resistência na UBS, mas contribuiu por melhorar a comunicação sobre os casos, e instituir a vigilância dos casos.

Relação com o trabalho: precisa ter sensibilidade para trabalhar com violência.

Formação: fez aprimoramento no Instituto Sedes Sapientiae, na temática de violência contra as crianças e os adolescentes. Falta supervisão do trabalho dos profissionais, como os casos são a longo prazo, as ações das equipes ficam desestimuladas.

Médica: Clara

Profissional com 30 anos. Médica de família há três anos na UBS em que foi residente.

Sobre gênero: a ocupação entre homens e mulheres é diferente. A ocupação dos homens é relacionada à força física. Eles estão na construção civil, enquanto as mulheres estão nas atividades manuais ou no serviço doméstico. O tipo de ocupação das mulheres não produz bens, diferentemente dos homens, que estão na construção civil, nas indústrias, e isso as deprime. O trabalho fortalece os homens, diferentemente do trabalho das mulheres (o trabalho delas é mais reconhecido). As mulheres estão expostas a mais tipos de violência do que os homens.

Sobre os direitos: legalmente os direitos são iguais, mas na vida cotidiana não. As mulheres sofrem muitos preconceitos que barram o acesso a direitos como: sexualidade, liberdade de ir e vir e de escolher as roupas que quer usar (risco de estupro). A luta da população LGBT é importante para repensar o acesso aos direitos.

Impactos para a saúde: as mulheres se queixam da falta de libido, que as relações não são por vontade, mas por obrigação. As mulheres ficam tristes, há depressão, queixas de dores pélvicas. Pela questão de gênero, os homens não se sentem confortáveis nos serviços de saúde. A dupla jornada de trabalho impacta na qualidade da vida das mulheres, aumenta o desgaste físico (problema pouco abordado pelo serviço de saúde). Baixa estima, ansiedade, a mulher vai perdendo “a capacidade de desejar, de ver o que ela mesmo quer fazer da vida”.

Rede: acha que a rede não dá o suporte necessário às mulheres, principalmente a delegacia que nega o B.O., o que obstaculiza a superação da violência. Encaminham, quando necessário, ao Pérola Byton, que é longe da região. Poucos acionam o conselho tutelar, por ser muito intervencionista.

Sobre a violência: no campo da sexualidade, as mulheres mantêm relações sexuais com os seus parceiros como obrigação de mulher. A principal violência que aparece na UBS é a violência doméstica e junto dela, a violência contra as crianças. O principal tipo de violência é a psicológica. Considera a obrigatoriedade do trabalho doméstico uma violência. As situações de violência de gênero fazem as mulheres sofrer, mas nem sempre são reconhecidas como violência, além da dependência financeira. Acha que a violência doméstica tem relação com o uso de drogas e álcool.

Políticas públicas e a sociedade: as crianças têm o Estatuto, com específica de proteção, diferentemente das mulheres, sem um órgão específico que as proteja. Os abrigos não tem ofertado proteção. Sabe que a LMP tornou crime a violência contra as mulheres. É importante ter a lei, mas percebe que ela não efetiva a proteção das mulheres.

Atendimentos do caso de *Lúcia*: *Lúcia* chegou à consulta médica com um quadro avançado de depressão, com risco de suicídio, e ela relacionava o problema com o companheiro. Por seis meses a atendeu (ainda como residente) e trabalhava a culpa com *Lúcia*. Repentinamente, *Lúcia* mudou a história e superou a violência ao se separar do companheiro. As conversas eram focadas no empoderamento de *Lúcia*. A equipe a inseriu no Programa Bolsa Família.

Atividade da UBS: a ESF permite conhecer melhor as famílias e compreender os preconceitos e as dificuldades enfrentadas, principalmente pelas mulheres e também pelas crianças (por exemplo, os pais que impedem as meninas de dançar). Costuma dar atestado para reforçar, mesmo em casa, que a mulher precisa de repouso. Procura falar sobre o B.O. e sobre a LMP junto com a assistente social.

Articulação assistencial na UBS: os casos são investigados nas consultas realizadas por toda a equipe da UBS: nas consultas ginecológicas ficou automático. Às vezes as questões subjetivas fazem o profissional perguntar sobre violência. Tentou conversar com o companheiro de *Lúcia*, mas ele não tinha motivação para parar com as drogas.

Organização do trabalho: a equipe do NPV faz a notificação dos casos de violência. Não vê resposta na UBS sobre os dados notificados, pois acha que a notificação, mesmo internamente, precisa gerar ação. A equipe se reúne mensalmente e conta com a participação dos equipamentos da região: escolas, centros comunitários etc., para discutir os casos mais graves. A equipe da UBS procura se fortalecer com a comunidade, discutindo todos os problemas que envolvem a comunidade e a UBS para que a comunidade se empodere e contribua para resolver os problemas locais. Apesar disso, não fazem discussão preventiva. A equipe prioriza os atendimentos das mulheres em situação de violência, mesmo que seja as seis horas da tarde e o posto esteja fechando. A prioridade assistencial aos casos é com as enfermeiras. As ações são organizadas nas reuniões trans: reunião entre equipe e TO, assistente social e psicóloga.

Relação com o trabalho: a responsabilidade do profissional é correlacionar a queixa com a violência e de apresentar isso para a mulher. Sua responsabilidade como médica é dizer que dipirona não é remédio para as dores resultantes da violência, mas que o necessário é parar de sofrer a violência. Considera-se uma porta-voz de todos os equipamentos sociais.

Formação: fez residência em medicina de família. A prática em violência foi aprendida com a professora Ana Flávia, no Confad, além da coordenação de Ana, que participava em todas as reuniões e fazia a costuma com as questões de gênero nas reuniões da residência. Com a diminuição da frequência de Ana nas reuniões da residência, a busca ativa com certeza diminuiu entre os residentes, ou é ausente.

ALCERI

Usuária com 45 anos, terminou o ensino médio. Faz trabalhos eventuais, paga o próprio INSS como dona de casa. Está divorciada. Ficou com o ex-companheiro por 26 anos e tem quatro filhos. Não recebe pensão para as crianças, só o Bolsa Família. Esse foi o único casamento de sua vida.

Ex-parceiro: tem 48 anos, estudou até o 5º ano do ensino fundamental. Trabalha como motorista particular.

Situação de violência: Na infância foi abusada pelo padrasto. A violência começou quando *Alceri* pediu o divórcio, pois o seu ex-companheiro se envolveu com jogos de máquina, passou a beber e perdeu todo o dinheiro da família. A partir daí ele passou a ameaçá-la de morte. Ela sofreu violência sexual quando ele chegou bêbado num determinado dia “...*tive que aceitar, porque não queria que meus filhos ouvissem ...*”. Já foi intimidada com arma de fogo, o ex-companheiro já tentou forçar um acidente de trânsito com ela e os filhos no carro. *Alceri* ainda recebe cartas, mensagens no celular com ameaças de morte. Certo dia, o ex-companheiro quebrou os vidros do carro com ela e as crianças dentro, a polícia foi chamada, mas nada aconteceu. “... *todos dizem que é trabalhador ... é bom pai tudo ..., mas é a violência dentro de casa?*”.

Quem sabe da violência: falava para todas as pessoas que conhecia. Falar é um jeito de desabafar.

Serviço de saúde: um dia desabafou com a psiquiatra. Passou no atendimento do Confad e foi orientada sobre como conseguir a pensão aos filhos. Sente-se acolhida na UBS, é ouvida. Nos outros lugares que já buscou ajuda, “*toma chá de cadeira ... nem me ouvem, nem me olham*”.

Outros serviços buscados: buscou a delegacia, fez B.O., mas nada foi resolvido até hoje. O ex-companheiro já recebeu intimação da delegacia, mas sem nenhuma mudança de comportamento em casa.

Estratégias para superar a violência: deixou a própria casa e foi morar com a mãe por medo do ex-parceiro. Ainda não pediu a guarda da criança menor por medo, pois as pessoas falam que o ex-companheiro é um homem trabalhador.

Impacto na saúde: passou a ingerir bebida alcoólica. Num dia em que ela estava muito alcoolizada, seu ex-companheiro abusou sexualmente dela e ela engravidou, a criança está com 1 ano hoje. Fez tratamento para depressão por 8 anos e parou por conta própria, quando começou a trabalhar. A filha de 26 se tornou alcoolista.

Expectativa de cuidado: espera que alguma instituição chame o companheiro para conversar, para que ele pare com as ameaças, ou seja preso.

Técnica de enfermagem: Glete

Profissional com 34 anos. Está há nove anos na UBS. Por três anos trabalhou na sala de vacina e já está há 6 anos no Setor de Adultos.

Sobre gênero: apesar da luta pela igualdade, reconhece que as mulheres são mais cobradas e submissas.

Sobre os direitos: o acesso não é igual. Hoje há mais divulgação sobre os direitos das mulheres; porém, na prática eles são pouco garantidos.

Impactos para a saúde: há impacto na saúde física e mental, e na inserção social das mulheres.

Rede: no serviço, fizeram parceria com a defensoria pública da região para atender aos casos complexos. Normalmente, o serviço faz contato com os serviços da rede para mapear as ofertas e adequá-las às necessidades das mulheres. O serviço dispõe de um folheto com todos os serviços assistenciais em violência da região. *Glete* acredita que falta abrigo, principalmente os que aceitem as crianças, e delegacia 24 horas.

Sobre a violência: são todas as violações que podam a liberdade das pessoas. As violências entre homens e mulheres são diferentes. A violência perpetrada pelos homens contra as mulheres são extremas e geram medo nelas. Além das dificuldades dos trabalhadores, as usuárias não percebem a violência sofrida como um problema, ou não conseguem enfrentá-la por medo, dependência financeira, dependência sentimental, baixa estima e etc. Existem as violências psicológica, física, sexual, patrimonial, que aparecem nas instituições quando estão muito “gritantes”.

Atividade da UBS: o serviço dispõe de assistência ambulatorial específica para as mulheres em situação de violência doméstica. A depender das queixas e se são frequentes no acolhimento, a equipe de enfermagem mantém uma conversa que busca abordar como está a família e o relacionamento com o parceiro. As mulheres às vezes demoram a falar e nem sempre nomimam como violência o sofrimento do contexto familiar. A fala sobre a violência sofrida só vem com a confiança na profissional de saúde.

Articulação assistencial na UBS: o serviço é referência em violência na região e atende a pessoas que necessitam, mesmo que não sejam moradoras da área de abrangência. Quando os profissionais de saúde identificam algum caso no serviço, eles discutem com o Confad para pensar em alternativas conjuntas para apoiar a superação da violência.

Políticas públicas e a sociedade: a Lei Maria da Penha é importante e ajudou a visibilizar a violência sofrida pelas mulheres. As UBS são lugares importantes para essa conversa. Muitos

outros serviços ainda julgam as mulheres, perguntando por que elas suportam tanto essa situação. As questões culturais e regionais da vida das mulheres nem sempre são asseguradas pelas políticas públicas e pelas leis.

Organização do trabalho: os atendimentos são individuais, para melhor identificar o contexto de vida de cada pessoa atendida. A depender da situação, os perpetradores também são atendidos para uma abordagem específica da violência, porém, os atendimentos são realizados por pessoas diferentes, pois não se busca a verdade no problema, mas ações que diminuam a violência e que as pessoas tenham os seus direitos assegurados. É responsabilidade do serviço de saúde identificar a origem dos problemas de saúde, e não apenas tratá-los. Toda a equipe de enfermagem e médica está envolvida na assistência; além disso, uma enfermeira no serviço respondia pelos casos que apareciam fora do dia certo do ambulatório, atualmente não há essa referência. Falta vigilância dos casos.

Relação com o trabalho: não foi uma escolha, mas quando escolheu mudar de setor imaginou que atenderia aos casos de violência, pois faz parte da rotina de trabalho do setor de adultos, visibilizar, atender e encaminhar quando necessário.

Formação: a organização do serviço põe o tema da violência doméstica como um problema a ser combatido, então é constantemente abordado nas reuniões de planejamento e educação permanente. *Glete* fez um curso sobre violência doméstica.

Auxiliar de enfermagem: Elena

Profissional com 65 anos de vida e 37 anos de instituição. Visitadora sanitária, mas, por formalidade, auxiliar de enfermagem. Trabalha no Setor de Adultos.

Sobre gênero: as desigualdades começam na infância, quando as meninas são proibidas de manipularem a genitália, diferentemente dos meninos. Os meninos só sofrerão se forem identificados como gays. É esperado que as meninas não tenham desejos sexuais, diferentemente dos meninos. Mesmo quem reconhece o impacto das desigualdades de gênero nem sempre consegue superá-las, pois precisa enfrentar toda a sociedade nas pequenas ações. Na sociedade patriarcal ter um companheiro quase equivale ao mesmo conceito de ser considerada uma boa pessoa.

Sobre os direitos: as narrativas são politicamente corretas e, aparentemente, parece que ambos têm os mesmos direitos. Para além dos direitos garantidos pelas Leis, os homens têm mais direitos sociais de ir e vir sem o risco do estupro. Para ter acesso aos direitos, as mulheres precisam ser fortes e não se render aos pedidos dos companheiros para não trabalhar, por exemplo. *“É fundamental você ter direitos para se ter saúde”*.

Impactos para a saúde: a disputa de poder em gênero causa ansiedade.

Rede: *Elena* refere não conhecer a rede, apesar de saber que essa existe. Em seu serviço utilizam principalmente a DDM. Considera o Confad o centro da rede. Tem-se a rede de paz, mas acredita que todos devem ser treinados em reconhecer ou lidar com situações de violência, do porteiro ao gerente do serviço, não apenas os técnicos dos serviços.

Sobre a violência: a violência não é necessariamente apanhar, são vários os tipos, como o medo e a rejeição. Há violência também em instituições, escolas, serviços de saúde. *Bullying* por ser negro, pobre também é violência. Violência institucional com as mulheres grávidas, de as empresas forçarem para que se demitam, negarem o direito ao pré-natal. A igreja também é violadora de direitos, principalmente por castrar as mulheres. As igrejas são favorecidas pelo Estado, portanto, contribuem em domesticar as mulheres. Nas situações em que há violência contra as crianças, com certeza há violência contra a mulher. Muitas trabalhadoras estão ou estiveram em situação de violência e acolher os casos não é fácil.

Atividade da UBS: é rotina visibilizar as situações de violência, prestar o primeiro atendimento e encaminhar para o Confad. Antigamente havia mais treinamento, então os trabalhadores, principalmente da enfermagem, conversavam mais e buscavam dar mais suporte; atualmente, por falta de funcionários todos os casos vão direto para o confad.

Articulação assistencial na UBS: além da identificação e do encaminhamento ao confad, a equipe busca identificar os direitos a ser garantidos, avaliar risco e a necessidade da DDM. As notificações ficam para os trabalhadores de nível superior. Não é possível permitir que um profissional se recuse a atender as situações de violência, é violar direitos. O profissional não tem o direito de escolher quem será atendido: “*ah, querida ... não! Você é muito complicada*”. Não é possível isso acontecer.

Políticas públicas e a sociedade: é um instrumento de garantia de direitos às mulheres. Já foi direito dos homens bater nas mulheres, hoje não é mais. Apesar disso, as leis são aplicadas pelos homens. Percebe que o grande problema das condenações são as drogas, quando há envolvimento há interesse na condenação, foram isso, não.

Organização do trabalho: os serviços lidam mal com as questões de gênero, pois cobram das mulheres o cuidado das crianças e o cuidado da família. Há pouca discussão sobre o cuidado da saúde e da vida a partir das práticas domésticas, como preparar a própria alimentação, cuidar dos filhos como estratégia de ampliar os vínculos afetivos – a abordagem das questões de gênero na assistência *não é uma dificuldade, acho que não é ainda prioridade*”; “*... os tempos das instituições dependem muito das gerências, das políticas das diversas instituições*”. A instituição começou a trabalhar o tema da violência por causa das mulheres que tinham muitos problemas com a saúde e, quando se investigava a história de vida, as

violências apareciam. A organização passa pela anotação na capa de um prontuário para que ninguém tenha acesso quando há risco e essa informação serve de atenção aos trabalhadores.

Relação com o trabalho: sempre quis trabalhar. Já viveu Confad (já passou por violência doméstica) e conseguiu superar, nem todas as pessoas superam as situações de confad. Trabalhar com esse tema é político! *“Quem tá na atenção básica é pra receber violência, respirar fundo, porque dói muito atender violência! São pessoas fragilizadas que vampirizam a gente!”*

Formação: *a nossa instituição tem um recorte de gênero desde o início. Eu sempre fui treinada para pensar e trabalhar isso com os pacientes: a igualdade de direitos, de obrigações e de prazeres. A igualdade do ser dentro da diferença de cada um, e da diferença de gênero também.* Fez um curso de quatro meses no coletivo feminista. Atualmente esse tema não é prioridade!

Médica psiquiatra: Liz

Profissional com 57 anos. Está há 30 anos no serviço e, atualmente, supervisiona o Setor de Saúde Mental.

Sobre gênero: *“...eu não sei ver isso”*. Compreende que a questão de gênero desfavorece as mulheres, apesar disso, na área da saúde atualmente há muitas mulheres. Não se percebe sofrendo o impacto das desigualdades de gênero na vida. Mas as mulheres atendidas no serviço sofrem por se submeter aos homens. A submissão está ligada à baixa escolaridade, a menor capacidade de consumo (bens materiais ou necessários para a manutenção da vida), menor acesso à cultura, à arte etc. Aprendeu em sua família que o casamento é uma dádiva e ser escolhida por um homem para casar é o máximo na vida de uma mulher. Na gravidez, ao saber que estava grávida de um menino *“...me senti tão feliz ... porque parecia que eu não era boa o suficiente pra ter um filho menino”*. As mulheres conversam e são mais sensíveis que os homens, os homens são mais objetivos, desencanados e menos mesquinhos. *“Se eu tivesse que eleger, em termos de redução de danos, pra todo mundo, manter quem funcionando no trabalho, eu elegeria os homens, porque o homem sair do trabalho remunerado é mais prejuízo do que a mulher sair”*.

Sobre os direitos: a situação de desempoderamento, de submissão, desse lugar de menos direitos das mulheres é risco para transtorno mental.

Impactos para a saúde: às vezes as mulheres em situação de violência buscam o serviço de saúde mental por falta de paciência e irritabilidade com as crianças.

Rede: a rede é necessária para lidar com violência, como a DDM e a Casa Eliane de Grammont. O que funciona na rede é a conversa. É necessário fazer amarrações a partir de

conversar pessoais – o mau jeito é entregar o encaminhamento e mandar embora. *“A gente não se sente protegido também pra dá força para uma pessoa tomar uma decisão que vai colocá-la numa situação de risco que você não teve coragem de se colocar”*. A UBS precisa fazer a rede funcionar.

Sobre a violência: as mulheres se queixam da violência, *“...mas elas são incitadoras de muita violência”*. As pessoas arrumam modos variados para estar juntas e, apesar do esforço em apoiar a separação, *“... e lutar para que as mulheres não apanhem, ou não sofram violência, se elas fazem arranjos malucos ...”*. *“... enfim, num momento se dão mal, sofrem. Em outro tão super bem com aquele arranjo ali”*. As violências não existem sozinhas. A mais difícil de lidar é a violência psicológica, a chantagem, a dominação. A violência é um ingrediente de muitos dos casos atendidos na Saúde Mental. *“As vezes a gente precisa mostrar pra pessoa que ela tá sendo vítima de violência porque ela não sabe disso”*. Existem mulheres que têm medos reais, pois os parceiros são muito violentos e os profissionais não podem ser destemidos demais: *“Eu temo pelas pacientes”*.

Atividade da UBS: não nomina os casos **de** violência, mas casos **com** violência. Precisa trabalhar a situação de violência na UBS e a questão da autoestima. *“Que identidade de sofredora que ela se arrumou que parece que é a única que tem valor?”*.

Articulação assistencial na UBS: a depender da gravidade da violência, os casos são encaminhados para o Confad, porém, o setor de saúde mental encaminha depois que *“...a pessoa já tá mais ou menos saneada, ela já identificou vários ingredientes, já não tá fazendo muita confusão e tá conseguindo ser mais claro o que ela quer”*. A equipe da saúde mental tenta entrar em contato com a família do parceiro nos casos de extrema violência, para averiguar se os familiares acolhem e apoiam na situação. A assistência em saúde mental tende a ver a violência como coisa de mão dupla: *“a violência virou uma coisa que não é só produtora de vítimas, mas também é produtora de necessidades de cuidado”*.

Políticas públicas e a sociedade: pouco conhecimento e informação das usuárias sobre a LMP ou ECA. Pouca confiança nas instituições do país. São poucas as instituições e a garantia dos direitos das mulheres; a situação melhorou, pois hoje se fala do problema da violência; antigamente as pessoas fugiam de casa, hoje podem procurar os serviços assistenciais.

Organização do trabalho: a depender da gravidade da violência, os casos são encaminhados para o Confad. No serviços os setores são independentes e, a depender da demanda do usuário ele passa diretamente para o setor de saúde mental. Precisa de uma articulação do serviço para o Confad, atualmente quem atende não é da instituição, mas da faculdade.

Relação com o trabalho: não escolheu trabalhar com violência.

Formação: Não tem supervisão direta, mas discute os casos necessário no Confad.

ESMERALDINA

Usuária com 58 anos. Branca. Casada há 30 anos. Superior completo em jornalismo. Dona de Casa. Não tem aposentadoria e o marido não compartilha dinheiro com ela para as suas necessidades pessoais ou da casa. Para isso, usa o dinheiro do aluguel de um apartamento da família. Teve três gestações, um aborto e dois filhos homens, que estão com 26 e 24 anos. O filho mais velho mora com a namorada e o filho de 24 anos mora na Austrália.

Parceiro: 61 anos. Engenheiro. Trabalhador do Banco Central aposentado por doença mental (bipolar), mas que não toma remédio.

Situação de violência: física, verbal e sexual. Desde o início do casamento o marido sempre a criticou por trabalhar fora de casa e a forçou a deixar o trabalho durante a gestação. Passou a ser chamada de vagabunda e a violência piorou depois do nascimento do segundo filho. *Esmeraldina* conversou com o companheiro sobre uma possível separação, mas foi ameaçada de morte. O marido não quer dividir os bens: “*Eu não tenho direitos a nada, não tenho direito de abrir a boca. Eu não posso ter desejos*”. Ela evita o contato com o marido no quarto, na hora de dormir para não “precisar” manter relações sexuais. O marido a culpa por sua impotência sexual. Tentaram separar os quartos, mas o marido já arrombou a porta de seu quarto. O marido passou a levar suas amantes para casa, alegando que o motel estava caro. Demorou muito para considerar tais sofrimentos como violência, simplesmente obedecia ao marido e seguia vivendo. Tinha vergonha do que acontecia em casa, mas ela não imaginava que sofria violência: “... *eu aprendi com a minha madrinha que a gente deve esconder tudo...*”.

Quem sabe da violência: nunca conversou com ninguém sobre o que acontecia em casa, pois achava que era normal para um casal, além de não ter com quem conversar. Tentou contar para a irmã mais nova, mas teve vergonha. *Esmeraldina* tem uma fraca relação com os filhos, diz que seus filhos a acham muito má e a culpam pela má relação com o companheiro. Os filhos dizem que esse sofrimento é invenção dela.

Serviço de saúde: chegou à UBS em busca de medicamento para dormir num final de ano, período das festas natalinas. Foi medicada, mas o remédio não fazia efeito. Foi atendida pelo psiquiatra da UBS que se propôs a fazer visita domiciliar, mas *Esmeraldina* não quis. Foi encaminhada para a terapia em grupo na UBS, sentiu-se acolhida nesse grupo e os seus sofrimentos foram valorizados nesse espaço. Era cuidada com doces nesse grupo: “*Elas levavam bala, assim eu fiquei só com doce, porque o doce é a única coisa que para mim*

é afeto”. Pelas queixas e demandas, foi encaminhada para a terapia semanal em um serviço da rede e, posteriormente, para um serviço específico para atender a mulheres em situação de violência (casa Eliane de Grammont). Segundo *Esmeraldina*, esse último encaminhamento aconteceu pelo fato de ela morar perto da psicóloga que a atendia. Além da UBS, procurou a medicina antroposófica e lá contou a sua vida. Foi orientada a procurar a polícia e a falar com a família sobre os sofrimentos de casa.

Estratégias para superar a violência: participa de oficinas de teatro na casa Eliane de Grammont.

Impacto na saúde: dificuldade para comer, dormir e pouco autocuidado.

Expectativa de cuidado: ser acolhida nos serviços e ser vista como sujeito.

Agente Comunitária de Saúde (ACS): Eliza

Profissional com 51 anos. Há 14 anos como ACS na UBS.

Sobre gênero: as mulheres são humilhadas quando acaba o amor nos relacionamentos pela dependência financeira dos companheiros, e pelos filhos. São vistas como frágeis.

Sobre os direitos: as mulheres não têm os mesmos salários que os homens, principalmente as mulheres negras.

Impactos para a saúde: humilhações, dores lombares, impotência para enfrentar a vida. Os sofrimentos domésticos fazem com que elas busquem doenças para se “encontrar”. A doença aparece como “muleta” para enfrentar os problemas de casa.

Rede: encaminham as mulheres para a DDM. *Eliza* desconhece a existência de abrigo para as mulheres. Para os casos de alcoolismo, encaminham para o Centro de Apoio Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS AD). Não considera a UBS como parte da Rede de enfrentamento à violência.

Sobre a violência: as mulheres toleram muito a violência, falam apenas quando não conseguem mais aguentar. Nos casos de violência contra as crianças, *Eliza* acredita que os filhos não deveriam ser separados da mãe.

Políticas públicas e a sociedade: considera que a sociedade julga as mulheres e dificulta o acesso aos direitos. Não confia na Lei Maria da Penha. Acredita que o fortalecimento das mulheres é importante para a superação da violência.

Atendimentos do caso de *Esmeraldina*: Refere que o marido de *Esmeraldina*, na visita, é muito simpático e que *Esmeraldina* se faz de louca, por tomar muitos remédios, e nunca falou que sofre violência. Nas visitas, *Esmeraldina* se preocupa muito com a receita, e não com a consulta médica. Não se disponibiliza a participar das atividades da UBS. Com isso, a equipe resolveu “fechar o cerco” e definiu que *Esmeraldina* teria que passar em consulta para ter a

receita. *Eliza* passou a ouvir o lado do marido, que dizia que *Esmeraldina* “*não quer fazer nada, ela é jovem, ela tem que levar a vida dela e ela é uma pessoa muito chata ...*”. O marido refere para a ACS que “*A Esmeraldina não existe*”.

Atividade da UBS: os casos que chegam à UBS são encaminhados para a assistente social.

Se as mulheres chegam fora do horário, não há atendimento. São orientadas a voltar no dia seguinte. Acha que há falta de humanização.

Articulação assistencial na UBS: às vezes as mulheres desabafam com as ACS e pedem para que nada seja dito à equipe por medo, dificilmente as mulheres contam. *Eliza* refere que os casos relatados para ela são passados ao médico ou à enfermeira da equipe e, quando a usuária procura a UBS para algum atendimento, o profissional que fará o atendimento procura, de algum modo, abordar a situação de violência.

Organização do trabalho: os casos são discutidos na equipe e com as pessoas com formação em violência na UBS. A proposta assistencial envolve apoiar as mulheres para que façam mudanças em sua vida, porém, reconhece que o processo é longo.

Relação com o trabalho: *Eliza* acha difícil quando aparece situação de violência, pois não tem com quem falar para se preservar, e não sabe como lidar com o problema. A reunião de equipe serve para seus membros desabafarem sobre as situações difíceis do trabalho. Antigamente, os trabalhadores se reuniam para falar das angústias do cotidiano e isso era bom, segundo *Eliza*.

Formação/supervisão: participa dos cursos oferecidos pela prefeitura, mas acha que na formação dos ACS: “*Os cursos para ACS ensinam a entrar nas casa, e não como sair*”. Ensino médio completo. Fez curso sobre violência no Sedes por um mês, por conta própria.

Médica de família: Tábata

Profissional com 31 anos. Há 10 anos trabalha como médica de família e há cinco anos está na UBS.

Sobre gênero: o trabalho de casa e o cuidado dos filhos é de responsabilidade da mulher. Já viu casais trocarem os papéis, porém, pensa que todos têm o mesmo dever, tudo deveria ser pactuado.

Impactos para a saúde: primeiro aparecem as marcas físicas, queixas ginecológicas e insônia.

Rede: A UBS tem pouco apoio do Centro de Referência em Assistência Social (CRAS). O trabalho com violência fica para a própria equipe por falta de suporte da rede. Nesta UBS nunca acionaram ou nenhuma usuária acionou a polícia, pois nem sempre os casos que chegam são agudos e “*não há mais o que fazer*”. Nos casos de violência contra a mulher, há a possibilidade de encaminhamento para os grupos de saúde mental e acompanhamento

psicológico, principalmente na UBS vizinha. Não há comunicação entre a equipe da UBS com os serviços da rede. *Tábata* refere que não costuma falar sobre a assistência jurídica, ou sobre a delegacia, pois essa é uma preocupação secundária na assistência.

Sobre a violência: *Tábata* acredita que antigamente a aceitação da violência sofrida pela mulher dentro de casa era maior, hoje todos a incentivam a fazer o Boletim de Ocorrência (BO). Para *Tábata*, há estigma em sofrer violência sexual, então as mulheres não falam sobre isso.

Políticas públicas e a sociedade: a violência é um problema da sociedade. Acha que a LMP não garante o direito da mulher.

Atendimentos do caso de *Esmeraldina*: é um trabalho de escuta e mostrar “*que tem outras coisas que ela pode fazer*”. “*No caso dela a violência não é física. Acho que assim, não sei até que ponto a violência realmente acontece. Das vezes que tentei conversar com o marido dela, não sobre isso diretamente, obviamente, mas, assim, tentei conversar sobre outras coisas, eu não consegui achar nenhum gancho que pudesse entrar nesse assunto*”.

Atividade da UBS: a tendência na UBS é não buscar identificar a violência para não ser obrigado a atuar. Acha que a enfermeira e a auxiliar da equipe têm medo de atender os casos de violência. A enfermeira ouve as mulheres, mas tem medo de dar encaminhamento. Os ACS cobram atuação da equipe nos casos e a equipe se sente obrigada a conversar com a família sobre o problema.

Articulação assistencial na UBS: discussão dos casos com a equipe do NASF.

Organização do trabalho: a UBS funciona 12 horas por dia e a assistência se organiza a partir de grupos diários (Grupo Resolutivo) e, a depender das necessidades das mulheres, os atendimentos acontecerão após a participação no grupo. Nos casos de violência contra as mulheres, há a participação do NASF. A equipe procura cuidar de toda a família, portanto, a equipe procura abordar o agressor.

Relação com o trabalho: sentimento de solidão. Muitos protelam em reconhecer ou atentar para a violência nos casos atendidos e sobra para os médicos, pois são a ponta do *iceberg*. Os trabalhadores não têm paciência para ouvir, principalmente nos casos de violência. As mulheres em situação de violência são tachadas de chatas, choronas e poliqueixosas pelos profissionais. Não se escolhe trabalhar com violência, é um problema do mundo.

Formação/supervisão: não aprendeu a fazer essa abordagem. Na residência o tema apenas foi citado, focado principalmente na assistência à situação de violência sexual apenas. Apesar disso refere não sentir falta de treinamento. Acha que as supervisões oferecidas na prefeitura não são práticas.

NILDA

Usuária com 48 anos. Ensino fundamental incompleto (3 anos). Dona de casa e coletora de material reciclável. Beneficiária do Bolsa Família. Único parceiro desde os 13 anos que é o pai de todos os seus filhos. *Nilda* engravidou muitas vezes, acredita que foram 26 gestações, mas apenas 9 crianças nasceram. A primeira gravidez foi aos 15 anos. Um de seus filhos foi para a adoção. Tentou na justiça reverter o processo, mas não conseguiu.

Parceiro: Está com 58 anos (não tem certeza). Estudou até o 5º ano do ensino fundamental. Trabalha como catador de papelão para reciclagem. Antes do envolvimento com *Nilda*, foi o marido da mãe dela.

Situação de violência: física, verbal e sexual (relação sem vontade, cede para não aumentar a violência). O parceiro a acusa de traição. Chegou a sofrer aborto por causa de agressões físicas (*“eu não confio, ele não dá para confiar. Porque ele já matou filho meu na minha barriga”*). Foi esfaqueada, além de tentativas de estrangulamento. Atualmente estão separados de corpos. Chegou a prestar queixa contra o marido, que foi detido e solto depois de 3 dias. Depois disso, o comportamento dele melhorou. *Nilda* refere que *“pelo juiz eu não posso fazer nada, tenho que aceitar, ele mesmo falou, a gente não pode ficar separado..., mas sem briga, né... ele no canto dele faz o que ele quer e eu faço as minhas coisas, a minha parte também”*. Associa a situação de violência ao desemprego e ao alcoolismo do parceiro. *Nilda* revida as agressões do marido, sobretudo quando está muito alcoolizado, porque a força física dele diminui. Já teve que dormir fora de casa para não ser agredida pelo marido. Dormiu na rua, no portão de casa para conseguir levar as filhas para o colégio no dia seguinte. A sogra (quando viva) falava para *Nilda* tomar cuidado com o filho dela, pois ele era muito violento (*“cuidado, que ele quer te matar”*). No início da relação o parceiro não era agressivo e já abusava do álcool. *Nilda* associa o início da violência com o envelhecimento dela e do companheiro *“com mais tempo que foi passando, que eu fui ficando mais velha... aí foi acontecendo isso”*.

Quem sabe da violência: todos sabem - familiares e vizinhos. Não tem suporte familiar para sair de casa, não tem para onde ir com as filhas pequenas. Sua mãe é alcoolista e sofre agressões do atual parceiro. As filhas de *Nilda* gostam do pai e pedem à mãe que seja paciente com ele; já com os filhos homens a relação é difícil, pois eles têm medo do pai.

Serviço de saúde: conversou com a assistente social sobre a sua situação de violência e a de sua mãe. *Nilda* pediu a ajuda da médica porque um de seus filhos tem problema psiquiátrico (não esclarecido), toma remédio controlado e faz acompanhamento no CAPS. Mas ela nunca buscou ajuda em razão da violência sofrida em casa.

Outros serviços buscados: a delegacia. Fez B.O. duas vezes. No local onde *Nilda* mora a população não pode acionar a polícia, mesmo assim, já o fez algumas vezes por causa do marido e por ter sido ameaçada pelos traficantes. Não sabe comentar sobre a LMP. *Nilda* tinha esperança de que o marido ficasse mais tempo preso, mas isso não aconteceu. Pensa que a soltura foi pelo problema de saúde dele - Hipertensão. Diz ter se assustado com a chegada do marido em casa após a prisão. Acha que deveria ter sido avisada da soltura, pois se ele quisesse poderia tê-la matado. Tinha a expectativa de arrumar um trabalho enquanto o marido estivesse preso. Queixa-se de não ter sido examinada quando foi fazer o exame de corpo de delito, mesmo machucada e com muita dor.

Estratégias para superar a violência: dormir fora de casa quando o marido está muito agressivo.

Impacto na saúde: principalmente na saúde das crianças: dificuldade de aprender, agressividade e dificuldade de relacionamento na escola. A filha de 12 anos faz acompanhamento com psicólogo. O filho de 16 anos deixou a escola. Sobre si mesma, sente-se revoltada, deprimida, às vezes agressiva e muito “nervosa”.

Expectativa de cuidado: gostaria que o marido se internasse para tratar do alcoolismo e melhorasse o seu comportamento para conseguir um bom trabalho para ajudar em casa, pois a família passa por muitas privações.

Assistente Social: Vivian

Profissional com 37 anos. Há seis anos atua na UBS.

Sobre gênero: considera a sociedade patriarcal. As mulheres têm maior responsabilidade perante a sociedade nos afazeres da casa, na educação dos filhos, no cuidado da família e pelo planejamento familiar. As mulheres não se percebem como sujeitos de direitos.

Sobre os direitos: *Vivian* acredita que os profissionais de saúde não contribuem para a garantia dos direitos das mulheres, pois agem de acordo com os seus “preceitos e preconceitos”. A principal barreira está em assegurar os direitos reprodutivos, quando não se assegura o direito à laqueadura, principalmente às mulheres pobres.

Impactos para a saúde: a depender do número de filhos, a mulher não consegue cuidar da saúde deles nem da própria, pois têm grande carga de trabalho. As mulheres têm adoecimentos mentais com ideação suicida.

Rede: os serviços que compõem a rede são distantes da casa das mulheres e elas não têm como arcar com os custos para acessar os serviços, além disso, nem todas sabem se locomover pela cidade de São Paulo. *Vivian* refere que a rede não está organizada de acordo com as

vulnerabilidades do território. Acredita que a Rede deve ser acionada de acordo com a necessidade da mulher.

Vivian refere que o funcionamento da rede é melhor no “*boca a boca*”. Relata que as reuniões da rede não são efetivas para a discussão dos casos, pois há disputa de poder e “ego”. As propostas discutidas nem sempre são viáveis, além da falta de mobilização dos diferentes serviços para cuidar dos casos. *Vivian* refere que quando a rede não responde conforme o esperado, ela modifica o fluxo e faz o encaminhamento para outros serviços, mas já chegou a ter problemas, reclamações por causa de sua atuação.

Sobre a violência: *Vivian* acredita que a violência acontece enquanto a mulher permite. Refere que a negligência sofrida por algumas crianças é decorrentes, muitas vezes, da violência sofrida pela mãe e a comunidade não entende e, quando percebe que as crianças não estão sendo cuidadas, a comunidade denuncia. *Vivian* relaciona a desigualdade com a violência. Acredita que a violência acontece principalmente entre as classes sociais desfavorecidas.

Políticas públicas e a sociedade: acredita que as políticas e a sociedade sobrecarregam as mulheres no cuidado com as crianças. Acredita que a mudança da sociedade ainda não foi aceita pelos profissionais de saúde.

Atendimentos do caso de Nilda: há dificuldades no serviço, mas *Nilda* também tem dificuldades. *Vivian* sente-se impotente nesse caso, pois o considera muito grave. Acredita que há uma reprodução da violência vivida na infância por parte do pai das crianças. A equipe teve conhecimento do caso em 2011, quando a mãe de *Nilda* passou mal e o hospital acionou a equipe da UBS para planejar o cuidado domiciliar da idosa. Foi então que descobriram toda a situação de *Nilda*. Pela gravidade da situação, a equipe estruturou uma atuação regional para apoiar o caso.

Atividade da UBS: há dificuldades para trabalhar com violência na UBS, pois nem todas as profissionais acreditam na violência como um problema da saúde. Os casos chegam encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família, pela comunidade ou pelos hospitais de referência. A equipe ainda não estruturou o NPV, apesar da cobrança.

Articulação assistencial na UBS: na opinião de *Vivian*, todos deveriam saber do caso de *Nilda*, para melhorar o acolhimento e o cuidado dessa família. A profissional considera que nas eqESF há mais humanização na assistência, diferentemente da assistência prestada pelas equipes tradicionais. Há quebra de vínculo, pois os médicos não querem fazer o atendimento quando a criança está suja. Uma situação citada foi: “... a filha da *Nilda* veio trazer as crianças aqui..., A hora que eu entrei na sala a pediatra desceu gritando - porque as crianças estavam sem banho... e aí gritou muito com a moça... humilhou muito a moça... Eu fiquei

dois anos... tentando fazer essa moça pôr os pés aqui na UBS... e essa foi a primeira vez que ela veio na UBS... Acabou com tudo, com tudo, assim, em minutos, ela gritou... ela esperneou... mas ela gritava mesmo, uma coisa assim... muito absurda, muito feia...”

Os profissionais da equipe tradicional “*não tem essa visão, ele acha que a medicina se resume em dar uma receita, um tratamento curativo, e não naquilo que o paciente traz enquanto história... de vida, enquanto contexto...*”.

Organização do trabalho: os casos que chegam são notificados, apesar de não haver um trabalho organizado para lidar com as notificações ou com a assistência às mulheres. Os profissionais de saúde têm dúvidas sobre os limites e as potencialidades do judiciário.

Relação com o trabalho: não queria trabalhar na saúde, mas hoje “*não se vê em outro lugar*”.

Formação: curso de 40 horas em violência contra as crianças sob financiamento próprio e cursos oferecidos pela Ordem dos Advogados do Brasil.

Enfermeira: Tania

Profissional com 37 anos. Na UBS atua na Vigilância epidemiológica.

Sobre gênero: a sociedade evoluiu pouco em gênero. A mulher vive com duas bolas de ferro presas aos pés que a impedem de decidir e pensar sobre a própria vida.

Sobre os direitos: as mulheres sofrem preconceitos e têm mais responsabilidades que direitos.

Impactos para a saúde: depressão, excesso de responsabilidade com a família, com o trabalho e com a casa e ficam sem tempo para cuidar delas mesmas. As crianças regridem no desenvolvimento.

Rede: conhece e utiliza a casa Sofia (abrigo), a Polícia, a DDM e o conselho tutelar.

Refere que os outros serviços da rede desconfiam dos encaminhamentos da UBS. *Tania* relata que há uma maior facilidade em conversar com a delegacia do que com os serviços da rede de saúde. Acha a rede desarticulada, cada serviço atua de um modo. Considera que os serviços da rede estão distantes e as mulheres não têm dinheiro ou possibilidades para buscá-los. A partir do caso de *Nilda* começaram a articular uma rede regional, mais próxima da região.

Sobre a violência: reconhece que as violências ocorrem principalmente dentro de cas, e estão associadas à falta de suporte financeiro e à dependência do marido. A equipe já atendeu a dois casos de violência sexual, esse casos são marcados pela culpa que acompanhará as mulheres por toda a vida. *Tania* considera que não tem o que a equipe fazer nesses casos (de violência sexual que já aconteceu). *Tania* acredita que muitos colegas e pessoas da comunidade acreditam que a violência ocorre por merecimento e reprodução das experiências anteriores na vida.

Atendimentos do caso de Nilda: refere que *Nilda* chegou à UBS pedindo ajuda para cuidar do filho que usava drogas. A equipe tentou atuar na construção de vínculo e a abordagem foi a partir de necessidades em saúde, enquanto a assistente social ficou responsável por abordar a violência. Apesar das tentativas, considera que a “... *violência incrustada na família, que é a violência sexual, que você vê que passa de geração em geração... e se tornou uma coisa comum e normal... e o nível de miséria, de pobreza*”. *Tania* comenta que, pela vida que a usuária leva, não sabe como ela ainda não tomou remédio ou passou a beber.

Atividade da UBS: considera que muitas usuárias são orientadas e medicadas de modo paliativo, pois não há muita preocupação em relacionar a história de vida com o problema de saúde apresentado. A equipe da UBS não reconhece a dupla ou tripla jornada de trabalho das mulheres como um problema, então não há assistência que inclua essas questões. Os casos chegam pela assistente social ou pelo acolhimento da UBS.

Articulação assistencial na UBS: a equipe se mobiliza para apoiar nas necessidades materiais com a oferta de roupas, alimentos. A equipe, quando sabe da violência não consegue abordar diretamente o problema, então oferece atendimento específico, como papanicolau, vacina, até que as mulheres falem do problema da violência: “*Então vamos começar tentando... a gente sempre fala – vamos dar vacina que dá certo -, então a gente vai na vacina, a gente vai na casa e vê as condições... então a gente faz aquela coisa de formiguinha. Um dia você faz isso, outro dia você volta e vê como está todo mundo, se precisa de médico, se precisa(?) de saúde. Você precisa convencer as pessoas virem até aqui. Você vai abrindo as portas...*” *você vai ganhando, realmente, credibilidade, que você não está ali para mudar? Você está ali para ajudar... são um apoio que você precisa dar.* Sente a necessidade de articulação para as questões de saúde mental. Sente maior facilidade em atender às mulheres do que aos homens, pois elas falam mais sobre a vida.

Políticas públicas e a sociedade: considera que essa população, principalmente pobre, está à margem da sociedade, pois, as políticas não cobrem todas as suas necessidades, nem mesmo o ECA ou a Lei Maria da Penha garantem os direitos dessa população.

Organização do trabalho: notificam os casos. O acompanhamento é feito pela assistente social. A maior responsabilidade é acolher e ouvir as pessoas.

Relação com o trabalho: não recebeu treinamento, está aprendendo a lidar com os casos que chegam.

Formação: especialização em obstetrícia e saúde pública, sem abordagem sobre violência.

Auxiliar de enfermagem: Jota

Profissional com 28 anos. Formado em enfermagem, mas atua como auxiliar de enfermagem na UBS. Está há cinco anos na UBS.

Sobre gênero: o homem tem mais liberdade na sociedade. O homem tem papel de provedor, e a mulher, de cuidadora. Os homens não aceitam o comando de uma mulher, mesmo no trabalho. Elas sofrem com a dupla jornada de trabalho.

Sobre os direitos: considera que hoje as mulheres têm os seus direitos garantidos, mas não sabem usá-los. Apesar disso, considera que há um boicote com as mulheres na licença-maternidade - muitas mulheres não podem tirar as férias junto do período da maternidade para cuidar das crianças.

Impactos para a saúde: a frustração adoece. Os cânceres são decorrentes disso. A falta de autocuidado deveria ser um marcador para os profissionais investigarem a violência. A violência em casa torna as crianças agressivas e futuramente reprodutoras de violência.

Rede: os serviços são distantes e não estão articulados. As mulheres ficam desanimadas sempre que são orientadas a buscar outros serviços da rede. Não há contrarreferência dos casos encaminhados. Estão articulando parceria com as escola do bairro, o que tem acontecido por meio de palestras para os professores sobre doenças.

Sobre a violência: compreende gritos como violência – e que a cultura interfere no entendimento sobre o tema. Acredita que as mulheres aceitam a violência, elas ficam nas relações e usam a questão financeira e o cuidado dos filhos para baixar a cabeça para o sofrimento. Acredita que a violência doméstica e sexual são as mais delicadas por causa da vergonha das mulheres. Acredita que há um ciclo de violência nas famílias, naturalizado com o tempo.

Atendimentos do caso de Nilda: teve contato com o caso, pois o filho de *Nilda* queria falar com um homem. Considera bom o vínculo da família com a equipe. Acha que o convívio familiar melhorou, pois *Nilda* foi encaminhada ao psicólogo, e o seu marido, ao CAPS, para tratar do alcoolismo. Considera-a muito instável, principalmente por ter saído de casa e tido outro relacionamento. O acompanhamento da família começou pelas doenças e exames necessários para a puericultura e rastreamento. A proposta é cuidar das crianças para garantir o futuro e a não reprodução da violência, pois no contexto atual da família considera que não há o que fazer. Dificuldade de compreender a desigualdade de gênero na vida de *Nilda*: “...*ele chegava e às vezes agredia muito ela... as crianças... principalmente ela, que ela tinha que estar pronta para ter relações com ele, então ela não queria... Você percebia que ela sofria bastante, sabe?, né... mas aí do nada às vezes ela mencionava coisas dele, tipo que ela*

gostava dele, que ela um dia chegou a gostar muito dele... aí ela voltava a falar que odiava ele. Então ficavam questões muito evasivas(?) para a gente falar 'nossa, é ou não é, o que acontece, né'.

Atividade da UBS: procura orientar para que as mulheres reflitam sobre a vida. Um exemplo é durante o planejamento familiar: “ *...se estou bem para ter filho? Meu marido está bem para ter filho? Não é só a questão de valores financeiros, é assim 'será que estou bem para ter um filho, será... né... estou legal para ter um filho? Será que vou conseguir dar conta? ', porque tem toda uma transformação* ”.

Durante uma visita domiciliária, Jota presenciou uma situação de violência verbal do marido com a esposa. Refere que aguardou o marido sair para perguntar o motivo de ela suportar esse sofrimento – considera que as violências na comunidade são naturalizadas – por isso, as mulheres não sabem falar não.

Articulação assistencial na UBS: refere que todos os casos vão para a assistente social e, quando é necessária assistência em saúde, o médico ou a enfermeira atendem. Sente que a equipe deveria ter NASF para apoiar a equipe. Relata a importância do vínculo, mas que nem todos na UBS têm esse cuidado. Refere que Nilda foi maltrada na UBS e desistiu de se cuidar: “ *...Não que os profissionais não sejam tão bons, mas às vezes uma palavra incorreta no momento incorreto vai atrapalhar toda a necessidade que a gente tem de voltar a ter um vínculo com ela* ”. “ *... e o saber acolher ele é muito... não é fácil... é uma coisa que a gente tem que aprender... todo mundo tem que aprender, que hoje fiz de um jeito, mas amanhã vou fazer de outro jeito e pode dar errado, de repente é a cópia do dia anterior...* ”.

Políticas públicas e a sociedade: considera que o poder público esqueceu da população atendida pela UBS. As leis e políticas não chegam até eles. Sobre a LMP, conhece pouco, mas acha que não é efetiva, que não alcança todas as mulheres.

Organização do trabalho: quando os casos chegam, confirmam se há violência e fazem o acolhimento e a notificação. Considera o médico sensível para acompanhar os casos. Refere que a comunidade se organiza para resolver alguns tipos de violência por meio dos linchamentos para evitar que a polícia seja acionada. Os casos começaram a aparecer a partir da organização do acolhimento. Acredita que todo serviço deveria ter uma referência para atender aos casos.

Relação com o trabalho: gosta, acha que a equipe trabalha por amor, pois há falta de recurso e falta de rede de apoio.

Formação: Tem contato com o tema de violência e direitos humanos através de uma prima que é advogada. Refere que não há supervisão em violência na UBS.

Referências Bibliográficas

Abramo P. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado* (Pesquisa de opinião pública). São Paulo: SESC/ Fundação Perseu Abramo; 2010.

Araújo C. As mulheres e o poder político – desafios para a democracia nas próximas décadas. In: Barsted LL, Pitanguy J. *O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA/ Brasília: ONU Mulheres; 2011.p.90-137.

Arendt H. *A condição Humana*. Tradução de Roberto Raposo. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2007.

Arendt H. *Sobre a violência*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2009.

Ávila MBM. A dinâmica do trabalho produtivo e reprodutivo: uma contradição viva no cotidiano das mulheres. In: Venturi G, Godinho T. *Mulheres Brasileiras e gênero nos espaços públicos e privados. Uma década de mudanças na opinião pública*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP; 2013.p.230-245.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu)*. 2004a; 8(14):73-92.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e sociedade*. 2004b; 13(3):6-29.

Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3):549-60.

Ayres JRCM. Uma concepção Hermenêutica da saúde. *Physis*. 2007; 17(1):43-62.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009; 19(suppl 2):11-23.

Azambuja MPR, Nogueira C. Introdução à violência contra as mulheres como um problema de direitos humanos e de saúde pública. *Saúde e Sociedade*. 2008; 17(3):101-12.

Azeredo, VG. Entre paredes e redes: o lugar da mulher nas famílias pobres. *Serv. Soc.* 2010; 103:576-90.

Banco Mundial. Departamento de Política Econômica e Redução da Pobreza. Região da América Latina e Caribe. *A questão de gênero no Brasil*. Brasília: Banco Mundial/ Rio de Janeiro: CEPIA; 2003.

Bandeira LM. Violência de gênero: a construção de um campo teórico de investigação. *Revista Sociedade e Estado*. 2014; 29(2):449-69.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1979.

Barsted LL, Garcez E. A legislação civil sobre família no Brasil. In: *As mulheres e os direitos civis*. Rio de Janeiro: CEPIA; 1999.p. 9-27.

Barsted LL. Gênero e desigualdades. In Pitanguy LL, Barsted LL. *O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA/ Brasília: ONU Mulheres; 2011.

Boff L. *Ética da vida. A nova centralidade*. Rio de Janeiro: Editora Record; 2009.

Bourdieu P. *A dominação masculina*. Tradução de Maria Helena Kühner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2010.

Brasil. Lei n. 8.069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da criança e do adolescente. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 1990 16 jul; retificado 27 set.

Brasil. Lei n. 11.340 de 07 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. *Diário Oficial da União*. Brasília (DF). 2006 08 ago.

Brasil. *Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

Brasil. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; Secretaria de Políticas Para as Mulheres. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011.

Brasil. Rede HumanizaSUS. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.

Campos DS. *Análise da situação do conselho tutelar diante das notificações de abuso e exploração sexual* [dissertação]. Rio de Janeiro. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira; 2014.

Campos GWS. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, das práxis e da arte. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(7): 3033-40.

Camurça S. ‘Nós mulheres’ e nossa experiência comum. *Cadernos de Crítica Feminista*. 2007; 1:12-25.

Carneiro S. Identidade feminina. In: Safiotti HIB, Munhõz-Vargas M. *Mulher Brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1994. p.187-194.

Carvalho MS. A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988. *Revista de Direito Sanitário*. 2003; 4(2):15-31.

Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, McNeil M, Scholle SH. Health care interventions for intimate partner violence: what women want? *Women's health issues*. 2005; 15(1):21-44.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R, Chauí M, Paoli MC. *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1984. p. 25-62.

Chauí M. *Ética e violência*. Teoria e Debate. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 1998. p.34-41.

Costa AO. Felizes, contentes e feministas. In: Ventur G, Godinho T. *Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado*. São Paulo: Sesc/Editora Fundação Perseu Abramo; 2013. p. 37-47.

Crenshaw K. Demarginalizing the intersection of race and sex: a black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *U. Chi. Legal F*. 1989; 139-167.

Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identify politics, and violence against women of color. *Stanford law review*. 1991; 43:1241-1299.

Crenshaw K. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. *Estudos feministas*. 2002; 10(1):171-88.

Debert GG, Oliveira MB. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a violência doméstica. *Cadernos Pagu*. 2007; 29:305-37.

Denzin NL, Lincoln Y. *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed; 2006.

d'Oliveira AFPL. Saúde e educação: a discussão das relações de poder na atenção à saúde da mulher. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(4):105-22.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Violência de gênero, Saúde Reprodutiva e Serviços. In: Giffin K, Costa SH. *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999. p.337-55.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção Integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4):1037-50.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med (São Paulo)*. 2013; 92(2):134-40.

Ellsberg M, Heise L. *Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists*. Washington DC: World Health Organization, PATH; 2005.

Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, García-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*. 2008; 371(9616):1165-72.

Faleiros VP. *Estratégias em serviço social*. São Paulo: Cortez; 1999.

Fleury S. Revisitando “a questão democrática na área da saúde” – quase 30 anos depois. *Saúde em debate*. 2009; 33(81):156-64.

Gessner R, Fonseca RMGS, Oliveira RBG. Violência contra adolescente: uma análise à luz das categorias gênero e geração. *Rev. esc. enferm USP*. 2014; 48(Esp):04-10.

Giffin K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cad. Saúde Públ*. 1994; 10 (suppl 1):146-55.

Gonçalves HS, Ferreira AL. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2002; 18(1):315-19.

Grandi J, Dias MTG, Glimm S. Percepções daqueles que perguntam – qual a sua cor? *Saúde em debate*. 2013; 99(37):588-96.

Guedes RN, Fonseca RMGS. A autonomia como necessidade estruturante para o enfrentamento da violência de gênero. *Rev. esc. enferm*. 2011; 45(spe 2):1731-35.

Haug F. Para uma teoria das relações de gênero. In: Boron AA, Amadeo J, Gonzalez S. *A teoria marxista hoje. Problemas e perspectivas*. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de ciencias sociales; 2007.p.345-59.

Heise L, Pitanguy J, Germain A. *Violencia contra la mujer: la carga oculta sobre la salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud; 1994.

Hirata H, Kergoat D. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. *Cadernos de pesquisa*. 2007; 37(132):595-09.

Jelin E. Mulheres e direitos humanos. *Estudos feministas*. 1994; 1(34):117-49.

Jodelet D. *As representações sociais*. Tradução de Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UDUERJ; 2001.

Keil IM. *O paradoxo dos direitos humanos no capitalismo contemporâneo. Direitos Humanos: alternativas de justiça social na América Latina*. São Leopoldo (RS): Editora UNISINOS; 2002.

Kergoat D. Dinâmica e consubstancialidade das relações sociais. *Novos Estud. - CEBRAP*. 2010; 86:93-103.

Kiss LB, Schraiber LB, d'Oliveira AFLP. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface (Botucatu)*. 2007; 11(23):485-501.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(3):1943-52.

Libal K, Parekh S. Reframing violence against women as a human rights violation: Evan Stark's coercive control. *Violence Against Women*. 2009; 15(12):1477-89.

Lovell PA. Raça e gênero no Brasil. *Lua nova: revista de cultura e política*. 1995; 35:39-71.

Mandelbaum B, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência e vida familiar: abordagens psicanalíticas e de gênero. *Saúde Soc*. 2016; 25(2):422-30.

Marmot M. Brazil: rapid progress and the challenge of inequality. *International Journal for Equity in health*. 2016; 15(1):177.

Mascaro AL. Os direitos humanos e a dignidade humana. *MPD dialógico* [internet]. 2008 [citado em jan 2017]; 20. Disponível em: http://revolucoes.org.br/v1/sites/default/files/direitos_humanos_e_dignidade_humana.pdf

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2009.p.43-69.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ ABRASCO; 2004.

Mendes JDV, Osiano VLRL. Consultas médicas de atenção básica nas RRAS do Estado de São Paulo. *Gais informa (Boletim Eletrônico do grupo técnico de avaliação e informações em saúde da Secretaria de Estado da Saúde de SP)*. 2012; 4(16):1-19.

Meneghel SN, Camargo M, Fasolo LR, Mattiello DA, Silva RCR, Santos TCB, et al. Mulheres cuidando de mulheres: um estudo sobre a casa de apoio Viva Maria, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2000; 16(3):747-57.

Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro B, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(4):743-52.

Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues RA, Oliveira PCP. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalhos. In: Merhy EE, Onocko R. *Agir em Saúde: desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC; 2006.p.35-63.

Merlino T, Ojeda I. *Direito à memória e à verdade: Luta, substantivo feminino*. São Paulo: Editora Caros Amigos; 2010.

Meyer DE, Klein C, Fernandez LP. Noções de família em políticas de 'inclusão social' no Brasil Contemporâneo. *Estudos Feministas*. 20(2):433-49.

Meyer S. Why women stay: A theoretical examination of rational choice and moral reasoning in the context of intimate partner violence. *Australian & New Journal of Criminology*. 2012; 45(2):179-93.

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2008.

Moreira TN. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família [dissertação]. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Moreira V, Boris G, Venâncio N. O estigma da violência sofrida por mulheres na relação com seus parceiros íntimos. *Psicologia & Sociedade*. 2011; 23(2):398-406.

Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. Tradução de Guarechi PA. Petrópolis, RJ: Vozes; 2015.

Mota A, d'Oliveira AFPL. Poder médico e seus limites: a medicalização de gênero. *Revista USP*. 1998-99; 40:138-48.

Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev. esc enferm USP*. 2007; 41(4):605-12.

Organización Mundial de la Salud. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Consecuencias para la salud*. Washington, DC: OPS; 2013.

Organización de Los Estados Americanos (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a violência contra a mulher. Belém/ PA; 1994.

Pacheco-Filho AC, Garbin CAS. A saúde e seu direito sob o olhar do usuário. *Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde*. 2010; 12(3):39-45.

Paim JS. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*. 2001; 35(1): 103-9.

Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: programas e ações na Unidade Básica*. São Paulo: Editora Hucitec; 1996. p.234-50.

Pena FM. Democracia, direitos humanos e globalização. *Revista Espaço Acadêmico* [internet]. 2006 [citado fev 2017]; 64. Disponível em: <https://www.espacoacademico.com.br/064/64pena.htm>

Penso MA, Almeida TMC, Brasil KCT, Barros CA, Brandão PL. O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais de saúde. *Temas psicol*. 2010; 18(1):137-52.

Pimentel S. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher - CEDAW 1979. In: Frossard H. *Instrumentos internacionais de Direitos das Mulheres*. Brasília: Secretaria de Políticas para as mulheres; 2006.

Pitanguy J. Gênero, cidadania e direitos humanos. In: Bruschini C, Unbehaum SG. *Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/ Ed. 34; 2002. p.121-142.

Pinto CRJ. Feminismo, História e Poder. *Rev. Sociol. Polít*. 2010; 18(36):15-23.

Piovesan F. Direitos Humanos das mulheres: proteção internacional e constitucional. In: Bertoldi MR, Oliveira KCS. *Direitos fundamentais em construção: estudos em homenagem ao ministro Carlos Ayres Britto*. Belo Horizonte: Fórum; 2010.p.81-95.

Pontes APM, Cesso RGD, Oliveira DC, Gomes AMT. O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? *Esc Anna Nery Enferm.* 2009; 13(3):500-07.

Pope C, Mays N. *Pesquisa qualitativa na atenção à saúde*. Porto Alegre: Artmed; 2005.

Porto MSG. Crenças, valores e representações sociais da violência. *Sociologias.* 2006; 16:250-73.

Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: understanding intra and intergenerational connections. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(6):599-17.

Rios IC. Humanização: a essência da ação técnica e ética nas práticas de saúde. *Rev. bras. educ. med.* 2009; 33(2):253-61.

Rios IC, Schraiber LB. Uma relação delicada: estudo do encontro professor-aluno. *Interface (Botucatu)*. 2011; 15(36):39-52.

Rua MG, Abramovay M. *Companheiras de luta ou “coordenadoras de painéis”? As relações de gênero nos assentamentos rurais*. Unesco: Brasil; 2000.

Sagot M. *Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países*. San José: Organización Pan-Americana de Saúde; 2000.

Sagot M. The critical path of women affected by family violence in Latin America. *Violence Against Women.* 2005; 11(10):1292-318.

Santana VC, Oliveira DC, Meira TAV. Espaço público, espaço privado e o patriarcado brasileiro. *Revista Digital.* 2013;179.

Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. *Lua Nova.* 1997; 39:105-124.

Santos BS. *Se Deus fosse um ativista dos direitos humanos*. São Paulo: Cortez; 2013.

Santos BS, Chauí M. *Direitos humanos, democracia e desenvolvimento*. São Paulo: Cortez; 2014.

Santos CM. Curto circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. *Estudos Feministas.* 2015; 23(2):577-600.

São Paulo. Lei nº. 13.399, de 1 de agosto de 2002. Executivo. Diário Oficial de 3 de janeiro de 2003; 16.

São Paulo. Editorial. *Revista Tecendo Redes de Paz*. 2007; 1:4-8.

São Paulo. *Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo*. São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde; 2012.

São Paulo. Portaria n. 1.300 de 15 de julho de 2015. *Diário Oficial do Município*. São Paulo (SP). 2015 15 jul;128.

Sarti CA. *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.

Sarti CA. O feminismo brasileiro desde os anos 1970: revisitando uma trajetória. *Estudos Feministas*. 2004a; 12(2):35-50.

Sarti CA. A família como ordem social. *Psicologia USP*. 2004b; 15(3):11-28.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Rev. Saúde Pública*. 1995; 29(1):63-74.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a Ética. *Interface (Botucatu)*. 1997; 1(1):123-40.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5):13-26.

Schraiber LB. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. 2001; 51:104-13.

Schraiber LM, d'Oliveira AFPL. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica*. São Paulo: Fundação Ford/ CREMESP; 2002.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(4):470-77.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto MT, Kiss L, Durand J, Pinho A. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):41-54.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, Puccia MI, Andrade MC. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev. Saúde Pública*. 2007; 41(3):359-67.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Romper con la violencia contra la mujer: como lidiar desde una perspectiva del campo de la salud. *Athenea digital*. 2008; 14:229-36.

Schraiber LB. *O médico e suas interações. A crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Aderaldo & Rothschild; 2008.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Portella AP, Menecucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14(4):1019-27.

Schraiber LB. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': O sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2011; 16(7):3041-42.

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012; 17(10):2635-44.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea digital*. 2012; 12(3):237-54.

Souza SR. A mulher nos espaços de poder político. *Cadernos Adenauer XIV*. 2013; 3: 183-198.

Scott JW. Gender: a useful category of historical analysis. *The American Historical Review*. 1986; 91(5):1053-75.

Silva JA, Dalmaso ASW. *Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002.

Singer P, Campos C, Oliveira EM. *Prevenir e curar - controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 1978.

Starfield B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO/ Ministério da Saúde; 2002.

Tavares RR. Igualdade de gênero e o empoderamento das mulheres. In Pitanguy LL, Barsted LL. *O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010*. Rio de Janeiro: CEPIA; 2011.

Teixeira RR. Informação e comunicação em saúde. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. *Saúde do adulto: Programas e ações na Unidade Básica*. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC; 2000.

Teixeira RR. Humanização e Atenção Primária à Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2005; 10(3):585-597.

Teles NM, VanderPlaat M. Saúde e direitos humanos: algumas reflexões. In: Ferreira J, Schuch P. *Direito e ahyda humanitária: perspectiva sobre família, gênero e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2010.p.129-150.

Terra MF. *A vulnerabilidade programática de mulheres vítimas de violência doméstica às DST/HIV/Aids no Brasil: análise de documentos norteadores da assistência* [monografia]. São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011.

Tesser CD, Poli Neto P, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(suppl 3):3615-24.

Trapé CA, Soares CB, Dalmaso ASW. Trabalho do Agente Comunitário de Saúde: a dimensão educativa da supervisão. *Sociedade em debate*. 2011; 17(1):119-38.

Travassos C, Viacava F, Pinheiro R, Brito A. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Rev. Panam Salud Publica/ Pan Am J Public Health*. 2002; 11(5/6):365-373.

Williston CJ, Lafreniere KD. Hold cow, does that ever open up a can of worms: health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health Care Women Int*. 2013; 34(9):814-31.

Witt A. Saúde pública e o problema de classificação social. *Revista de Saúde Pública*.1976; 1(2):172-76.