Emmanuela Neves Gonsalves

**As relações entre a atenção básica à saúde e os serviços especializados no
atendimento a mulheres em situação de violência: um estudo de caso sobre as
potencialidades de rede**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima
Schraiber

**São Paulo
2019**

Emmanuela Neves Gonsalves

**As relações entre a atenção básica à saúde e os serviços especializados no
atendimento a mulheres em situação de violência: um estudo de caso sobre as
potencialidades de rede**

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

Programa de Saúde Coletiva

Orientadora: Profa. Dra. Lilia Blima
Schraiber

**São Paulo
2019**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Gonsalves, Emmanuela Neves

As relações entre a atenção básica à saúde e os
serviços especializados no atendimento a mulheres em
situação de violência : um estudo de caso sobre as
potencialidades de rede / Emmanuela Neves

Gonsalves. -- São Paulo, 2019.

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

Programa de Saúde Coletiva.

Orientadora: Lília Blima Schraiber.

Descritores: 1.Redes 2.Violência de gênero
3.Saúde 4.Violência contra a mulher 5.Atenção
primária à saúde 6.Trabalho em equipe

USP/FM/DBD-420/19

Responsável: Erinalva da Conceição Batista, CRB-8 6755

Para meu pai

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha família, especialmente a minha mãe, Marlete de Assunção Gonsalves, uma mulher linda, alegre, guerreira, engraçada, que leva a vida numa boa, cuja força e coragem sempre me inspiraram a ultrapassar os limites impostos pela sociedade. Tudo o que conquistei foi por causa dela!

Aos meus irmãos que eu amo, o Emmanuel, meu amigo, meu parceiro de vida, que está sempre ao meu lado; a Luciana, que é uma inspiração de paz, aquela companhia cheia de carinho que eu quero por perto sempre; o Luiz, que me deu sobrinhos queridos.

Ao meu pai (*in memorian*), que foi meu grande incentivador da vida acadêmica, sentava comigo na mesa da sala para me ajudar com os deveres de casa quando criança, ele que encerrou seus estudos no Ensino Médio, leu minhas monografias e dissertação, sempre dizendo que aprendia palavras novas. Aplaudiu todas as minhas conquistas, esteve comigo quando fiz a matrícula para o doutorado, me incentivou na mudança pra São Paulo, e agora, de algum lugar que desconheço, está dando aquele sorriso maroto, um tapinha no meu ombro e me dizendo: “eu sabia que você ia conseguir!”, emocionado, claro.

À minha querida orientadora, professora Dra. Lilia Blima Schraiber, que sempre generosa investiu muito do seu tempo em minha formação. Grande inspiração teórica para a construção desta tese, tive acesso a ensinamentos preciosos em nossos encontros de orientação, pessoalmente e por chamada de vídeo, que eram longas e verdadeiras aulas. A aproximação com seu referencial teórico impactou em muito minha vida acadêmica e profissional. Levarei nossos encontros para a vida!

Às minhas amigas da vida (amigos, sintam-se incluídos em minha linguagem feminista), com quem eu rio, choro, fico em silêncio. Obrigada por tanto amor, carinho e cuidado, de perto ou de longe, de mãos dadas, seguimos livres!

Um agradecimento especial à cidade de São Paulo (SP), da qual por causa do doutorado me tornei íntima. Que me acolheu no momento mais difícil da minha vida, mostrando que era possível se reinventar e seguir pra qualquer lugar. “O avesso do avesso do avesso...” me encantou... segui novos rumos. Sim, tem muito amor em SP!

À Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), especialmente ao Núcleo de Estudos de Políticas Públicas em Direitos Humanos (NEPP-DH) que me apoiou em tudo para a realização do curso de doutorado em SP.

Com carinho, agradeço à equipe do Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR) que além de contribuir muito para meu processo de formação em violência de gênero e políticas públicas, desde a primeira hora não negou esforços para cobrir minha ausência no período em que precisei.

Ao Programa de Pós-Graduação Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP), às docentes e profissionais da área administrativa que me apoiaram e proporcionaram toda a estrutura necessária para o desenvolvimento deste estudo.

Às professoras da banca, titulares e suplentes, professoras Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira, Lilia Guimarães Pougy, Sônia Maria Dantas Berger, Marcia Thereza Couto, Cecília Teixeira Soares, Janaína Marques de Aguiar, que eu muito admiro e gentilmente se disponibilizaram a participar de mais esta etapa deste processo.

Às pessoas, amigas e parceiras, que colaboraram diretamente com este processo, Cecília, Marcia Vieira, Marta, Ricardo, professor Ricardo Ayres, Jana, Ruth, Paloma, Bel, Nika, dinda, Ercília, Sílvia, Manel, Marquinhos, enfim, foram tantas as pessoas que se disponibilizaram a me emprestar um livro, a me ajudar com uma elaboração, a pensar comigo. Agradeço, ainda, aos muitos 'cafés' que me abrigaram neste período, às pessoas que trabalham nesses lugares, nas bibliotecas e espaços culturais que frequentei por esse Brasil afora e às amigas com quem compartilhei as muitas casas por onde passei.

Às minhas terapeutas, que holisticamente, fizeram parte de um processo de cuidado e autoconhecimento que propiciou minha chegada à reta final, com saúde, em seu sentido mais amplo possível.

Aos serviços que abriram suas portas para minha intervenção, às profissionais e gestoras que generosamente contribuíram com a pesquisa. Meu muito obrigada, sem esta colaboração nada disso teria sido possível.

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. Elaborado por Anneliese 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.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com List of Journals Indexed in Index Medicus.

SUMÁRIO

Lista de Siglas	
Lista de Figuras	
Resumo	
Summary	
1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Objetivos	4
1.1.1 Objetivo geral	4
1.1.2 Objetivos específicos	4
2. REFERENCIAL TEÓRICO	6
2.1 Violência de gênero	6
2.2 Saúde	11
2.3 Trabalho em equipe	19
2.4 Rede	24
2.5 As políticas e as instituições	36
2.5.1 Políticas de saúde - Atenção Básica à Saúde	37
2.5.2 Políticas de enfrentamento à violência de gênero	45
3. METODOLOGIA	53
4. RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO	67
4.1 O caso estudado	67
4.2 Considerações sobre a conjuntura atual	75
4.3 Análise intrassetorial das vocações assistenciais e dos serviços	82
4.3.1 Atenção Básica à Saúde: caracterização geral	82
4.3.2 Atenção Básica à Saúde: potencialidades para o trabalho em equipe	99
4.3.3 Centro de referência: caracterização geral	124
4.3.4 Centro de referência: potencialidades para o trabalho em equipe	131
4.3.5 Policial: caracterização geral	143
4.3.6 Policial: potencialidades para o trabalho em equipe	149
4.3.7 Orientação jurídica: caracterização geral	154
4.3.8 Orientação jurídica: potencialidades para o trabalho em equipe	158
4.4 A trama de serviços para o atendimento às mulheres em situação de violência: o potencial de serviço em rede	167
4.4.1 Compreensão das profissionais sobre o serviço de rede	167
4.4.2 Obstáculos e facilitadores	175
4.4.2.1 Plano Gestão	175
4.4.2.2 Plano Interinstitucional	179
4.4.2.3 Plano Institucional	184
4.4.2.4 Plano Práticas Profissionais	185
4.4.3 Tramas: os fluxos institucionais	192
4.4.3.1 Trama Setor Centro de Referência	193
4.4.3.2 Trama Setor Orientação Jurídica	195
4.4.3.3 Trama Setor Policial	197
4.4.3.4 Trama Setor Atenção Básica à Saúde	198
4.4.3.5 Trama serviços da pesquisa	200
4.5 As dinâmicas de trabalho em serviços de mútuo acesso	201
4.6 Rede Capital	214
4.7 A Atenção Básica à saúde e os serviços especializados no atendimento a	

mulheres em situação de violência	219
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	228
6. REFERÊNCIAS	235
ANEXOS	248

Lista de Siglas

AB – Atenção Básica

ABS - Atenção Básica à Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP - Área Programática

APS - Atenção Primária à Saúde

AVS - Agente de Vigilância em Saúde

CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CAP - Coordenadoria de Área Programática

CEAM - Centro Especializado de Atendimento a Mulher

CEDAW - Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher

CEDIM/RJ - Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CEPIG - Coordenadoria Especial de Promoção da Política para Igualdade de Gênero

CF - Clínica da Família

CMS - Centro Municipal de Saúde

CR - Centro de Referência

CRAS - Centros de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializados de Assistência Social

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

EC - Emenda Constitucional

ESF – Estratégia de Saúde da Família

FMUSP - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

GAR - Grupos Articuladores Regionais

GT - Grupo de Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LMP - Lei Maria da Penha

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NT - Norma Técnica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPS - Organización Panamericana de la Salud

OS - Organização Social

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSE - Programa Saúde na Escola

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular

RA - Regiões Administrativas

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RJ - Rio de Janeiro

RO - Registro de Ocorrência

SEASDH - Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro

SEPPIR - Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial

SF – Saúde da Família

SISREG – Sistema de Regulação

SMASDH - Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos

SMS/RJ - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

SPM-PR - Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República

SPM-RIO - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SPMulheres-RJ - Subsecretaria de Políticas para as Mulheres

SUBPAV - Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

SUDIM/RJ - Superintendência de Direitos da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa

UBS - Unidade Básica de Saúde

VD - Visita Domiciliar

WHO - World Health Organization

RESUMO

Gonsalves EN. *As relações entre a atenção básica à saúde e os serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência: um estudo de caso sobre as potencialidades de rede* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2019.

O presente estudo buscou conhecer as relações estabelecidas entre serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência e serviços de atenção básica à saúde para identificar as potencialidades de construção de uma rede intersetorial para atenção às mulheres em situação de violência. Tomando como ponto de partida a atuação profissional em cada serviço, compreendemos que o trabalho em equipe se refere à tentativa de recompor a fragmentação crescente dos saberes e profissões a partir da construção de um projeto assistencial comum que se vale da articulação das ações e da interação entre os sujeitos como qualidades do trabalho assistencial. Nesta linha, a atuação em rede pressupõe, também, a articulação das ações e interação entre os sujeitos desta rede na composição de um projeto assistencial comum. Metodologicamente, optamos pelo estudo de caso, elegendo a região Centro da cidade do Rio de Janeiro. Realizamos a presente pesquisa a partir da observação institucional de três unidades básicas de saúde e quatro serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, dos setores Policial, Orientação Jurídica e Centro Especializado. Agregamos à observação trinta e seis entrevistas com profissionais e gestoras desses serviços. A transcrição das entrevistas e o diário de campo de pesquisa produzido foram submetidos à análise de conteúdo. As potencialidades no que se refere à articulação das ações, interação entre os sujeitos e construção de projetos assistenciais comuns foram analisadas no contexto do interior de cada setor, bem como no que se refere às relações entre os serviços/setores. Constatamos que há uma relação entre a compreensão das profissionais sobre trabalho em equipe e atuação em rede, em que, majoritariamente, se reduzem quer a noção de equipe quer a de atuação em rede à ‘complementaridade das ações individuais’. Nesse sentido, a principal questão abordada é a do acesso aos serviços e não a qualidade da atenção recebida. Observamos algumas ações de interação, especialmente referentes ao trabalho dos Centros de Referência, que buscavam um projeto assistencial compartilhado, especialmente nos casos mais complexos. Notamos, também, que as profissionais da Saúde apresentavam certa dificuldade na identificação dos casos de violência de gênero e desconhecimento sobre as possibilidades de atuação junto deles. Contudo, há um fluxo de encaminhamento de mulheres entre determinados serviços, especialmente entre UBS e Centro de Referência com potencial de interação para a construção de projetos assistenciais comuns. Em específico, notamos, ainda, alguns avanços na atenção às mulheres em situação de violência, não obstante, o longo caminho para a efetiva construção desta rede. Constatamos, ainda, um retrocesso pertinente à política municipal para as mulheres verificado na diminuição de recursos e na desativação da Rede Capital, organismo considerado central na construção de um projeto assistencial comum intersetorial para o enfrentamento à violência de gênero.

Descritores: Rede; Violência de gênero; Saúde; Violência contra a mulher; Atenção primária à saúde; Trabalho em equipe.

ABSTRACT

Gonsalves EN. *Relationships between basic health care and specialized services for assisting women in situations of violence: a case study on the potentialities of network* [thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2019.

The present study sought to acknowledge the relationships established between specialized services to assist women in situations of violence and basic health care services to identify the potential for creating an intersectoral network to care for women in situations of violence. Taking as a starting point the professional performance in each service, we understand that teamwork refers to the attempt to recompose the growing fragmentation of knowledge and professions from the construction of a common social service project that uses the articulation of actions and interaction among the subjects as qualities of social service work. In this regard, working in a network also presupposes the articulation of actions and interaction among the subjects of this network in the formation of a common social service project. Methodologically, we decided on the case study, choosing the Downtown region of Rio de Janeiro. We conducted the present research from the institutional observation of three basic health units and four specialized services for assisting women in situations of violence, from the Police, Legal Counseling and Specialized Center sectors. We added to the observation thirty-six interviews with professionals and managers of these services. The transcript of the interviews and the research field diary produced were submitted for content analysis. The potentialities regarding the articulation of actions, interaction among the subjects and the construction of common service projects were analyzed inside each sector context, as well as regarding the relations among the services / sectors. We find that there is a relation between the professionals' understanding of teamwork and networking, in which, mostly, both notions of team and networking are reduced to the 'complementarity of individual actions'. In this sense, the main issue addressed is the access to services and not the quality of care received. We observed some interaction actions, especially regarding the work of the Reference Centers, which sought a shared social service project, especially in the most complex cases. We also noticed that health professionals had some difficulty in identifying cases of gender-based violence and lack of knowledge of possibilities of tackling them. However, there is a flow of women referral between certain services, especially between UBS and Reference Center with potential for interaction for the construction of common social services projects. Specifically, we also note some advances in the attention given to women in situations of violence, despite the long way to the effective construction of this network. We also noted a relevant setback to the municipal policy for women verified in the reduction of resources and the deactivation of Rede Capital, an organism considered crucial in the construction of a intersectoral common social services project to confront gender-based violence.

Descriptors: Network; Gender-based violence; Health; Violence against women; Primary health care; Teamwork.

APRESENTAÇÃO

A presente tese de doutorado objetivou conhecer as potencialidades de rede entre Unidades Básicas de Saúde (UBS) e serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência, localizados na região Centro da cidade do Rio de Janeiro (RJ). Para viabilizar a apresentação das motivações desta tese e da trajetória até aqui empreendida, a escrita deste tópico será em primeira pessoa do singular.

Eu não poderia apresentar esta produção sem falar da minha trajetória profissional no Centro de Referência de Mulheres da Maré Carminha Rosa (CRMM-CR)¹. Como Técnica em Assuntos Educacionais (TAE), atuo neste serviço desde março de 2010. Formada em psicologia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), em 2008, especialista em Psicologia Jurídica pela mesma Universidade, em 2010, atuar em um Centro de Referência (CR), parte integrante da política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres e um serviço essencial para o acompanhamento das mulheres em situação de violência no percurso entre as diferentes instituições para o processo de superação da violência, se refere ao trabalho cotidiano de promoção da coletivização das práticas. Não que a tenhamos alcançado, mas há um árduo trabalho na direção da superação das fragmentações de saberes, das profissões, dos setores institucionais; promoção de espaços coletivos de diálogo entre a própria equipe e entre os diferentes serviços que integram o conjunto de serviços para atenção às mulheres em situação de violência.

Meu trabalho de mestrado² que objetivou conhecer sobre o trabalho da psicologia nos Centros de Referência do Rio de Janeiro, também, levantou questões que ganharam eco no presente trabalho de doutorado. Inspirada pela discussão proposta por Cecília Soares, em 1995³, sobre a relação entre psicologia e violência de gênero, questiono a manutenção de uma prática *psi* no campo das políticas de enfrentamento à violência de

¹ O CRMM-CR é um programa de extensão da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e parte integrante da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

² Gonsalves, Emmanuela Neves. A psicologia junto aos centros especializados de atendimento à mulher. 2015. 147f. Dissertação (Mestrado) -Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro: 2015.

³ SOARES, C. T. A violência de gênero, uma questão para a psicologia jurídica. Monografia do Curso de Especialização em Psicologia Jurídica. Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ); Rio de Janeiro: 1995. 54 p.

gênero ancorada em uma tradição de trabalho clínico individualizado, uma prática *psi* solitária, não integrativa, não dialógica.

Destaco, ainda, a influência da pesquisa “Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras”, realizada pela profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira e pela Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina, da Universidade de São Paulo (USP), em 2005 (D'Oliveira; Schraiber, 2006), sobre a qual construí os caminhos desta pesquisa de doutorado. Contando com uma equipe de colaboradoras de mais de trinta pessoas, o trabalho citado consistiu em um estudo sobre a trama de serviços de atendimento às adolescentes e mulheres em situação de violência em três capitais brasileiras: Recife, São Paulo e Porto Alegre. Foram investigadas naquelas instituições as vocações assistenciais, os fluxos institucionais e os elementos obstaculizadores e propiciadores na dinâmica de funcionamento da rede.

Com um recorte específico, considerando que a pesquisa foi realizada unicamente por mim, optei por investigar sobre as possíveis relações entre as UBSs e os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, em uma determinada região do Rio de Janeiro, o Centro da Cidade, a fim de conhecer: o funcionamento das instituições; as possibilidades de trabalho em equipe; as compreensões das profissionais sobre trabalho em equipe e trabalho em rede; os obstáculos e os facilitadores para o trabalho em rede; os fluxos interinstitucionais para o atendimento às mulheres em situação de violência; e as dinâmicas relacionais entre os serviços, portanto, as potencialidades para o trabalho em rede.

Como esclarecimento, destaco ainda, algumas questões terminológicas envolvendo o presente estudo. Em primeiro lugar, como feminista, compreendo que vivemos em uma sociedade marcada pela desigualdade entre os gêneros, em que o masculino se sobrepõe aos outros gêneros, inclusive o feminino. Neste contexto, importam todas as possibilidades de subversão desta norma masculina que rege nossas relações sociais. Sendo assim, considerando que na presente pesquisa a maior parte das entrevistadas eram mulheres e a maior parte das profissionais que atuavam nos serviços pesquisados, também, eram mulheres, ao me referir a elas e às equipes dos serviços, o farei no feminino, e não no masculino, como a norma de generalização da nossa língua culta exige. Cabe destacar que somente no serviço Especializado¹, a maior parte dos

trabalhadores eram homens. Apenas em relação a esta instituição a referência à equipe será feita no masculino, pelo critério escolhido.

Em linha com os esclarecimentos terminológicos, como argumentarei adiante, não desconsiderando a ampla e complexa discussão sobre a forma de se referir à violência voltada para as mulheres (Saffioti, 1999. Almeida, 2007), para este estudo optei por utilizar o termo ‘violência de gênero’ não obstante a possibilidade de diversas formas de referência ao problema que variam conforme opções adotadas por outros autores e normas institucionais.

Como opção teórica, também, ao longo do texto farei a distinção entre ‘rede’ e ‘trama’, como proposto por D’Oliveira e Schraiber (2006). Não obstante a compreensão de que os serviços justapostos para determinado tipo de atendimento não necessariamente compõem uma rede de serviços, esta tem sido a forma mais usual de nomenclatura utilizada por documentos institucionais e produções acadêmicas sobre a temática. Neste sentido, a análise empreendida será marcada pela escolha teórica da autora, o que não impede, todavia, que ao fazer referência a alguma fala de entrevistada ou a algum texto sobre o tema, a palavra ‘rede’ carregue o sentido relacionado a um conjunto de serviços justapostos, como é mais usualmente empregada.

Outra questão terminológica que deve ser examinada para a compreensão do texto se refere à discussão sobre os conceitos de multi, inter e transdisciplinaridade. Pensar sobre trabalho em equipe, um dos temas importantes de discussão para o presente estudo, é refletir sobre o trabalho multidisciplinar, interdisciplinar, transdisciplinar, e outros termos relacionados. Sabe-se que existe ampla literatura para a discussão sobre as diferenças teóricas entre esses conceitos e as implicações teórico-práticas, todavia, é relevante destacar, que este importante campo de estudos não constitui foco do presente trabalho. Para este momento, o foco estará em compreender a importância das diferentes disciplinas e profissões atuando em conjunto em um mesmo campo de trabalho, com objetivos comuns referentes ao enfrentamento à violência de gênero. Neste sentido, posso falar tanto em multi, quanto em inter ou até mesmo em transdisciplinaridade, tendo como parâmetros a questão da não suficiência de uma profissão ou um único saber para a compreensão do fenômeno da violência de gênero e do atendimento às mulheres em situação de violência, como a literatura discute amplamente. Concordo com Hüning e Guareschi (2005) em que multi, inter e transdisciplinaridade se refere à

“miscigenação” dos saberes. Nessa direção, para o presente trabalho, os termos mencionados serão utilizados como sinônimos.

1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa objetivou mapear e analisar o funcionamento e a relação entre os serviços que compõem uma possível rede intersetorial de enfrentamento à violência de gênero localizados na Área Programática (AP) 1.0 do município do Rio de Janeiro. Compreender as relações entre os serviços de saúde e serviços especializados no que se refere ao atendimento às mulheres em situação de violência é fundamental, pois como vários estudos apontam, violência de gênero é uma questão de saúde e este campo tem sido apresentado pela literatura e pelas normas da política como uma porta de entrada privilegiada para assistência às mulheres em situação de violência (Schraiber et al., 2000; Menezes et al., 2014; Diniz, 2006; BRASIL, 2011c; Protocolo Rede Capital, 2013).

De acordo com Hanada (2007), a violência contra as mulheres se refere a um problema de ordens social, cultural, de direitos humanos e de saúde pública que demanda uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial, em que as ações profissionais e os serviços se complementam na atenção integral ao enfrentamento da violência.

O conceito de integralidade, tal como apontam Kalichman e Ayres (2016), é fundamental para pensar sobre o funcionamento dos serviços, no que se refere às possibilidades de atuação em equipe multiprofissional, bem como sobre as relações estabelecidas entre os serviços e os diferentes setores acerca das potencialidades de atuação em rede. De acordo com os autores, integralidade se refere:

[...] à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde (p. 2).

Partindo da pesquisa “Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras” (d’Oliveira e Schraiber, 2006), que investigou sobre as redes de atenção às mulheres em situação de violência (d’Oliveira e Schraiber, 2006), não somente para a construção do desenho de pesquisa, mas também para as possibilidades de análise especialmente no

que se refere à construção sobre a diferenciação entre ‘trama’ e ‘rede’, fundamentadas no referencial teórico dos processos de trabalho em saúde de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves, com contribuições de Lilia Blima Schraiber para pensar a atuação em serviços de Atenção Primária à saúde (APS) e Marina Peduzzi em sua definição de duas tipologias de trabalho em equipe: ‘equipe agrupamento’ e ‘equipe integração’, a primeira marcada pela fragmentação do trabalho e a segunda pela recomposição dos saberes e do trabalho especializado, orientada pela lógica da integralidade das ações em saúde. De acordo com esse referencial, a análise de trabalho em equipe e de atuação em rede de serviços está na possibilidade de articulação das ações, da interação entre os agentes e da construção de um projeto assistencial comum, entre as profissionais e entre os serviços (Peduzzi, 1998; d’Oliveira e Schraiber, 2006).

Esse referencial é apresentado no capítulo ‘Referencial Teórico’, em que articulamos diferentes autores na elaboração sobre os conceitos/campos pilares do trabalho: Violência de gênero; Saúde; Trabalho em equipe; Rede. Nesse capítulo discutimos não somente as implicações teóricas que envolvem os conceitos e os campos, mas também, o contexto político dos campos da saúde, especificamente a Atenção Básica (AB), e do campo das políticas de enfrentamento à violência de gênero.

No capítulo seguinte, está a metodologia do trabalho que se refere a uma pesquisa qualitativa, com abordagem de Estudo de Caso. A partir de observações institucionais e entrevistas com profissionais e gestores de serviços de saúde e especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, dos setores atenção básica à saúde (ABS), policial, centro de referência e orientação jurídica, investigamos sobre o funcionamento dos serviços nas possibilidades de trabalho em equipe, bem como sobre as potencialidades de atuação em rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

Na apresentação dos Resultados de Pesquisa, descrevemos o caso em questão, a região Centro do Rio de Janeiro, bem como o contexto político atual que impactou os caminhos da pesquisa; em seguida empreendemos a análise intrassetorial das vocações assistenciais e dos serviços, em que buscamos conhecer sobre o funcionamento no interior das equipes, as dinâmicas institucionais, as possibilidades de articulação das ações, de interação entre as profissionais e de construção de um projeto assistencial comum em cada setor. Na sequência, passamos às tramas de serviços para o atendimento às mulheres em situação de violência em que discutimos sobre as

compreensões das profissionais sobre ‘rede’, bem como os obstáculos e os facilitadores para a atuação em rede; os fluxos interinstitucionais no que se refere aos encaminhamentos das mulheres em situação de violência; as dinâmicas de trabalho entre os serviços de mútuo acesso; apresentamos questões relacionadas à importância da Rede Capital para as potencialidades de atuação em rede, bem como uma análise aprofundada sobre as relações entre os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência e as unidades básicas de saúde que participaram da pesquisa.

Como aponta Silveira (2006), existe grande diversidade que permeia a realidade brasileira no que tange à implementação de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência. “Enquanto algumas cidades contam com casas-abrigo há quase vinte anos, outras ainda não tem implantada sequer uma Delegacia da Mulher.” (p. 46). A escassez nas trocas de experiências na implementação dos serviços especializados de atendimento à mulher possui impactos negativos para os avanços desta política. De acordo com a autora “reinventa-se a roda” o tempo inteiro. Santos (2015) considera que diante da diversidade de práticas e das constantes transformações por que passam os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, devido às instabilidades políticas e institucionais, torna-se importante a realização de pesquisas sobre as constituições de redes de serviços locais para o enfrentamento à violência de gênero.

Nesse sentido, concordamos, portanto, com a importância de estudos como este que apresentam e analisam o funcionamento institucional e interinstitucional de serviços no que tange às potencialidades de construção de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Esperamos, com esta pesquisa, contribuir para os avanços na constituição de redes de serviços para o enfrentamento da violência, não obstante o contexto atual adverso para desenvolvimento de políticas públicas.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo geral

Conhecer o funcionamento e as relações entre os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência e os serviços de atenção básica à saúde na atenção às mulheres em situação de violência, no que se refere às potencialidades de atuação em rede na região Centro da cidade do Rio de Janeiro, território da Área Programática (AP) 1.0 do município.

1.1.2 Objetivos específicos

- Conhecer os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência na capital do Rio de Janeiro, localizados no território de abrangência da AP 1.0, e que funcionam como serviços de porta de entrada, considerando a composição das equipes, localização, estrutura e vocação assistencial.
- Conhecer o funcionamento de unidades básicas de saúde da rede pública da cidade do Rio de Janeiro, especificamente os serviços que integram a AP 1.0, e verificar a atuação destes serviços junto aos demais serviços de articulação intersetorial e a atenção às mulheres em situação de violência, em termos dos protocolos vigentes.
- Verificar se ocorrem ou não ações que objetivem a construção de uma rede de serviços para o enfrentamento à violência contra as mulheres, observando: os fluxos interinstitucionais para o encaminhamento das mulheres

em situação de violência; as dinâmicas de relações intersetoriais estabelecidas; os elementos que servem como obstáculos ou facilitadores para a construção desta rede; as potencialidades nas articulações das ações, interação entre os agentes com fim de construção de um projeto assistencial comum.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Violência de gênero

Os estudos sobre violência de gênero, violência contra as mulheres, violência doméstica contra as mulheres, e outras formas de denominação relacionadas à temática⁴, estão associados aos estudos de gênero inseridos no âmbito das militâncias feministas e dos movimentos de mulheres ao longo do último século que se disseminaram pelo mundo de diferentes formas, a partir de diferentes perspectivas. Devido à complexidade da questão, as possibilidades de percursos teóricos são múltiplas. Apesar de não ser possível no escopo deste estudo o aprofundamento sobre as diferentes teorias e percursos, cabe, ao menos, reconhecer a pluralidade e a heterogeneidade no que se refere aos estudos de gênero e de violências de gênero e tecer algumas considerações sobre o tema.

De acordo com Santos e Izumino (2005), a historiadora feminista Joan Scott é a principal influência no Brasil para os estudos de gênero, principalmente seu artigo “gênero: uma categoria útil para análise histórica”⁵.

Em seu amplo e complexo estudo, Scott (1990) define gênero a partir de duas proposições: “O gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder.” (p. 21). Ao propor gênero como uma categoria de análise, a autora aponta que “a política constrói o gênero e o gênero constrói a política” (p. 23). A historiadora define gênero como referências históricas que organizam a vida material e simbólica da sociedade, assim os lugares socialmente ocupados, as práticas sociais realizadas e todo o imaginário social, bem como as representações que este imaginário influencia no plano dos indivíduos, estão presididos por esse referencial, que, enquanto conceito abrange duas dimensões articuladas: uma, em que papéis, atribuições e identidades de homens e mulheres na vida social são distintos, e será sempre importante contrastá-los nos estudos ligados a gênero; outra, em que há nessas distinções hierarquia

⁴ Almeida (2007) e Schraiber et al. (2005) discorrem sobre as diferenças teóricas entre as diversas denominações sobre o fenômeno.

⁵ Scott (1990).

de valor social, sendo o valor maior atribuído ao masculino, de que resulta a maior autoridade dos homens no que diz respeito a posições, atribuições ou papéis sociais. Assim, os estudos de gênero devem também considerar, além dos contrastes mencionados entre homens e mulheres, a desigualdade social que perpassa tais distinções.

Para facilitar a breve apresentação neste texto e com o objetivo de ampliar a compreensão sobre as pautas feministas ao longo do tempo, os diferentes momentos históricos do feminismo podem ser apreendidos a partir de três ondas ou vagas feministas: a primeira onda está relacionada ao período compreendido entre meados do século XIX e a década de 60 do século subsequente, em que se intensificaram as lutas das mulheres por direitos civis, como o movimento sufragista; a segunda onda feminista se refere ao período entre 1960 e 1980, em que a discussão sobre violência de gênero ganha força e iniciam as reflexões sobre gênero como construção social; e, por fim, a terceira onda feminista que pode ser designada como pós-feminismo e a partir da década de 1980 se aprofunda nos estudos de gênero, quando surgem as teorias *queer* (Nogueira, 2012).

Em relação à primeira onda feminista, o foco estava em garantir melhores condições de vida para as mulheres no sentido material, com ênfase nas lutas por direitos trabalhistas e na igualdade civil entre homens e mulheres (Nogueira, 2012). Como apontam Sinués e Jiménez (2010), na década de 1960, o objetivo das mulheres era a diminuição das desigualdades entre homens e mulheres no que se refere ao reconhecimento no âmbito público, e não estavam efetivamente interessadas em uma transformação efetivamente estrutural das relações de poder.

As discussões relacionadas ao conceito de gênero surgem no âmbito da segunda onda feminista, bem como a questão da violência de gênero.

Neste contexto, Saffioti (1999) considera que o conceito de gênero constitui “um conjunto de normas modeladoras dos seres humanos em homens e em mulheres, que estão expressas nas relações destas duas categorias sociais” (p. 82). Neste sentido, Almeida (2007) considera que os estudos de gênero descortinam a produção das desigualdades de gênero no âmbito da ordem simbólica e dos papéis sociais que os seres humanos reproduzem nas sociedades. As reflexões sobre os estudos de gênero, no âmbito da segunda onda feminista, culminam nas discussões sobre as violências baseadas no gênero. A autora acredita que violência de gênero se refere à máxima

expressão das desigualdades de gênero que baseada nas relações sociais perpetua a ideologia patriarcal⁶. E, ainda, de acordo com Saffioti (1999), “violência de gênero, inclusive em suas modalidades familiar e doméstica, não ocorre aleatoriamente, mas deriva de uma organização social de gênero que privilegia o masculino” (p. 86).

Ainda discorreremos sobre a terceira onda feminista, mas cabe destacar que, embora na atualidade se questione essa proposição das três ondas feministas, tendo em vista as múltiplas vozes presentes nos diferentes períodos, no nosso caso, o mais importante é elucidar que a discussão sobre os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência está inserida no âmbito da segunda onda feminista. Os estudos dessa linha de pensadoras introduz a questão da violência de gênero e ao que parece, até o presente momento, o funcionamento das políticas de enfrentamento a este tipo específico de violência está ligado ao mesmo debate.

Cabe, todavia, destacar que a história do feminismo contada sob o prisma das lutas das mulheres brancas na Europa, como essa divisão em três ondas aponta, invisibilizou a diversidade das lutas das mulheres ao longo do tempo e em diferentes lugares.

Como denuncia Carneiro (2003), a história do feminismo no Brasil, assim como em outros países, universaliza a mulher branca europeia. As diferentes opressões, vivenciadas por diferentes mulheres foram, também, silenciadas e invisibilizadas. Para a autora, a emergência de movimentos de mulheres negras, relacionadas aos ideários feministas, exige uma reelaboração não só discursiva, mas também, de práticas políticas feministas que façam eco a outras opressões, para além do sexismo. Ela ainda se utiliza do termo “enegrecendo o feminismo” que busca assinalar “a identidade branca e ocidental da formulação clássica feminista, de um lado; e, de outro, revelar a insuficiência teórica e prática política para integrar as diferentes expressões do feminino construídos em sociedades multirraciais e pluriculturais” (p. 118).

Ribeiro (2016) marca que apesar de a teoria feminista ter surgido para se opor ao discurso hegemônico (androcêntrico), ao se limitar à realidade brancocêntrica e heterossexual, se incorporou ao próprio discurso hegemônico, silenciando as vozes das

⁶ Os estudos sobre o patriarcado são essenciais para o contexto da segunda onda feminista, bem como para o enfrentamento das violências de gênero e para o desenvolvimento das políticas para as mulheres no Brasil. Diversas autoras brasileiras discorrem sobre o conceito: Heleieth Saffioti, Suely Souza de Almeida, Lília Guimarães Pougy etc.

mulheres negras, das mulheres lésbicas, e tantas outras, não brancas, não heterossexuais, etc.

Como aponta Lugones (2014), “las feministas burguesas blancas se ocuparon de teorizar el sentido blanco de ser mujer como si todas las mujeres fueran blancas” (p. 68). Para ela, a luta feminista a partir dos anos setenta, se constituiu essencialmente uma luta pela liberdade da mulher burguesa branca. Essas lutas não levaram em consideração as opressões de outras mulheres, que não estas. À época, não se levava em conta as intersecções necessárias de gênero e raça para abarcar as necessidades de outras mulheres nestas lutas.

Como já no final da década de 80⁷, Joan Scott (1990) sugeriu que para o futuro dos estudos de gênero, este teria que “ser redefinido e reestruturado em conjunção com a visão de igualdade política e social que inclui não só o sexo, mas também a classe e a raça.” (p. 29), os estudos atuais relacionados ao conceito de gênero, têm se ocupado da interseccionalidade entre gênero, raça, classe e outros marcadores.

De acordo com Hirata (2014), “a problemática da ‘interseccionalidade’ foi desenvolvida nos países anglo-saxônicos a partir dessa herança do Black Feminism, desde o início dos anos de 1990, dentro de um quadro interdisciplinar, por Kimberlé Crenshaw e outras pesquisadoras inglesas, norte-americanas, canadenses e alemãs” (p. 62).

Como uma categoria transdisciplinar capaz de articular gênero, raça, classe, sexualidade e outros aspectos, a interseccionalidade é considerada “um instrumento de luta política” (Hirata, 2014), para o combate às diversas e imbricadas opressões.

É neste contexto das desconstruções e desestruturações das hegemonias e dos modelos pré-formatados sobre os modos de ser e estar no mundo, que a chamada ‘terceira onda feminista’ se estabeleceu no âmbito dos estudos pós-estruturalistas e, no escopo dos estudos de gênero, questionando a própria naturalização da biologia, no caso, a noção de sexo. Ao discutir a história da materialidade, Butler (2002) afirma que a matéria também tem uma história, não é natural. A matéria não constitui um elemento *a priori*.

De acordo com Rose (2012), há que se romper com a dicotomia entre o material e o cultural, no caso, o sexo e o gênero. A autora aponta que a separação entre sexo, o que

⁷ Texto original: Scott, Joan. Gender: a useful category of historical analysis. In: Gender and the Politics of History. New York, Columbia University Press, 1988.

é da natureza, e gênero, o que é construído socialmente, tornou, na verdade, o termo gênero o modo politicamente correto de se referir a sexo. Assim, a categoria gênero limita a potência de seus sentidos:

Si el género es una interpretación cultural del sexo entendido como biológico o natural, o como relativo a los cuerpos físicos o materiales, entonces finalmente el género se basa en diferencias relacionadas con el cuerpo, que es en ese caso considerado como ajeno o al margen de la historia o la cultura. [...] La propia noción de diferencia sexual contiene, por tanto, la asunción de que hay ciertas características universales de todas las mujeres y de todos los hombres, y que éstas se encuentran incrustadas en sus respectivos cuerpos, de manera que el cuerpo biológico es el fundamento último del género (Rose, 2012, p. 48-49).

Nesta linha, violência de gênero se refere à própria determinação social e cultural sobre as formatações de sexo e gênero:

Se trata de una violencia que esta presente incluso antes de nuestro nacimiento, que se impone en nuestras vidas mediante unas categorías discursivas que conforman una determinada forma de interpretar la realidad en lo social, lo político y lo cultural en cuanto interpreta nuestros cuerpos como seres sexuados, y nos dicta aquello que se espera de nosotros, definiendo anticipadamente lo que es posible, realizable, admisible, correcto o real en nuestras vidas (Sinués e Jiménez, 2010, p. 120).

Para esta corrente de pensamento, portanto, a violência de gênero afeta a todos os seres humanos, tendo em vista que identidades de gênero são impostas a todas as pessoas e moldam os próprios corpos, considerando esta imposição uma violência de gênero (Sinués e Jiménez, 2010).

Para Hollanda (2018), o trabalho de Judith Butler sistematiza as formulações feministas mais radicais da década de 1980⁸ e avança com a noção do ‘devir gênero’. Para essa autora o trabalho de Butler visibiliza o feminismo *queer* e cria um ambiente propício para a multiplicação dos estudos culturais de sexo e gênero. Segundo ela “o boom teórico da terceira onda feminista foi, sem dúvida, um momento de fortes emoções epistemológicas.” (p. 19).

Hollanda (2018) aponta, ainda, para a quarta onda feminista ao examinar “[...] o contexto dos novos ativismos nas ruas e na rede, dos vários feminismos da diferença, do feminismo na poesia, nas artes, na música, no cinema, no teatro e na academia” (p. 13).

⁸ Algumas pensadoras ‘radicais’ citadas ao longo do texto foram: Gayle Rubin, Cherríe Moraga, Gloria Anzaldúa, Donna Haraway, Teresa de Lauretis.

Sob outra perspectiva, no âmbito dos estudos feministas sobre violência de gênero no Brasil, Cecília MacDowell Santos e Wânia Pasinato Izumino realizaram uma revisão crítica sobre as principais referências utilizadas nos estudos acadêmicos do campo das Ciências Sociais. As autoras observaram que os primeiros estudos sobre violência datam da década de 1980 e identificaram três correntes teóricas principais dentre os trabalhos que se tornaram referências para o campo:

a primeira, que denominamos de *dominação masculina*, define violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, resultando na anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como “vítima” quanto “cúmplice da dominação masculina; a segunda corrente, que chamamos de *dominação patriarcal*, é influenciada pela perspectiva feminista e marxista, compreendendo violência como expressão do patriarcado, em que a mulher é vista como sujeito social autônomo, porém historicamente vitimada pelo controle social masculino; a terceira corrente, que nomeamos de *relacional*, relativiza as noções de dominação masculina e vitimização feminina, concebendo violência como uma forma de comunicação e um jogo do qual a mulher não é “vítima” senão cúmplice (Santos e Izumino, 2005, p. 148).

Como é possível observar, a violência é um fenômeno complexo, pluridimensional. Para sua compreensão é necessário integrar diferentes perspectivas, modelos explicativos psicológicos, culturais, sociológicos etc. (Sinués; Jiménez, 2010).

Em suma, de acordo com Rifiotis (1998), debruçar-se sobre violência é estudar sobre um fenômeno construído socialmente que tem seu significado social incessantemente transformado ao longo do tempo. As diferentes compreensões sobre violência de gênero/violência contra as mulheres/violência doméstica dependendo das correntes teóricas, autores, épocas, apontam para a natureza social da questão. Schraiber et al. (2005) optam por tratar da problemática no plural: “as violências de que são alvo as mulheres” (p. 14).

2.2 Saúde

Adotada pela International Health Conference held em Nova York em 1946, a Constituição da *World Health Organization* (WHO)⁹ estabelece que “*Health is a state*

⁹ No Brasil, Organização Mundial de Saúde (OMS).

of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.”¹⁰

De acordo com Almeida Filho (2011), esta definição de saúde proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) é uma reinvenção do nirvana, talvez para aliviar o estado depressivo neste período pós-guerra. Em uma coletânea “Temas em Saúde”, o livro que discute ‘O que é Saúde’ apresenta que saúde é um problema científico, tecnológico, prático, político, filosófico, para fins analíticos, somente. “Diz respeito a uma realidade rica, múltipla e complexa, referenciada por meio de conceitos, apreensível empiricamente, analisável metodologicamente e perceptível por seus efeitos sobre as condições de vida dos sujeitos” (p. 15). Nesse sentido, tendo em vista a pluralidade e a riqueza de perspectivas metodológicas e conceituais, o autor propõe que se fale em ‘saúdes’, no plural, não no singular:

A perspectiva de saúde-como-ausência-de-doença, apesar de conceitualmente confortável e metodologicamente viável, de fato não dá conta dos processos e fenômenos referidos a vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Do mesmo modo que o todo é sempre mais que soma das partes, a saúde é muito mais do que a ausência ou o inverso da doença. Trata-se de interessante e crucial problema de lógica, a ser resolvido pela superação da antinomia entre saúde e doença herdada do modelo biomédico tradicional (Almeida Filho, 2011, p. 147).

No sentido contemporâneo, o conceito saúde tem sido trabalhado a partir de uma perspectiva ampla que, para além de um estado biológico, considera saúde como “[...] sobretudo, uma questão de cidadania e de justiça social” (Ventura, 2011, p. 310).

A construção da saúde em termos teóricos, considerando questões políticas e históricas, tem sido empreendida a partir da noção de ‘campo’. Campo da saúde, campo da saúde coletiva, campo da saúde enquanto ciência etc.. Como afirmam Vieira-da-Silva, et al. (2014) a Saúde Coletiva pode ser qualificada como um campo, isto é, “um espaço social mais amplo e complexo que uma simples área de conhecimento” (p.3) remetendo-nos, assim, a um “espaço social em que sujeitos aplicam conhecimentos e operam tecnologias ancoradas em conjuntos articulados de instituições e redes sociais organizadas para reproduzir saberes e produzir práticas de saúde.” (Almeida Filho, p. 111).

¹⁰ Disponível em: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=7>. Em português: "saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (OMS).

Como um campo autônomo e específico de produção de conhecimento científico que está em constante processo de se afirmar enquanto tal, a Saúde Coletiva abrange estudos intrinsecamente interdisciplinares e intersetoriais, voltados para a construção de novos conhecimentos e práticas em saúde Vieira-da-Silva et al. (2014). Ou como reforça Almeida Filho:

Como campo de conhecimento, a saúde coletiva estuda fatos da saúde/doença em populações como processo social; investiga das doenças na sociedade como fluxos de reprodução social; busca compreender práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; analisa as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e, para enfrentá-los, constitui, organiza e sustenta um campo social específico. A saúde coletiva, tal como vem se concretizando nas últimas décadas, especialmente no Brasil, orienta-se para uma delimitação provisória como um campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional e de transformação de um espaço de práticas sociais especificamente voltadas para lidar com fenômenos, desenvolver conceitos, produzir conhecimentos, aplicar técnicas (2011, p. 112-113).

Tendo em vista que, como destaca Almeida Filho (2011), os saberes produzidos nesse campo se fundamentam em práticas multiprofissionais, transdisciplinares, interinstitucionais e transeitoriais, Schraiber (2015) aponta que os estudos do campo das ciências humanas e sociais e da filosofia se articularam no campo da Saúde Coletiva brasileira não só quanto às questões do sistema de saúde, mas também, quanto às próprias concepções de processo saúde-doença. "Por isso, nosso campo articulou também de modo muito próprio ciência e política, assim como prática científica e prática profissional nos serviços de saúde" (p. 35). Neste sentido, é possível pensar o cuidado em saúde como uma prática não só técnica, mas igualmente social. De acordo com Melo e Mattos (2018), "utiliza-se a expressão práticas de cuidado para designar determinados arranjos e práticas sociais. [...] As práticas sociais de cuidado em saúde modificam-se ao longo do tempo e comportam significativas diferenças entre sociedades diversas" (p. 99).

De acordo com Osmo e Schraiber (2015), a Saúde Coletiva se propõe, exatamente, a resgatar o âmbito social presente nos processos saúde/doença, tendo em vista que as questões sociais foram silenciadas no campo da saúde ao longo do tempo. É, portanto, no contexto da Saúde Coletiva que a problemática da violência conquista espaço. Como apontam Schraiber et al. (2009), desde 1995 a violência tem sido uma

questão para a Saúde Coletiva, de modo que este campo vem elaborando pesquisas, propostas de intervenção e políticas específicas para lidar com o fenômeno.

Como consta no primeiro relatório mundial sobre violência e saúde, uma parte da resposta da Organização Mundial de Saúde à resolução WHA49.25, adotada pela 49ª Assembleia Mundial de Saúde (1996), violência constitui um problema de saúde pública mundial (Krug et al., 2002). Antes disso, no âmbito das Américas, violência intrafamiliar foi reconhecida como um problema de saúde pública, em 1993 pela Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993).

Nessa linha, Berger (2011) e D'Oliveira e Schraiber (2013) apontam que a violência contra a mulher é reconhecidamente uma questão de Saúde Pública. Não exclusivamente uma questão de Saúde, menos ainda da Saúde Coletiva, como destacado por D'Oliveira e Schraiber, mas há que se considerar a importância do fenômeno para a atenção à saúde das mulheres.

Considerando, portanto, violência de gênero uma questão intersetorial, não exclusiva de algum setor específico de estudos ou práticas, um dos princípios do SUS central para a discussão sobre as questões relacionadas à violência de gênero, bem como o atendimento intersetorial a mulheres em situação de violência, é o princípio da integralidade.

De acordo com Kalichman e Ayres (2016), integralidade é, provavelmente, o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) mais desafiador no que se refere à construção da Reforma Sanitária. Ayres (2009) compreende que integralidade é o princípio do SUS que mais agrega o desafio “[...] de realizar os valores de justiça, democracia e efetividade do acesso à saúde para a intimidade do núcleo tecnológico das práticas de saúde” (p. 13-14).

Apesar de considerado o amálgama dos princípios do SUS por Pinheiros e Mattos (2006), a integralidade é um dos princípios do SUS que ainda não se concretizou em sua plenitude na sociedade brasileira, mesmo que se considerem os avanços desde a criação do SUS (Mattos, 2007).

Considerando a complexidade que envolve o princípio da integralidade, Camargo Junior (2007) aponta para a imprecisão na definição do termo. De acordo com Bonaldi et al. (2007), “a tentativa de produzir definições a priori para um suposto conceito de integralidade sempre se dá sob o risco de restringir sua potência de transformação das práticas de saúde” (Bonaldi et al., 2007, p. 53). Nesse sentido, Mattos (2006) acredita

que propor uma única definição de integralidade poderia “[...] abortar alguns sentidos do termo e, com eles, silenciar algumas das indignações de atores sociais [...]” (p. 46). Há, ainda, quem pense em integralidade não como um conceito, mas como um ideal regulador, um devir (Camargo Junior, 2007). Nesta linha, Kalichman e Ayres (2016) afirmam:

[...] pelo fato mesmo de ser uma construção em devir, uma experiência produzida em ato no processo de consolidação do SUS, ele não se deixa apreender completamente por qualquer tentativa de definição precisa, *a priori* e definitiva, mas comporta-se antes como um horizonte de diálogo (p. 2).

Sendo assim, não existe um único sentido para o termo integralidade como apontam Bonaldi et al. (2007) e que “[...] qualquer tentativa de dar um sentido unívoco à integralidade nesse momento poderia limitar a vitalidade e riqueza dos movimentos que se orientam por esta rubrica.” (Ayres, 2009, p. 14).

Em revisão não sistemática da literatura, Kalichman e Ayres identificaram algumas discussões conceituais sobre a integralidade, quando compreendida como princípio norteador das ações de saúde e programas em diferentes dimensões da atenção à saúde, sejam relacionadas às discussões sobre a integralidade nas interações intersubjetivas ou como norte da organização da atenção à saúde a partir de redes regionais:

No presente estudo, a narrativa está interessada em destacar como alguns sentidos assumidos pela integralidade – não fragmentação da atenção à saúde, respeito aos sujeitos e seus direitos, atenção à especificidade das necessidades de indivíduos e comunidades, busca de interações intersubjetivas ricas e criativas, interação entre saberes técnicos e práticos dos diversos sujeitos, articulação de diferentes profissionais, serviços e setores relacionados à construção da saúde – foram se organizando em quadros conceituais mais ou menos sistemáticos, relacionados a propostas técnicas diversas, aplicados a planos também diversos (desde as interações entre profissional e usuário até processos de gestão), mas sempre ricos em expressar seus desafios simultaneamente técnicos, éticos e políticos (Kalichman e Ayres, 2016, p. 2).

De acordo com a literatura internacional, os sentidos da integralidade se relacionam à articulação de equipes multiprofissionais no contexto dos serviços; acesso; oferta de unidades de atendimento que apreendam tanto aspectos de promoção de saúde quanto de reabilitação; aptidão dos profissionais para a percepção dos usuários a partir da dimensão biopsicossocial; e a articulação entre os serviços seguindo níveis

crescentes de sofisticação tecnológica com o objetivo de resolver os problemas das pessoas (Luz, 2006).

Ainda nessa linha do caráter polissêmico do princípio em questão, Mattos (2006) apresenta discussões relacionadas a três sentidos de integralidade: a dimensão das práticas profissionais; a organização do trabalho nos serviços de saúde; e, por fim, a integralidade relacionada às políticas especiais, desta forma o autor toma a integralidade como princípio das práticas; da organização do trabalho; e das políticas.

No que se refere à primeira dimensão, o autor citado fala em “integralidade como uma dimensão das práticas”. Ele foca no encontro entre profissional e usuário e afirma que a responsabilidade principal para a realização da integralidade neste encontro será do profissional, sem desconsiderar os obstáculos decorrentes das formas como as práticas se configuram socialmente, como por exemplo, as demandas de produtividade no sistema de saúde.

Ainda segundo ele, a segunda dimensão se refere especificamente à organização dos serviços e das práticas de saúde. Compreende assim, que o princípio da integralidade faz uma crítica à dissociação existente entre as práticas assistenciais e as práticas de saúde pública e propõe um modo de organização articulado entre estes. No âmbito desta discussão, o autor associa a realização da integralidade com a ampliação da compreensão sobre as necessidades de saúde dos grupos populacionais a partir de uma perspectiva de diálogo entre os sujeitos, abrindo possibilidades para uma interlocução que articule demanda espontânea e demanda programada nos serviços.

Em terceiro lugar, Mattos apresenta o conjunto de sentidos de integralidade relacionados às políticas especiais. Isto é, as respostas governamentais a certos problemas de saúde ou a necessidades de saúde de determinados grupos populacionais. Nesse campo, o autor chama a atenção, ainda, para a necessidade de que as respostas governamentais incorporem ações de prevenção e de assistência em uma mesma política. Como exemplo do sentido de integralidade associado ao campo das políticas especiais, ele apresenta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)¹¹, tendo em vista que este Programa representou uma crítica à forma reducionista como os problemas de saúde das mulheres eram tratados no âmbito governamental. A recusa à restrição das políticas de saúde para as mulheres serem

¹¹ Disponível em:
http://www.cfemea.org.br/plataforma25anos/anos/1983.php?iframe=lanc_paism_1983.

especificamente relacionadas a sua qualidade reprodutora, portanto, do grupo populacional materno-infantil, e a utilização do termo “assistência integral” para formular uma política ampla que pudesse pensar os problemas de saúde da mulher para além das questões de reprodução.

Neste sentido, Kalichman e Ayres (2016) apontam que o PAISM foi “[...] a primeira experiência institucionalmente organizada de busca da integralidade no cuidado por meio de modelo da ação programática [...]” (p. 9). Para os autores:

É interessante notar nesse documento o duplo alcance da integralidade: orientar o conjunto das atividades propostas para a promoção, prevenção e assistência da população de mulheres; e propor atendimento integral à saúde de cada uma delas, em todos os seus ciclos e necessidades de vida, e não apenas nos aspectos maternos ou reprodutivos. Vale ressaltar também a participação ativa de mulheres oriundas do movimento feminista e de saúde e das universidades na construção do PAISM [...] (p. 4).

Cecilio (2006), também, faz uma diferenciação entre a integralidade no espaço da micropolítica em saúde e a integralidade no espaço da macropolítica em saúde.

No que se refere ao espaço da micropolítica em saúde, esse autor chama de “Integralidade focalizada” o esforço de uma equipe multidisciplinar de saúde, no encontro dos diferentes saberes, de compreender e atender as necessidades de saúde de cada indivíduo em um serviço de saúde, portanto, um espaço concreto e específico (focalizado) (Cecilio, 2006).

A segunda dimensão da integralidade presente na sua discussão a integralidade no espaço da macropolítica em saúde, que ele denomina de ‘integralidade ampliada’¹², se refere à integralidade que emerge a partir da articulação entre os serviços de saúde e uma rede mais complexa composta tanto por serviços de saúde quanto por serviços de outros setores. Nessa direção:

A integralidade da atenção pensada em rede, como objeto de reflexão e de (novas) práticas da equipe de saúde e sua gerência, em particular a compreensão de que ela não se dá, nunca, num lugar só, seja porque as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida estão distribuídas numa ampla gama de serviços, seja porque a melhoria das condições de vida é tarefa para um esforço intersetorial (Cecilio, 2006, p. 121).

¹² A discussão sobre ‘integralidade ampliada’ será retomada no tópico Rede do presente capítulo Referencial Teórico.

Ainda sobre os sentidos da integralidade, Ayres (2009) agrupa quatro eixos que apontam para a integralidade como horizonte no campo da atenção à saúde: eixo das necessidades: se refere a não restrição da escuta profissional a um aspecto, mas que o acolhimento esteja sensível à demanda de atenção à saúde; eixo das finalidades: integração entre as ações de prevenção de agravos, promoção da saúde, tratamento de doenças e reinserção social de modo que as ações não sejam segmentadas; eixo das articulações: “refere-se aos graus e modos de composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais no desenvolvimento das ações e estratégias de atenção à saúde;” (p. 14). Relacionada ao eixo das necessidades, o eixo das articulações está relacionado à criação de condições para que as respostas às necessidades de saúde sejam efetivadas a partir de uma perspectiva ampliada; eixo das interações: “refere-se à qualidade e natureza das interações intersubjetivas no cotidiano das práticas de cuidado” (p. 14). Efetivação de relações dialógicas entre os sujeitos nos encontros para atenção à saúde, tanto entre as pessoas envolvidas nos encontros, quanto na relação entre equipes e comunidade. “Como se vê, os quatro eixos são relacionados entre si e guardam certa interdependência, embora nenhum deles possa ser completamente reduzido a qualquer um dos demais.” (Ayres, p. 14).

De maneira geral, Kalichman e Ayres (2016) apontam que os desafios para efetivar a integralidade ocorrem em três planos: atenção; gestão; e construção de políticas.

Ainda no âmbito da discussão sobre os sentidos da integralidade, não obstante seu caráter polissêmico, Teixeira (2007) apresenta uma dimensão unívoca relacionada ao sentido do termo ‘integral’ referente ao léxico. Segundo ele, apesar de o dicionário Aurélio, não apresentar o significado da palavra ‘integralidade’, a qualidade de *integral*, como apresentado, possui um sentido central relacionado a “Total, inteiro, global [...] estar todo, inteiro, completo” (p. 91). O autor observa que este é o núcleo semântico, geral e simples, em torno do qual variam os outros sentidos do termo integralidade, também, no campo da saúde.

O professor Ricardo Teixeira afirma que as diferentes compreensões sobre integralidade estão relacionadas, na verdade, a cada projeto tecnopolítico que objetiva integrar. Desta forma, o sentido integralidade é um: integralizar, completar; o que difere são as fragmentações dos projetos tecnopolíticos que a integralidade busca tornar

inteiro. Como o campo da saúde está bastante cindido, fragmentado, há muito o que completar; integralizar; tornar inteiro (Teixeira, 2007).

Se aprofundarmos a questão, a própria raiz etimológica da palavra saúde está intimamente relacionada com a questão da integralidade. Em uma pesquisa sobre a etimologia da palavra ‘saúde’ em diferentes línguas, Almeida Filho (2011) encontrou a designação dos principais termos correlatos: íntegros, inteiros, totalidade, todo, integralidade. Esta pode ser uma das pistas que apontam para a essencialidade do conceito ‘integralidade’ para o campo da saúde.

Não obstante os diferentes sentidos da integralidade, este princípio pode nos orientar a “[...] oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades de saúde que se nos apresentam?” (Mattos, 2006, p. 67). De acordo com Ayres (2006), a orientação dos processos de trabalho em saúde pelo princípio da integralidade se relaciona a uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial. É, portanto, o que se espera das respostas às necessidades de saúde da população. Em outros termos, a noção de que uma assistência integral deva ser intersetorial é efetivamente tributária das questões debatidas no campo da saúde coletiva.

Ao pensar a atuação junto a mulheres em situação de violência, consideramos, portanto, a essencialidade de uma atenção orientada pelo princípio da integralidade:

Queremos tratar das potencialidades da atenção primária para intervenção sobre o problema, de uma perspectiva integral. Integral porque se trata de acolher a violência como problema em toda a sua complexidade, pensando na promoção da não violência, prevenção e cuidado aos casos, tanto da perspectiva do tratamento de suas consequências como da especificidade do setor saúde na abordagem do problema violência em si, que sendo um tema complexo, interdisciplinar, leva à necessária multiprofissionalidade e intersetorialidade da atenção, como se verá. Integral também porque se trata de uma decisão assistencial em que a mulher usuária deve ser considerada como centro da tomada das decisões para a atenção e participar dessas decisões referentes ao seu cuidado (d'Oliveira et al., 2009, p. 1040).

2.3 Trabalho em equipe

Dando continuidade a discussão sobre integralidade, Melo e Mattos (2018) apontam para a ‘equipe multiprofissional’ como um dispositivo de práticas de cuidado integral:

[...] uma protagonista central da gestão do cuidado, não apenas por sua maior riqueza de saberes, mas também pela possibilidade de um trabalho compartilhado e orientado pelas necessidades dos usuários. Questão central neste sentido é a capacidade das equipes de refletir coletivamente sobre seus processos de trabalho e sobre as práticas de cuidado nas quais se engajam (Melo e Mattos, 2018, p. 107).

Em relação aos serviços de saúde, a orientação para a implementação do trabalho em equipes multiprofissionais surge a partir da década de 1970, tendo em vista a expansão intensa do mercado de trabalho nesse campo provocada pela necessidade de ampliação da cobertura dos serviços de saúde para a população. A atenção primária foi um dos principais focos desta expansão (Peduzzi e Palma, 2000).

A noção de trabalho em equipe no que se refere aos outros campos de prática profissional parte destas primeiras experiências e estudos, no campo da saúde, tornando-o, assim, pioneiro na formatação do trabalho em equipe multiprofissional. Não apenas pioneiro, mas os estudos e as experiências sobre trabalho em equipe na saúde se tornaram bastante fecundos para a multiplicação deste *modus operandi* em outras áreas. Destacamos, portanto, a relevância dos estudos sobre trabalho em equipe produzidos no campo da saúde como, por exemplo, o desenvolvido por Marina Peduzzi, que constituiu um dos estudos base para o presente trabalho.

Além da ampliação dos serviços de saúde, como mencionado, outro fator que contribuiu de forma significativa para a disseminação das equipes multiprofissionais no campo da saúde foi a divisão do trabalho, processo em voga na contemporaneidade, que produziu e produz, também, a especialização do trabalho. Esses trabalhos especializados, todavia, são interdependentes e complementares, apesar de muitas vezes cada área profissional se reconhecer enquanto isolada e independente (Peduzzi, 2007). Tendo em vista essa intensa especialização que o trabalho sofreu nas últimas décadas, a integração entre os agentes se coloca como uma questão (Peduzzi, 1998). A atuação em equipe, conforme a autora, tem sido empreendida, portanto, como uma estratégia de enfrentamento ao processo intenso de produção de especialistas no campo da saúde (1998; 2001).

Não obstante a extensão de estudos relacionados à temática, Honorato e Pinheiro (2007) perceberam que, usualmente, a expressão ‘trabalho em equipe’ tem sido utilizada como uma forma de organização do trabalho que ‘se explica por si só’. Os autores observaram que ao fazer referência ao termo ‘trabalho em equipe’ está implícito um valor positivo no que se refere à maior eficiência na atuação e uma oposição ao trabalho

individual. Todavia, os autores alertam para o fato de que “Na prática, [...] há ‘equipes’ e ‘equipes’”. (Honorato e Pinheiro, 2007, p. 86), e, ao que parece, isto não tem sido devidamente explorado na literatura. Peduzzi (2001) também relatou que em sua consulta à literatura sobre trabalho em equipe no campo da saúde, foram raras as conceituações sobre ‘equipe’: “a noção equipe multiprofissional é tomada como uma realidade dada, uma vez que existem profissionais de diferentes áreas atuando conjuntamente, e a articulação dos trabalhos especializados não é problematizada” (p. 104).

Neste sentido, o referencial teórico do processo de Trabalho em Saúde, originalmente construído por Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1992;1994), com contribuições de Lilia Blima Schraiber (1993) para pensar a atuação profissional em serviços de atenção primária à saúde que fundamentou o trabalho de Peduzzi (1998) na construção das tipologias sobre trabalho em equipe, nos ajudam a pensar de que ‘equipes’ e ‘equipes’ estamos falando.

A partir de um quadro teórico marxista que faz uma crítica sobre a divisão técnica e social do trabalho no capitalismo e da alienação do trabalhador, portanto, a autora citada vislumbra possibilidades de superação da situação de subalternização do trabalhador colocada pelo regime capitalista, bem como da hierarquização entre os trabalhos especializados, a partir da teoria habermasiana, especialmente no que se refere ao agir comunicativo em que há o reconhecimento mútuo entre os sujeitos com base na intersubjetividade, o acordo ou consenso entre dois ou mais sujeitos para a coordenação dos planos de ação¹³.

Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000) ao falarem sobre os coletivos que se formam do lado dos profissionais, apontam para dois aspectos: o primeiro relacionado ao coletivo que se cria através da especialização das práticas profissionais, em que cada paciente terá acesso a um conjunto de ações realizadas por diferentes profissionais específicos, ao que se chama por trabalho multiprofissional, trabalho coletivo; o segundo, a organização institucional do trabalho, com base em um modelo empresarial, em que os profissionais se revezam em turnos para cobrir os diferentes horários de trabalho, desempenhando o mesmo tipo de trabalho, apenas em jornadas distintas.

¹³ Outros dos principais trabalhos em que Peduzzi (1998) se ancora são: Habermas J. *Consciência moral e agir comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989; Marx K. *O Capital*. 14ª ed. São Paulo: Bertrand Brasil; 1994. v.1.; Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.; Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993.

Para o estabelecimento de um trabalho coletivo, em equipe, no entanto, é essencial que os profissionais reconheçam os trabalhos uns dos outros mutuamente e promovam a interação entre os sujeitos:

A boa prática requer, ainda, que se reconheçam como um trabalhador coletivo, isto é, profissionais cujas práticas formam um todo cooperativo, na complementaridade objetiva de cada trabalho parcelar com os demais. Necessita cada profissional, pois, conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos, captando as demandas de interação com o seu particular desempenho. O produto deste conhecimento será a conformação de uma ética solidária no trabalho coletivo e, o seu contrário, uma perda da qualidade assistencial relativamente ao estabelecimento da atenção primária como uma tecnologia substantivamente complexa (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p. 41).

Para tratar da complexidade inerente ao trabalho em equipe multiprofissional, Peduzzi e Palma (2000) levantam a questão da diferença dos processos de trabalho para cada área especializada. Para os autores, cada área profissional se constitui a partir de processos, objetos, instrumentos e saberes próprios que conformam especificidades. Há que se sublinhar, portanto, a complexidade da articulação destas especificidades.

Sendo assim, com base na teoria do agir comunicativo de Habermas e dos estudos sobre processo de trabalho em saúde citados, uma das modalidades do trabalho coletivo, o trabalho em equipe, se produz em uma relação de reciprocidade entre as intervenções técnicas e as interações entre os sujeitos (Peduzzi, 2001).

De acordo com a mesma autora (2007, p. 162), o trabalho em equipe multiprofissional está relacionado à “[...] recomposição de diferentes processos de trabalho que devem, para se integrar, concomitantemente, preservar as diferenças técnicas ou especificidades de cada trabalho e articular as intervenções realizadas pelos componentes da equipe”.

No âmago desta discussão, Peduzzi (1998) desenvolveu seu importante trabalho em Saúde Coletiva sobre equipes de saúde a partir da construção de uma tipologia referente a duas modalidades no que se refere ao trabalho em equipe: “equipe agrupamento” e “equipe integração”. A equipe agrupamento de agentes é marcada pela fragmentação, “em que ocorre a justaposição de ações e o agrupamento de agentes” (p. 12). A equipe integração de trabalhos é caracterizada “[...] pela construção de possibilidades de recomposição, colocando-se, esta, consoante à proposta da integralidade das ações de saúde e à necessidade contemporânea de recomposição dos

saberes e trabalhos especializados.” (Peduzzi, 2008, p. 12), em que existe a articulação das ações, bem como a interação entre os agentes. Desta forma, para a definição das tipologias de equipe agrupamento e equipe integração, Peduzzi (1998; 2001) reconhece a importância dos projetos assistenciais comuns entre os serviços para a interação entre os agentes de trabalho e o encadeamento das ações.

A autora enfatiza que para a formação de uma equipe integração, as ações não se articulam automaticamente no trabalho, há que existir “[...] uma ação consciente do sujeito/agente com essa particular finalidade e nessa particular direção - da articulação.” (p. 126). Ainda segundo ela para a realização da articulação das ações, os profissionais precisam fazer as correlações entre as diferentes ações ou trabalhos complementares e ressaltar as conexões possíveis entre as intervenções técnicas realizadas pelos agentes das diversas áreas,

Destaca ainda que a dimensão da interação se refere à relação entre dois ou mais sujeitos que por meio do entendimento mútuo negociam livremente acordos, produzem consensos, se comunicam em uma relação de intersubjetividade e não, simplesmente, realizam a reiteração de regras técnicas e de normas pré-estabelecidas.

De acordo com o mesmo estudo, para a integração entre trabalho e interação a partir de uma racionalidade comunicativa, necessitamos, ainda, do compartilhamento de um projeto assistencial comum pelos sujeitos. Este projeto assistencial comum se constitui enquanto “produto da negociação de seus agentes, para além daquela com o próprio usuário” (p. 56) e será construído no escopo da recomposição dos trabalhos especializados. Assim se explica como o projeto assistencial comum pode ser construído na prática:

Os agentes partem de uma realidade dada e, dentro de um certo campo de possíveis, constroem, pelo trabalho e pela interação, um projeto pertinente e necessário a suas concepções de necessidades de saúde e de processo saúde-doença, que, compartilhadas com base no diálogo, permitem o reconhecimento intersubjetivo das pretensões de validade, implícitas nos atos de fala de todos os agentes participantes da equipe. Os agentes estão de acordo quanto ao conteúdo propositivo e normativo que constitui o projeto comum (Peduzzi, 1998, p. 233).

Na pesquisa apresentada por essa autora (2001), as diferentes representações de trabalho em equipe pelos entrevistados convergiam para a dimensão da comunicação. A comunicação, denominador-comum de trabalho em equipe, se refere a uma relação de reciprocidade entre interação e trabalho. Desta forma, a articulação das ações e a

interação entre os agentes se dariam a partir da mediação simbólica da linguagem. Ainda com base nos dados da pesquisa referida, a autora distinguiu três formas de comunicação: A primeira em que a comunicação se refere à instrumentalização/otimização da técnica, aparece como externa ao trabalho, não relacionada ao agir-comunicativo; a segunda se refere ao nível comunicativo de caráter pessoal, em que são privilegiadas as relações de camaradagem e amizade. Nesta, a autora considera que há certo nível de comunicação, mas não o agir-comunicativo; e, por fim, a comunicação na perspectiva do agir-comunicativo, em que “os agentes destacam como características do trabalho em equipe a elaboração conjunta de linguagens comuns, objetivos comuns, propostas comuns ou, mesmo, cultura comum.” (Peduzzi, 2001, p. 106). Trata-se da construção de um projeto assistencial comum a partir da relação entre intervenções técnicas e a comunicação entre os profissionais.

Em suma:

Vimos que o processo de divisão do trabalho engendra uma realidade objetiva de trabalho coletivo em saúde, no qual a finalidade do processo de trabalho, ou seja, a atenção à multidimensionalidade das necessidades de saúde, é possível por meio da articulação ou integração das ações realizadas por variados agentes, oriundos de uma mesma área profissional ou de áreas distintas. Nesse âmbito, da recomposição dos trabalhos especializados, colocamos o trabalho em equipe multiprofissional. Portanto, o trabalho em equipe consiste numa certa modalidade de trabalho coletivo. Também vimos que no interior da modalidade de trabalho coletivo, denominada trabalho em equipe, observamos uma distinção entre equipe agrupamento e equipe integração. Em ambos os tipos de equipe, observamos a expressão de duas dimensões, passíveis de separação apenas para efeito de análise: a dimensão das ações, das atividades, e a dimensão dos agentes. Assim, temos, na equipe agrupamento, a justaposição de ações e a interação de agentes (PEDUZZI, 1998, p. 49).

2.4 Rede

Etimologicamente, a palavra 'rede' se origina do diminutivo de *retis*, em Latim, *retioulus*, que se refere a uma teia ou a um "conjunto de linhas entrelaçadas" (Guadalupe, 2016, p. 43). Em análise sobre os diferentes sentidos com que o termo 'rede' é utilizado, a autora conclui que em todos eles "[...] o conceito de rede remete para pontos ligados entre si [...]" (p. 43).

De acordo com Guadalupe (2016), os modelos de intervenção¹⁴ em rede surgem, inicialmente, no campo da saúde mental, através dos movimentos de Psiquiatria Comunitária e da Anti-Psiquiatria, por profissionais com formação sistêmica.

Não obstante o sentido etimológico do termo, a literatura da Saúde Coletiva também explorou os sentidos a serem dados às interligações no interior da teia ou ao entrelaçamento das linhas estimulando contatos. A discussão de rede, especialmente no campo da saúde, está inserida, então, também, no âmbito da discussão sobre integralidade. De acordo com Cecilio (2006), “integralidade é objetivo de rede.” (p. 122), sejam redes setoriais ou intersetoriais.

Como mencionado na discussão sobre integralidade no tópico Saúde do presente capítulo, Cecilio (2006) denomina ‘integralidade ampliada’ a articulação institucional, processual, intencional em rede de serviços. De acordo com o autor, a integralidade ampliada tem como epicentro cada unidade de saúde que, a partir das necessidades reais dos usuários dos serviços, se articulam em circuitos e fluxos.

A integralidade ampliada seria esta relação articulada, complementar e dialética, entre a máxima integralidade no cuidado de cada profissional, de cada equipe e da rede de serviços de saúde e outros. Uma não é possível sem a outra. O cuidado individual, em qualquer serviço de saúde, não importa sua “complexidade”, está sempre atento à possibilidade e à potencialidade de agregação de outros saberes disponíveis na equipe e de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não (Cecilio, 2006, p. 123-124).

Considerando as discussões sobre integralidade, o citado autor afirma que o sistema de saúde deve ser pensado mais como uma rede com múltiplas entradas e fluxos que como uma pirâmide hierarquizada.

Nesta linha de pensamento, as ações em saúde no Brasil têm sido pensadas a partir de uma atuação em rede setorial. No âmbito do SUS, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010c).

¹⁴ Guadalupe (2016) apresenta diferentes modelos de intervenção em rede que se seguiram a estes iniciais, que deixamos como fonte de consulta: o modelo do Efeito de Rede de Speck, Rueveni, Attneave; modalidade de Happening do Québec; o modelo de Mony Elkaim; o modelo de Claude Brodeur; o modelo de Bélanger & Rousseau, dentre outros.

Medeiros e Guareschi (2009) apontam que um dos sentidos mais recorrentes sobre integralidade se refere à essencialidade de que o campo da saúde se articule com outras políticas, garantindo sua atuação intersetorial na promoção da qualidade de vida para as pessoas.

A perspectiva da intersetorialidade na articulação das ações institucionais é fundamental para o enfrentamento à violência tendo em vista que a intersetorialidade demanda a definição de fluxos institucionais e de encaminhamentos em consonância com as especificidades locais (Brasil, 2011c). Neste sentido, considerando a complexidade do fenômeno da violência de gênero, torna-se fundamental a atuação conjunta entre diferentes setores (Medeiros e Guareschi, 2009; Arboit et al., 2017; Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Gomes et al, 2012; Menezes et al, 2014; d'Oliveira et al., 2009). Aqui, então, introduz-se outro tópico quanto à qualidade das ligações entre os pontos da rede ou os serviços que a rede articula: uma atuação em que cada qual potencializa a ação do outro, chamando a atenção para a necessidade de cada serviço estar a par de, e corroborar com a ação dos demais.

De acordo com Diniz (2006), a incompletude institucional, tendo em vista a constituição de serviços cada vez mais especializados, demanda a constituição de redes para que os serviços especializados atuem de forma articulada e conjunta e se potencializem mutuamente. Sendo assim, a proposta de atuação em rede para os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência está relacionada à complexidade da questão da violência de gênero e seu aspecto multidimensional enquanto determinação de ocorrência e enquanto cuidado aos casos (Brasil, 2011c).

O modelo de atuação em rede é o mais indicado para a abordagem da violência, uma vez que as relações ocorrem de forma horizontalizada e qualquer um dos serviços pode atuar como porta de entrada para a atenção às vítimas. Por meio de ações articuladas, intersetoriais e multiprofissionais, o trabalho das redes fornece a vítimas e familiares suporte jurídico, psicossocial e de saúde, o que amplia a possibilidade de solução do problema (d'Oliveira et al., 2009).

No que se refere aos estudos de Redes, desde a década de 1970 tem se estabelecido um campo de estudos teóricos e metodológicos sobre redes sociais (D'Oliveira e Schraiber, 2006; Guadalupe, 2009).

Existem diferentes concepções acerca do que se entende por rede social. Diversas tipologias foram definidas colocando em foco diferentes aspectos: objetivos;

características dos membros; características das relações entre os atores; estrutura; função; composição etc. (Abreu, 2003). Assim é possível afirmar que o conceito de rede social é multidisciplinar, uma vez que além de estar presente em diversas disciplinas, ao articular a prestação de serviços também de distintos ramos de intervenção: “[...] a intervenção em rede se constitui como um terreno claramente multi e transdisciplinar” (Guadalupe, 2009, p. 10).

Tendo em vista as múltiplas abordagens neste domínio, não há uma definição conceitual única, ou uma única metodologia aplicada a este tipo de estudo. Esta pluralidade pode indicar um campo rico no que se refere à diversidade de conhecimento científico conforme a autora citada, mas também aponta para certa fragmentação do campo de estudos (D'Oliveira e Schraiber, 2006).

De acordo com Guadalupe (2016), tem sido dada maior atenção ao conceito de rede social no âmbito da intervenção do Serviço Social. Sem desconsiderar toda a pluralidade e complexidade no que se refere aos estudos de rede, algumas concepções e definições sobre o termo podem ser explicitadas de acordo com o material estudado.

Rede social pode ser definida como o estabelecimento de uma relação interativa com atores sociais, que podem ser amigos; familiares; vizinhos; colegas e organizações (Abreu, 2003). Marteleto (2001) destaca que Rede (*network*) é um “[...] sistema de nodos e elos; uma estrutura sem fronteiras; uma comunidade não geográfica; um sistema de apoio ou um sistema físico que se pareça com uma árvore ou uma rede.” (p. 72).

Abreu (2003) aponta para a existência de duas principais tipologias nos estudos de redes: rede primária e rede secundária. De acordo com Guadalupe (2016), a distinção entre rede primária e rede secundária é a mais popular e se relacionam “[...] basicamente no tipo de vínculos relacionais existentes entre os membros da rede social, embora muitos outros aspectos os distingam.” (p. 54). Desta forma, rede primária se refere aos vínculos de natureza afetiva, que são informais e a rede secundária à “[...] resposta a exigências de natureza funcional, isto é, o fornecimento de serviços.” (Abreu, p. 72).

Considerando que a articulação de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência é essencial para que a mulher percorra o complexo caminho de enfrentamento à violência (Santos e Vieira, 2011), compreende-se que o estudo “Ruta Crítica de las Mujeres Afectadas por la Violencia Intrafamiliar en América Latina”,

realizado no período entre os anos de 1996 e 1998 (Sagot, 2000) é de fundamental importância para a discussão sobre rede neste campo.

O conceito de ‘rota crítica’ construído a partir desta pesquisa pode ser considerado um marco para os estudos de rede de atenção às mulheres em situação de violência:

La ruta crítica es un proceso que se construye a partir de la secuencia de decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar y las respuestas encontradas en su búsqueda de soluciones. Este es un proceso iterativo constituido tanto por los factores impulsores e inhibidores relacionados con las mujeres afectadas y las acciones emprendidas por éstas, como por la respuesta social encontrada, lo que a su vez se convierte en una parte determinante de la ruta crítica. En ese sentido, con el concepto de ruta crítica se reconstruye la lógica de las decisiones, acciones y reacciones de las mujeres afectadas, así como la de los factores que intervienen en ese proceso (Sagot, 2000, p. 89).

A rota crítica se refere aos caminhos percorridos pelas mulheres na busca pela erradicação da situação de violência. Tanto se refere às ajudas familiares quanto institucionais. As respostas institucionais vão variar de acordo com as facilidades ou dificuldades de acesso, disponibilidade dos serviços e qualidade do atendimento (Sagot, 2000).

É importante destacar que a rota crítica se refere a um processo, não linear, complexo, e que as mulheres podem transitar por várias rotas, não apenas uma única, na busca pela solução da violência (Sagot, 2000).

Existem fatores que constituem facilitadores e obstáculos para a rota crítica das mulheres. Os fatores que facilitam/impulsionam ou inibem as mulheres na busca de ajuda para o enfrentamento à violência podem ser internos e externos. Os fatores internos se referem às próprias representações, sentimentos, questões pessoais, dentre outros aspectos. Os fatores externos podem ser o apoio familiar, a qualidade dos serviços, a informação recebida, recursos materiais etc..

Como expresso pela autora:

[...] la propia decisión para salir de la relación de agresión, el apoyo de personas cercanas y de espacios de mujeres, el acceso a la información y las intervenciones efectivas de las instituciones estatales, se convierten en los factores determinantes de la ruta crítica (Sagot, 2000).

Dando continuidade à discussão sobre Redes de serviços, para o presente trabalho foi realizada uma revisão bibliográfica sobre redes de atendimento a mulheres

em situação de violência, em que foi possível conhecer as concepções de rede nas quais as autoras se basearam para a construção dos respectivos trabalhos sobre o tema, bem como os obstáculos e facilitadores para a implementação e continuidade de uma atuação em rede de serviços para o atendimento a mulheres em situação de violência.

Primeiramente apresentamos a forma como foi composta a revisão bibliográfica, bem como as concepções de rede em que se fundamentaram os artigos. No capítulo, Resultados de Pesquisa e Discussão discutimos os obstáculos e facilitadores para o trabalho em rede presentes nos artigos desta revisão bibliográfica juntamente com os dados desta pesquisa de doutorado.

A revisão bibliográfica consistiu na busca por artigos científicos nacionais relacionados especificamente às redes de atendimento às mulheres em situação de violência, publicados em um período de 10 anos, entre os anos de 2008 e 2018, nas plataformas de busca Scielo¹⁵ e Lilacs¹⁶. Para tanto, os seguintes descritores foram combinados de diferentes formas nas buscas: rede; saúde; atenção básica; atenção primária; violência; gênero; mulheres; violência de gênero; violência contra as mulheres; violência doméstica; violência por parceiro íntimo.

A determinação do período - 2008 a 2018 - considerou, principalmente, a possibilidade de abarcar publicações posteriores à promulgação da Lei Maria da Penha (LMP), em meados de 2006, que instituiu mudanças significativas para o trabalho institucional junto a mulheres em situação de violência. Além disso, consideramos que o intervalo de 10 anos constitui um período fecundo para a discussão levantada. As plataformas de busca foram escolhidas considerando a relevância de ambas para o campo de estudos. E a opção por estudos nacionais se deu considerando as maiores possibilidades de aproximação com a realidade da presente pesquisa.

O primeiro resultado de busca reuniu 870 títulos (252 da plataforma Scielo e 618 da Lilacs). Após o primeiro filtro em que foram excluídos os artigos repetidos (em cada plataforma separadamente), os títulos fora do período selecionado para a busca, teses, dissertações, trabalhos de conclusão de curso, apresentações em congressos e documentos institucionais, ainda permaneceram 119 artigos da plataforma Scielo e 150 artigos da Lilacs. Ao unir os artigos de ambas as plataformas em uma única lista foi

¹⁵ Disponível em: <http://www.scielo.br/>

¹⁶ Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&form=F>

possível excluir aqueles que se repetiram nas duas plataformas e finalizar esta etapa com uma lista de 218 artigos.

O primeiro filtro temático foi feito a partir da leitura dos títulos e resumos dos artigos. Neste momento, foram excluídos os textos que não se relacionavam com o objetivo da busca em questão ‘artigos sobre as redes de atendimento às mulheres em situação de violência’ e selecionados 52 artigos para análise mais aprofundada.

Por fim, da leitura integral dos 52 artigos foram excluídos aqueles sem dados empíricos (revisões de literatura e textos teóricos), os que não empreenderam efetivamente uma análise sobre o trabalho em rede de atendimento às mulheres em situação de violência ou sobre o processo de construção de uma rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, considerando seus obstáculos e facilitadores. Assim, foram selecionadas 17 produções bibliográficas, referentes a artigos científicos que apresentavam dados empíricos sobre o trabalho em rede de atenção às mulheres em situação de violência, para compor a relação dos artigos da revisão bibliográfica.

Os artigos selecionados foram: Arboit et al. (2017), Brigagão, Santos e Spink (2016), Cortes, Padoin e Kinalski (2016), Costa et al. (2017), d’Oliveira et al. (2009), Dutra, et al. (2013), Gomes et al. (2012), Gomes, et al. (2013), Lettiere e Nakano (2015), Menezes, et al. (2014), Osis, Duarte e Faúndes (2012), Porto, Bispo Junior e Lima (2014), Silva, Padoin e Vianna (2015), Rolim e Falcke (2017), Santos (2015), Santos e Vieira (2011), Vieira et al. (2015).

Quanto ao levantamento bibliográfico, foi possível encontrar artigos que tratavam especificamente do estudo sobre redes de atendimento a mulheres em situação de violência¹⁷ e artigos que não tinham como foco central o estudo sobre as redes, mas que incluíram a discussão sobre as redes de atendimento a mulheres em situação de violência como parte do estudo, ou que em decorrência dos próprios resultados de suas pesquisas tiveram o tema das redes de serviços inserido no texto em questão¹⁸.

¹⁷ Foram incluídas nesta categoria artigos que explicitavam no objetivo do trabalho aspectos relacionados ao estudo sobre redes de atenção e/ou artigos que tratavam de pesquisa de campo junto a redes de atenção a mulheres em situação de violência. E são eles: Arboit et al. (2017); Brigagão, Santos e Spink (2016); Cortes, Padoin, Kinalski (2016); Costa et al. (2017); d’Oliveira et al. (2009); Dutra et al. (2013); Gomes et al (2012); Gomes et al (2013); Lettiere e Nakano (2015); Menezes, et al. (2014); Silva, Padoin e Viana (2015); Rolim e Falcke (2017); Santos (2015); Santos e Vieira (2011); Vieira et al. (2015).

¹⁸ São eles: Osis, Duarte e Faúndes (2012) e Porto, Bispo Junior e Lima (2014).

Dos artigos analisados foram dois relatos de experiências: o primeiro apresenta uma construção de um trabalho em rede para atuação junto a pessoas em situação de violência sexual, o Iluminar Campinas (Brigagão, Santos e Spink, 2016) e o segundo uma experiência do grupo de pesquisa e intervenção violência e gênero nas práticas de saúde no que se refere à atuação intersetorial relacionada à temática (d'Oliveira et al., 2009). Ambos os trabalhos se referem a experiências realizadas em São Paulo, região Sudeste do Brasil. Outros 15 artigos tratam de apresentação de resultados de pesquisa de campo: um realizado em Santa Catarina (Gomes et al., 2013); cinco no Rio Grande do Sul (Arboit et al. 2017; Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Costa et al., 2017; Silva, Padoin e Viana, 2015; Rolim e Falcke, 2017); um do Sul do Brasil, sem especificar em qual estado a pesquisa foi realizada (Vieira et al., 2015); totalizando, assim, sete estudos realizados na região Sul do Brasil, quase a metade do total de 15 artigos; cinco estudos em São Paulo (Dutra et al., 2013; Osis, Duarte e Faúndes, 2012; Lettiere e Nakano, 2015; Santos, 2015; Santos e Vieira, 2011) e três realizados no estado da Bahia (Gomes et al., 2012; Menezes, et al., 2014; Porto, Bispo Junior e Lima, 2014). Foi possível constatar, portanto, que as regiões Sul e Sudeste do Brasil concentram a maior parte das produções sobre redes de atenção a mulheres em situação de violência do período, sendo que todas as produções realizadas no Sudeste concentram-se no estado de São Paulo e o único estado do Brasil fora das regiões Sul e Sudeste que realizou estudos sobre o tema foi a Bahia, no Nordeste do Brasil. Não há, como levantado, nenhum estudo neste período nas regiões Norte e Centro-Oeste do país. É relevante para o presente trabalho, também, notar que não há estudos realizados sobre o tema em questão no estado do Rio de Janeiro, localização escolhida para a pesquisa apresentada nesta tese.

A partir das leituras destes trabalhos, foi possível extrair de grande parte dos textos referenciais teóricos específicos sobre o trabalho em rede. Contudo, cabe destacar que foi comum verificar artigos que se baseiam em uma concepção de rede a partir da constatação da existência de um conjunto de serviços que se articulam entre si, sem especificar a que tipo de articulação se referem, ou mesmo aludir a um referencial teórico específico¹⁹.

¹⁹ Brigagão, Santos e Spink, 2016; Costa et al., 2017; Gomes, 2012; Gomes, 2013; Menezes et al., 2014; Porto, Bispo Junior e Lima, 2014; Silva, Padoin e Vianna, 2015.

Alguns artigos, para além de uma constatação mais genérica de que rede se refere a um conjunto articulado de serviços apresentam concepções teórico-metodológicas sobre o conceito de ‘rede’.

Inicialmente, consideramos importante destacar que alguns dos artigos levantados fazem referência ao documento da Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres²⁰, como concepção de rede no qual o trabalho se fundamenta (Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Rolim e Falcke, 2017; Santos, 2015). Letierre e Nakano (2015) se fundamentam no documento da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, da SPM²¹, em sua concepção de rede. Santos (2015) faz menção aos dois documentos acima referidos para discorrer sobre o trabalho em rede na introdução de seu texto. Este é um aspecto importante, considerando a relevância do esforço estatal para implementar, ampliar e definir parâmetros para a construção de redes locais na atenção a mulheres em situação de violência no país.

Além dessa referência teórico-política fundamentada nos documentos oficiais das diretrizes brasileiras para o desenvolvimento das políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres, alguns artigos se baseiam em referenciais teóricos específicos sobre Rede.

Os estudos de Rede Social, a partir de diferentes perspectivas, são mencionados por dois artigos como fundamentos das pesquisas em questão:

O primeiro, Dutra et al. (2013), propõe uma definição a partir de um referencial teórico específico, exposto em nota de rodapé:

Rede social é definida como a trama de relações que envolvem os sujeitos, sejam pessoas, instituições ou movimentos sociais, considerados *atores*. Seu número e suas características, a frequência com que mantém contato e o tipo de contato estabelecido, assim como os fluxos que movimentam a rede, o objetivo que os determina e o fato destas ligações serem simétricas ou assimétricas, são os principais aspectos estudados na compreensão das redes enquanto dispositivos sociais de trocas e interações de sujeitos e grupos²² (p. 1294) [grifo das autoras].

²⁰ Brasil. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para Mulheres-SPM. *Rede Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Brasília, 2011.

²¹ Brasil. *Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres*. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília; 2011.

²² As autoras fazem referência ao seguinte texto para esta definição: Souza MHN, Souza IEO, Tocantins FR. A utilização do referencial metodológico de rede social na assistência de enfermagem a mulheres que amamentam. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2009; 17(3): 354-360.

O segundo define sua referência teórico-metodológica a partir dos estudos de Lia Sanicola e aponta:

A rede social constitui um conjunto de pessoas, organizações ou instituições sociais que estão conectadas por algum tipo de relação. É definida como um conjunto de relações interpessoais e sociais, sendo que, dessa rede, a pessoa pode receber ajuda emocional, material, de serviços e informações. As redes sociais podem ser de natureza primária ou secundária e diferenciam pelos tipos de intercâmbios que ocorrem entre os indivíduos, sendo esses de reciprocidade, direito, dinheiro, ou uma combinação dos mesmos²³ (Vieira et al., 2015, p. 866).

A partir do estudo da constituição das redes de atendimento às mulheres em situação de violência e da ideologia presente nos agentes destas instituições de atendimento, Santos (2015) define três tipologias²⁴ para a relação entre os agentes dos serviços: 1 – curto-circuitos (conflitos entre os agentes na abordagem teórico-prática sobre violência doméstica contra a mulher); 2 – falta de linha (ausência de conhecimento entre os serviços e de comunicação entre os agentes); 3 – na linha (convergência na abordagem sobre violência e boa comunicação entre os agentes).

D'Oliveira et al. (2009), inspiradas pelo trabalho de Marina Peduzzi (2001) sobre trabalho em equipe, afirmam que para a integralidade do cuidado, o trabalho em rede se produz a partir da articulação das ações, da interação entre os profissionais e da construção de um projeto assistencial comum. Nesse sentido, a mera existência de conexões entre serviços não é suficiente para qualificar uma rede, pois esta dependeria não apenas da presença das ligações entre os serviços, que resulta em ações articuladas, mas dependeria, sobretudo, do fato de que essa articulação resultasse intencionalmente do cuidado prestado pelos profissionais dos serviços, o que somente se alcança quando estes sabem e trabalham para que objetivos em comum sejam alcançados em termos de qualidade do cuidado a ser ofertado.

Osis, Duarte e Faúndes (2012), fazem referência ao texto desta revisão bibliográfica (d'Oliveira et al., 2009) para fundamentar sua concepção de rede. Todavia, se limitam à dimensão do atendimento integral e da articulação das ações, não

²³ Referência das autoras: Sanicola L. As dinâmicas de rede e o trabalho social. Napoli: Liguori Editore; 2008.

²⁴ A autora não apresenta como tipologia, mas assim optamos por caracterizar, na medida em que compreendemos que esta construção de Santos (2015) extrapola uma simples análise de resultados de pesquisa.

apresentam em sua definição de rede a dimensão da interação entre os agentes e a construção de um projeto assistencial comum, como as autoras apontam no texto referenciado.

Fundamentadas em outro trabalho da professora Lilia Blima Schraiber e colaboradoras²⁵, Cortes, Padoin e Kinalski (2016) afirmam que rede se refere “ao trabalho que ocorre de modo interligado entre os distintos setores e conjunto de serviços [...]” (p. 2). Para as autoras, não é o suficiente para a atuação em rede a existência de um conjunto de serviços justapostos, mas uma integração assistencial entre estes.

Fundamentada, também, no referencial teórico de redes de serviços produzidos por Lilia Schraiber e Ana Flávia d'Oliveira, concordamos que rede se refere à “[...] articulação das ações assistenciais e interação profissional na busca de um projeto assistencial comum” (D'Oliveira e Schraiber, 2006, p. 09). Em contraponto ao conceito de rede, as autoras apresentam a ideia de ‘trama’ que se refere a um “[...] aglomerado justaposto de serviços voltados ao mesmo problema, que podem até possuir ações articuladas, mas sem consciência de suas conexões e sem construção de projeto assistencial comum construído pelo diálogo.” (p. 09).

De acordo com D'Oliveira e Schraiber (2006), diferentemente de um sistema, a rede estabelece as tramas a partir das necessidades situacionais, é horizontal, não tem uma única porta de entrada ou fluxos pré-estabelecidos e os serviços inseridos em uma determinada rede podem atuar em diferentes redes ao mesmo tempo. Vale destacar que, como apontam Schraiber et al. (2012), uma rede é sempre plástica, não obedece rigidamente a fluxogramas, nem estruturas preestabelecidas. Ela se recompõe no tempo e no espaço. Uma rede se estrutura a partir de ‘princípios organizadores nucleares’, e são eles: a relação entre as ações profissionais; a comunicação entre os profissionais; e a interação entre os serviços. Desta forma, é necessário que haja uma integração assistencial para a formação de uma rede.

Assim, trama se refere a um conjunto de serviços que podem ter algumas ações articuladas, mas esse aspecto é insuficiente para um projeto assistencial comum. Este requer ser construído a partir do diálogo entre os serviços que resulta da interação entre os profissionais; interação voltada a delimitar projetos assistenciais que lhes sejam comuns (D'Oliveira e Schraiber, 2006). De acordo com as autoras, “[...] para constituir-

²⁵ Artigo referido por Cortes, Padoin e Kinalski (2016): 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.

se como rede, o conjunto de serviços necessitaria de valores e objetos de trabalho comuns, além de um acordo dialogado sobre as finalidades deste trabalho.” (D'Oliveira e Schraiber, 2006, p.11). Nesse sentido, a definição do que seria a finalidade dos cuidados a mulheres em situação de violência é algo a ser discutido e compartilhado entre os diferentes serviços, o que já não tem sido tão simples quando se observa o funcionamento efetivo desses serviços.

A justificativa das autoras para tal construção conceitual levou em consideração que serviços distintos e de setores diversos de produção significam a parcelarização do trabalho de cuidados em segmentos especializados que se tornaram independentes, mas que necessitam ser recompostos em um todo; o todo assistencial que produz um cuidado integral efetivo. Essa compreensão do cuidado em situações de violência se aproxima do que define Peduzzi (2001) no estudo de equipes de saúde. Uma equipe também busca recompor os trabalhos assistenciais parcelares, como especialidades individualizadas, em uma assistência mais integral. D'Oliveira e Schraiber (2006) se utilizam das tipologias ‘integração’ e ‘agregação’, usadas por Peduzzi para representar os distintos tipos de trabalhos que se encontram nos serviços de saúde à base de diversos ramos profissionais, para realizar a análise de uma rede/trama de serviços voltados aos casos de mulheres em situação de violência.

Em realidade Schraiber, Peduzzi e d'Oliveira partilham de concepções comuns quanto ao significado do trabalho em saúde e suas segmentações, compreendendo os processos de especialização do trabalho (ou divisão do trabalho) como o movimento histórico que fez surgir trabalhos individualizados portadores de diferenças técnicas e de desigual valorização social, uma vez segmentados. Essas autoras buscam criticar essa concepção menos pelo caráter complementar técnico das divisões, mais pelas desigualdades de autoridade e poder que se instalam no interior do conjunto, levando à colonização de certas especialidades consideradas de menor importância social por aquelas de maior importância social, como, por exemplo, no trabalho em equipe, a hierarquia entre médicos e outros profissionais; ou no trabalho em rede com uma possível hierarquia de um setor frente a outros.

Se no interior do campo da saúde essa hierarquização é bem nítida e já possui acúmulo histórico, no caso do conjunto intersetorial já não se encontra uma hierarquia constituída e tradicionalmente instalada. Ou seja, não se poderia afirmar que o setor judiciário se impõe mais, subordinando o setor saúde e o da assistência social, por

exemplo, ou ao revés, que o setor saúde seja hierarquicamente reconhecido ou qualquer outro setor desse conjunto de setores que compõem a atenção a mulheres em situação de violência. Antes, o que observamos, como surge nos resultados de nosso estudo, há certa disputa nesse sentido, sem que nenhuma hierarquia possa ser considerada já instalada.

Mas seguindo as mencionadas autoras em suas críticas ao processo de especialização, com base na noção de cuidado ou atenção integral, tal como elas, adotamos aqui o conceito de que se o trabalho assistencial é uma intervenção técnica que busca finalidades determinadas. Ele é também interação entre os profissionais envolvidos na produção do mesmo cuidado, e, assim, em toda e qualquer produção assistencial de cuidado deve-se observar a existência da comunicação entre os agentes do trabalho, permitindo que a especificidade de cada área de atuação se realize, e, ao mesmo tempo, o todo assistencial seja recomposto na formulação de um projeto assistencial comum. Isso permite à integralidade coexistir com a flexibilidade da divisão de trabalho e autonomia técnica relativa que a especialização já introduziu como fenômeno histórico. Será nessa direção que D'Oliveira e Schraiber (2006) afirmam que para o funcionamento de uma rede de serviços integrada é necessário o reconhecimento mútuo de culturas profissionais e institucionais diversas, a que não se pode negar, mas buscar encontrar elementos comuns em termos de seus objetivos assistenciais.

No campo da Saúde, com base em propostas da Saúde Coletiva, a integralidade como modalidade assistencial — na atenção integral à saúde das mulheres — é conceito que permite formular contextos instauradores de necessidades, sendo a incorporação da perspectiva crítica de gênero e da perspectiva dos direitos humanos e sociais, alguns desses novos dispositivos a configurar no modelo assistencial da atenção integral. Além disso, levando-se em conta a produção teórica em torno ao trabalho em saúde e ao trabalho em equipes na assistência à saúde, pode-se, expandindo-se a atenção integral para as atuações em rede intersetorial, abordar esse trabalho em rede como dependente de três princípios organizadores nucleares, reafirmando o que foi antes mencionado: o da articulação das ações profissionais, em que há atuações profissionais específicas que devem ser mantidas, mas de modo interconectado; o da interação dos profissionais, organizando-se o trabalho nos serviços de modo a que haja efetiva comunicação entre seus profissionais; e o da integração entre os serviços enquanto instituições de diferentes setores (Schraiber et al., 2012, p. 244).

2.5 As políticas e as instituições

2.5.1 Políticas de saúde – Atenção Básica à Saúde

Schraiber et al. (2007) e Schraiber; Barros e Castilho (2010) demonstram que a violência de gênero impacta diretamente a saúde das mulheres, gerando demanda para os serviços de saúde, especialmente os da atenção primária. Em capítulo intitulado “um tapinha não dói? Violências, essas dores sem nome”, Schraiber et al. (2005) apontam que a violência gera impacto de diferentes e numerosas ordens para as mulheres que a vivenciam: “constituem danos, como adoecimentos, que acometem diferentes partes do corpo e também a mente, bem como agravos mais gerais, como sofrimentos, transtornos mentais variados ou dores inespecíficas, e também, por vezes, específicas.” (p. 91). Neste sentido, as autoras reafirmam que a violência e os agravos que produz são questões de saúde e, portanto, problemas para ações assistenciais nos serviços de saúde: “A violência não é doença, mas propicia e perpetua doenças e sofrimentos vários [...] e coloca a vida efetivamente em risco. Por isso é um problema de saúde coletiva e também da assistência à saúde das mulheres.” (p. 150). Além do controle da violência no âmbito dos serviços de saúde, Schraiber; Barros e Castilho (2010) afirmam sobre a importância da construção de ações voltadas para a prevenção da violência neste setor.

Neste tópico, portanto, discorreremos sobre o funcionamento das políticas de saúde, especialmente a Atenção Básica (AB), na tentativa de compreender de que forma a atenção à mulher em situação de violência pode ser realizada a partir de uma perspectiva integral neste campo.

De acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), os serviços básicos de saúde, para a atenção primária, assumiram a centralidade na política de saúde no Brasil desde a década de 1980.

De acordo com Mendonça et al., (2018b), a conferência mundial de Alma-Ata, em 1978, constituiu um marco para a consagração da Atenção Primária de abordagem integral na implementação das APSs. Esta proposta se refere a iniciativas de APS que considerem inseparáveis desenvolvimentos social e econômico dos sistemas de saúde, com foco no enfrentamento dos determinantes sociais. Campos (2018) se refere à Atenção Primária à Saúde como “[...] uma das principais inovações tecnológicas do século XX.” (p. 15).

A concepção de APS que fundamentada nos pressupostos de consolidação do SUS como um sistema universal capaz de atender as necessidades de saúde da população e da concepção de saúde como um direito “[...] é fruto de conquistas e caminhos historicamente trilhados, que, entretanto, não devem ser entendidos como livres de contradições e desafios.” (Mendonça et al., 2018^a, p. 19). Conquanto, “Constitui-se em uma construção coletiva, uma obra em aberto, estritamente articulada com as estratégias de construção dos sistemas universais e públicos de saúde.” (Campos, 2018, p. 15).

A atenção primária está relacionada a um serviço tecnologicamente simples, que necessita de poucos equipamentos, portanto uma assistência de baixo custo associada a uma prática de “medicina simplificada”. Todavia, apesar de as demandas cotidianas dos serviços de APS constituírem casos patologicamente e instrumentalmente mais fáceis de diagnosticar, “nem por isso deixam de envolver uma grande complexidade assistencial” (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p. 35). De acordo com os autores, muitos casos da atenção primária são conceituados como casos cujos cuidados são complexos e, por isso, mesmo que não tenham complicações no aspecto clínico, por se tratar de uma patologia simples, o trabalho profissional exige uma atuação ampla para lidar com estas situações assistenciais.

Nessa linha de raciocínio, os autores citados discorrem sobre o trabalho da Atenção Primária junto às necessidades de saúde da população:

Particularmente no Brasil, o conjunto específico dessas necessidades inclui demandas principalmente sanitárias, tais como, por exemplo, o saneamento do meio, o desenvolvimento nutricional, a vacinação ou a informação em saúde, que geram as ações tradicionais da saúde pública. Mas inclui igualmente as demandas relacionadas a algumas ações clínicas, que fundamentalmente podem ser de dois tipos: as que cobrem a prevenção, a profilaxia e o tratamento de doenças de caráter epidêmico, e, portanto, sob vigilância epidemiológica da saúde pública; e as que constituem demandas tipicamente clínicas, de prevenção ou recuperação, quadros simultaneamente muito frequentes e apoiados em técnicas diagnósticas e terapêuticas de menor uso de equipamentos, mas que, em contrapartida, exigem, para sua adequada compreensão e efetiva transformação, sofisticada síntese de saberes e complexa integração de ações individuais e coletivas, curativas e preventivas, assistenciais e educativas (Schraiber e Mendes-Gonçalves, 2000, p. 36).

De acordo com Starfield (2002), no que se refere ao trabalho no interior dos serviços de saúde, “A atenção primária aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar.” (p. 28).

Pensando em sistemas de saúde, de forma mais ampla, a autora, ao considerar a complexidade inerente à Atenção Primária a define como um dos níveis do sistema de saúde que constitui a porta de entrada do sistema no que diz respeito às novas necessidades de saúde, oferece atenção longitudinal à pessoa, não somente sobre a patologia, busca atender a todas as questões de saúde, exceto as mais raras e integra e coordena a atenção oferecida por diferentes serviços. “É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde.” (p. 28).

No Brasil, atualmente, a Atenção Básica à Saúde tem se efetivado, primordialmente, através da implementação e ampliação do Programa de Saúde da Família (PSF).

De acordo com Costa e Carbone (2009), a reorientação do modelo assistencial do SUS a partir da Atenção Básica, utilizando a Saúde da Família (SF) como estratégia do Ministério da Saúde para esta reorganização se deu através da implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), em 1991. “[...] e em janeiro de 1994, formaram-se as primeiras equipes completas, incorporando a atuação dos agentes em uma proporção média de 1(sic) agente para aproximadamente 575 pessoas acompanhadas.” (p. 12). De acordo com Guedes (2006), o PSF foi incorporado ao Ministério da Saúde, através da Portaria n. 692, em 1993 e a partir disto, a responsabilidade da operacionalização deste Programa ficou a cargo das Secretarias Municipais de Saúde. Em 1997 o Ministério da Saúde publicou uma proposta²⁶ de reorientação do modelo assistencial na Atenção Básica, tendo como prioridade a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF).

O Programa de Saúde da Família (PSF) tem ainda como objetivo a reorganização da prática assistencial, com a atenção centrada na família entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social – é a principal estratégia de organização da atenção básica. [...] É uma estratégia organizada a partir de uma Unidade (Pública) de Saúde da Família que prioriza as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tratamento e reabilitação de agravos, através de uma equipe multiprofissional, responsável por uma determinada população. Formada por (no mínimo) um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACS (de acordo com a população coberta), cada equipe engloba de 2.400 a 4.500 pessoas. Outros profissionais, como odontólogo, nutricionista, assistente social, fisioterapeuta ou psicólogo, poderão ser incorporados às equipes de saúde da família ou formar equipes de suporte, de acordo com as necessidades e

²⁶ Brasil. Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Ministério da Saúde. Brasília. 1997. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf.

possibilidades dos municípios. O PSF, portanto, reafirma e incorpora os pressupostos básicos do SUS referentes à universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (Guedes, 2006, p. 145).

Sendo assim, a década de 1990 introduz o Programa de Saúde da Família, posteriormente Estratégia de Saúde da Família (ESF), como uma nova forma de orientar e organizar a Atenção Primária à Saúde no SUS. “A atenção primária continuava sendo vista como porta de entrada do Sistema, mas seu “modelo assistencial e tecnológico” passava a ser orientado pela proposta da ESF” (Kalichman e Ayres, 2016, p. 4).

De acordo com Mendonça et al. (2018), a proposta Saúde da Família é uma expressão de uma abordagem de APS abrangente, compreensiva e integral, “com ênfase nos determinantes sociais da saúde e nas suas inter-relações com o desenvolvimento econômico e social do país” (p. 31) que alinhada com o movimento da Reforma Sanitária brasileira (RSB) e em consonância com os estudos em Saúde Coletiva representa uma mudança no modelo assistencial da Saúde.

Como estabelecido pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em 2012:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (Brasil, 2012a, p. 19).

De acordo com a PNAB, a Atenção Básica constitui a principal porta de entrada para a Rede de Atenção à Saúde, tendo em vista seu elevado grau de descentralização. Além de porta de entrada da Rede, a ABS se coloca como centro de comunicação desta Rede, sendo, portanto, “[...] fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.” (p. 9).

A Portaria n. 4.279/2010, do Ministério da Saúde, estabelece, dentre outros pontos, a definição, o objetivo e a caracterização da Rede De Atenção à Saúde:

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. [...] A Atenção Primária à Saúde é o centro de comunicação da RAS e tem um papel chave na sua estruturação como ordenadora da RAS e coordenadora do cuidado (Brasil, 2010c).

Ao analisarem a definição de Rede de Atenção à Saúde proposto por esta Portaria, Kalichman e Ayres (2016) apontam que “o conceito de Rede atualiza o modelo de atenção, mas ainda visando à articulação das ações de promoção, prevenção e assistência em seus diversos pontos e níveis de atenção na busca da integralidade do cuidado.” (p. 9).

Voltando, portanto, ao lugar da Atenção Primária na RAS, de acordo com Mendonça et al. (2018b) a APS tem como responsabilidade nesta rede a definição dos itinerários de cuidado e dos fluxos de ações em saúde: “a APS é componente estratégico do conjunto de serviços e ações com distintas e complementares missões e configurações tecnológicas para atender as necessidades populacionais com integralidade” (Mendonça et al., 2018b, p. 32).

Como porta de entrada preferencial para os recursos do SUS, mais especificamente agora no que se refere à proposta de Estratégia de Saúde da Família, esta se constitui por, no mínimo, uma equipe multiprofissional, composta por enfermeiro, médico e agentes comunitários, responsáveis por um território específico. A equipe deve estabelecer vínculo com a população adstrita, a partir do qual serão empreendidas ações coletivas e individuais. A equipe de saúde da família será o primeiro contato da população com os serviços de saúde, sendo responsável pelos encaminhamentos para outros serviços e pela atenção longitudinal (Fausto, Almeida, Bousquat, 2018).

Como apontado pelas autoras citadas, “A contínua indução financeira federal para o fortalecimento da AB tem impulsionado a gradual difusão da ESF na maior parte dos municípios brasileiros.” (p. 57). Desta forma, atualmente, a Estratégia de Saúde da Família está presente na grande maioria dos municípios brasileiros, tendo maior cobertura nos menores municípios e nos menos favorecidos economicamente. O maior número de serviços de saúde no país se refere às Unidades Básicas de Saúde que através das Equipes de Saúde da Família, arranjo predominante das Unidades Básicas de Saúde atualmente são lugares privilegiados “[...] de contato potencial com usuários em seus territórios de vida, de produção de acesso e de práticas de cuidado com as equipes de saúde.” (Melo e Mattos, 2018, p. 107).

Considerando a complexidade dos desafios enfrentados pelas equipes de saúde da família nos municípios brasileiros foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs), pela Portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008.

Os NASFs são compostos por equipes multidisciplinares “com o objetivo de ampliar a abrangência e o escopo das ações da ABS, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica.” conforme explicita o artigo 1º da Portaria (Brasil, 2008). De acordo com Melo e Miranda (2018), o objetivo central do NASF é “colaborar com o enfrentamento de alguns dos desafios colocados pela expansão da ESF, que se depara com enorme abrangência, diversidade e complexidade da ESF, que se depara com articulação de diferentes modos de saber-fazer.” (p. 432).

Organizados em equipes multiprofissionais compostos por assistentes sociais, médicos especialistas, fonoaudiólogos, nutricionistas, educadores físicos, farmacêuticos, psicólogos, sanitaristas, terapeutas ocupacionais, dentre outras especialidades profissionais, os NASFs têm como função a retaguarda especializada para as equipes de saúde da família, considerando que o trabalho em Atenção Primária “parece exigir certa polivalência” (Melo e Miranda, 2018, p. 432).

Em um contexto de expansão e capilarização dos serviços de AB pelos municípios, as críticas aos limites impostos para a gestão da administração direta aos serviços, especialmente no que se refere às contratações de profissionais, criam um ambiente propício para a “expansão dos modelos de gestão através da figura

institucional de atuação pública não estatal.” (Teixeira, Matta e Silva Junior, 2018, p. 120).

De acordo com Teixeira, Matta e Silva Junior (2018), estas organizações não estatal de atuação pública, dentre elas as Organizações Sociais (OSs)²⁷, condensam “em uma mesma institucionalidade a premissa de maior “participação da sociedade civil” na gestão das políticas públicas e também a redução da ação estatal por meio de um setor público não estatal” (p. 120). Nessa direção:

Verifica-se uma tendência à expansão da gestão de unidades da APS por OSS, o que já predomina em capitais como Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador, Porto Alegre entre outras. A contratação das OSS é mediada por um instrumento jurídico, o contrato de gestão que, entre outros elementos, estabelece os resultados, indicadores e as metas a serem alcançadas. Integra essa concepção de gestão a adoção de incentivos financeiros, modelo denominado de pagamento por performance, que é operado em vários níveis: recursos para as próprias OSS, para a unidade de saúde e para as equipes (Morosini e Fonseca, 2018, p. 389).

Esse tipo de gestão baseado na lógica da produtividade, do controle da força de trabalho se capilarizou no cotidiano dos trabalhadores da saúde. Este controle se dá tanto verticalmente, através do controle exercido pela gerência das unidades, quanto entre os próprios trabalhadores, horizontalmente, portanto, tendo em vista os esquemas de bonificação por desempenho da equipe (Morosini e Fonseca, 2018).

Há que se ressaltar que este tipo de gestão pode comprometer os princípios do SUS se considerarmos que uma gestão fundamentada nos resultados, com foco nas dimensões financeiras e institucionais, pode negligenciar a dimensão social e política da atenção (Teixeira, Matta e Silva Junior, 2018).

No último mês da pesquisa de campo realizada para a construção deste trabalho, foi publicada a nova Política Nacional de Atenção Básica, que substitui a que estava em vigor desde 2012. Como se verá, o presente trabalho considerou como norma principal de orientação para o funcionamento das UBSs o texto da PNAB de 2012, tendo em vista que quase a totalidade da pesquisa foi realizada com a norma anterior vigente. Cabe, no entanto, tecer breves considerações sobre esta alteração.

²⁷ Lei n. 9637/1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L9637.htm.

De acordo com a literatura consultada, a nova PNAB institui alguns retrocessos referentes ao ideal de uma saúde pública, universal e gratuita para a população. Neste sentido, Tavares, Rocha e Magalhães (2018) se preocupam com a possibilidade eminente de direitos sociais garantidos no texto constitucional, em 1988.

Na mesma linha, Fausto, Almeida e Bousquat (2018) ponderam sobre algumas mudanças estabelecidas pela PNAB: a previsão para contratos de profissionais por 10 horas para as equipes de Atenção Básica pode impactar diretamente na disponibilidade dos profissionais para coordenar o cuidado; “O estabelecimento de padrões essenciais e ampliados para a AB” (p. 57), pode significar um retorno à APS seletiva, considerando a situação atual de retração de recursos para as políticas e as desigualdades entre os municípios, gestores da Atenção Básica à Saúde em cada localidade. Para as autoras, uma das principais alterações se refere ao lugar não prioritário da ESF como modelo assistencial da Atenção primária no Brasil. Como apontam Tavares, Rocha e Magalhães (2018), a nova PNAB desconsidera a centralidade da ESF para a organização da Atenção Primária, e do SUS. Isto, tendo em vista que a nova norma institui financiamento para quaisquer outros modelos de AB, mesmo sem equipes multiprofissionais e Agentes Comunitário de Saúde (ACSs). De acordo com as autoras este aspecto “pode abrir oportunidades para organização da AB com base em princípios opostos aos da APS firmados em Alma-Ata e adotados também no SUS, onde se destaca o acesso universal.” (p. 185). Uma última questão que preocupa as autoras é o número reduzido de ACSs previsto e a redução de cobertura populacional.

Não obstante sejam estas questões importantes de serem mencionadas, considerando que, como visto, a Atenção Primária à Saúde enfatiza as ações de promoção e prevenção em saúde, que a disseminação da Estratégia de Saúde da Família aumentou e tem aumentado a cobertura da atenção e aproximado os profissionais de atenção básica da população, principalmente através da valorização da ação de visita domiciliar, e ainda, que o cuidado longitudinal e o estabelecimento do vínculo entre profissional e a mulher atendida propicia, além da relação mais próxima entre serviço de saúde e comunidade, o cuidado de problemas de saúde mais comuns, muitas vezes relacionados aos impactos da violência de gênero, a Atenção primária se destaca, enquanto setor, para o trabalho junto a mulheres em situação de violência (d'Oliveira et al., 2009).

A atenção primária merece um destaque quando se trata de ações referentes à violência contra a mulher por diversas razões. Em primeiro lugar, este nível de atenção tem grande ênfase nas ações de promoção e prevenção de saúde. Além disto, tem um aumento de cobertura e incremento recente, com valorização da ida ao domicílio através da crescente implantação da Estratégia de Saúde da Família. Este nível de atenção enseja um acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, uma relação mais próxima com a comunidade e é dirigida a problemas comuns de saúde muito associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (d'Oliveira et al., 2009, p. 1040).

Como será visto adiante, a Atenção Primária à Saúde tem integrado a rede de atendimento às mulheres em situação de violência no Brasil, especialmente, como um serviço estratégico de porta de entrada para a atenção especializada a mulheres em situação de violência.

2.5.2 Políticas de enfrentamento à violência de gênero

Como destacado no tópico violência de gênero neste capítulo, a implementação das políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero é efetivada no escopo da discussão relacionada à segunda onda feminista, em que se disseminaram os estudos sobre o patriarcado, sobre a desigualdade de poder entre homens e mulheres na sociedade, sobre a qual o primeiro possui privilégios em relação à segunda, bem como a violência decorrente deste contexto. Para efeitos de construção de políticas públicas, no Brasil, optou-se pela terminologia ‘violência contra a mulher’ e sua definição, como consta na Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, foi fundamentada na definição estabelecida pela Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), de 1994, que no seu artigo 1º entende como violência contra a mulher “[...] qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.” (OEA, 1994).

Considerada, portanto, uma problemática de diferentes ordens, inclusive do campo da saúde, cabe estimar algumas das elevadas estatísticas de violência de gênero no Brasil e no mundo para que se compreenda que apesar de, ainda, subnotificada, este

tipo de violência acomete uma parte considerável da população, gerando impactos importantes para a saúde das mulheres.

De acordo com Sagot (2000), uma em cada três mulheres são afetadas pela violência intrafamiliar nas Américas.

O Mapa da Violência de 2015 aponta que, no ano de 2013, ocorreram 4.762 homicídios de mulheres no Brasil. Isto representa 13 mulheres assassinadas por dia no país, nesse período. A região em que houve mais homicídio de mulheres foi a região Sudeste, com 1.604 assassinatos, sendo que 386 foram cometidos no estado do Rio de Janeiro (Waiselfisz, 2015).

De acordo com o Atlas da Violência de 2019, elaborado com base nos dados oficiais divulgados pelo Ministério da Saúde, 4.936 mulheres foram assassinadas no ano de 2017, desde o ano de 2007 este é o maior número registrado. No período entre 2007 e 2017 houve um aumento de 30,7% de mulheres assassinadas. Destaca-se, ainda, que 28,5% dos homicídios cometidos contra mulheres ocorreram dentro da própria residência da mulher, o que pode ser um indicativo de que esses assassinatos sejam casos de feminicídio íntimo decorrentes de violência doméstica. (Cerqueira, et al., 2019).

As violências física, sexual, patrimonial, moral e psicológica denunciadas no ano de 2018 no estado no Rio de Janeiro foram contabilizadas e apresentadas no Dossiê Mulher 2019. No que tange à violência física, 350 casos de mulheres assassinadas foram registrados como homicídio doloso, 71 casos como feminicídio, 729 casos registrados como tentativas de homicídio, 288 como tentativas de feminicídio e 41.344 mulheres denunciaram crime de lesão corporal. De acordo com o documento, 4.543 casos de estupro tiveram mulheres como vítimas, o que significa 85,6% dos casos registrados. Em relação à violência patrimonial, foram 2.743 crimes de dano contra as mulheres, 2.223 violações de domicílio de mulheres, 364 supressões de documentos de mulheres; 29.665 crimes de violência moral que tiveram mulheres como vítimas; e, por fim, no que se refere à violência psicológica, foram 37.423 crimes de ameaça contra as mulheres e 404 crimes de constrangimento ilegal contra mulheres (Manso e Campagnac, 2019).

Schraiber et al. (2007) constataram em estudo nos serviços públicos de saúde da Grande São Paulo que a prevalência de algum tipo de violência contra as mulheres foi de 76% das usuárias dos serviços pesquisados. No entanto, apenas 39,1% das mulheres

consideravam ter experienciado situações de violência ao longo da vida e somente 3,8% dos casos foram registrados nos prontuários.

Em estudo que estimou a relação entre a utilização dos serviços de atenção primária à saúde e a violência impetrada por parceiro íntimo, em São Paulo, Schraiber; Barros e Castilho (2010) observaram que 59% das mulheres consultadas estavam ou já estiveram em situação de violência doméstica. Foi constatada, ainda, uma relação entre a alta frequência dos episódios de violência e o aumento dos diagnósticos e/ou queixas das mulheres quanto aos agravos psicológicos e emocionais.

No ano de 2014, um trabalho que objetivou conhecer a prevalência de violência doméstica junto a mulheres atendidas em UBS da cidade de Vitória, Espírito Santo, confirmou que 5,7% das mulheres sofreram violência sexual, 9,9% violência física e 25,3% violência psicológica, todas perpetradas por parceiro íntimo (Leite, et al., 2017).

Em pesquisa que estimou a prevalência de mulheres, usuárias de serviços de unidades básicas de saúde no estado de São Paulo, que sofreram violência, Osis, Duarte e Faúndes (2012) relataram que mais de três quartos das mulheres vivenciaram alguma situação de violência ao longo da vida, e mais de 50% das mulheres sofreram violência doméstica pelo parceiro. E, ainda, 12,4% das mulheres afirmaram ter sido vítimas de violência sexual.

Considerando a magnitude do problema, os diversos setores de políticas públicas têm desenvolvido ações específicas para tratar desta questão.

A pressão dos movimentos feministas influenciou mudanças nos âmbitos institucionais, legislativo e jurídico no Brasil. Em um cenário de ditadura militar, a luta e a resistência feminista nomeou a “violência contra as mulheres” e reivindicou políticas públicas para o enfrentamento deste tipo de violência (Bandeira, 2009).

As mobilizações feministas provocaram modificações em diferentes campos, dentre eles o campo da saúde que precisou iniciar formulações de propostas e ações voltadas especificamente para as mulheres. Ventura (2011) aponta algumas propostas governamentais que buscaram a implementação de um plano integral de assistência à mulher: Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, em 2004; a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, em 2005; a Política Nacional de Planejamento Familiar, em 2007, dentre outras.

Além de uma questão de saúde pública, a problemática da violência também está inserida no campo dos Direitos Humanos, a questão da violência é considerada todo agenciamento que viola os direitos humanos, de acordo com Saffioti (1999). Como constata Schraiber et al. (2005), violência constitui “uma transgressão ética nas relações interpessoais e uma violação dos direitos humanos.” (p. 105).

Ao longo do último século, diversos instrumentos internacionais foram construídos com o objetivo de garantir os Direitos Humanos das Mulheres: a Convenção sobre os Direitos Políticos da Mulher (1952); a Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher (1993); a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW, 1979); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher - Convenção de Belém do Pará (OEA, 1994). Ao considerar que a violência contra as mulheres anula as possibilidades de exercício dos outros direitos, os instrumentos normativos internacionais apontam para a responsabilidade do Estado no enfrentamento à violência contra as mulheres. Como aponta Sagot (2000), o resultado dos acordos internacionais para prevenir e erradicar a violência contra as mulheres tem sido a formulação de legislações e políticas de enfrentamento à violência em diversos países.

De acordo com a Norma Técnica (NT) das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAMs), por exemplo, essas Delegacias E foram criadas para a “[...] efetivação dos direitos das mulheres e cumprimento das obrigações contraídas pelo Estado brasileiro perante os sistemas de proteção desses direitos.” (Brasil, 2006b, p. 16).

De acordo com Santos (2015), até os anos 2000 a política para as mulheres no Brasil focava no ‘combate’ à violência, centrando-se nos serviços de segurança pública, delegacias, e de proteção das mulheres em risco extremo, os abrigos. “Tratava-se de uma política fragmentada, sem um órgão federal dotado de recursos e poderes para executá-la” (p. 578).

No governo Lula, em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República (SPM-PR) e desenvolvida a partir daí uma política de enfrentamento à violência contra as mulheres, com base nas reivindicações feministas por uma atenção integral à mulher em situação de violência, não mais focada somente na responsabilização penal do agressor. No governo Dilma deu-se continuidade a esta política que se fundamenta nos paradigmas da transversalidade de gênero e de atenção em rede (Santos, 2015).

Sendo assim, no Brasil, desde 2003, as ações governamentais voltadas para a promoção dos direitos das mulheres foram efetivadas através da SPM-PR, que tinha *status* de Ministério. Com as reformas ministeriais a partir das mudanças governamentais no período entre 2016 e 2017, a Secretaria perdeu *status* de ministério e foi incorporada ao Ministério dos Direitos Humanos, juntamente com a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial (SEPPIR)²⁸.

Até então, enquanto uma política governamental específica, a Política para as Mulheres estabeleceu uma série de protocolos, diretrizes e normativas para o enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil.

A SPM-PR promoveu três conferências nacionais de políticas para as mulheres, respectivamente nos anos de 2004, 2007 e 2011. Como resultados dessas conferências, foram elaborados três Planos de Políticas para as Mulheres²⁹, todos com uma linha de atuação específica para o enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil.

O marco legislativo no Brasil se refere à promulgação da Lei Maria da Penha, em 2006, e conforme seu art.1º “[...] cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher” e, dentre outros aspectos, propõe as medidas protetivas de urgência para as mulheres (Brasil, 2006a).

De acordo com Piovesan (2012), a lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, conhecida como a Lei Maria da Penha, apresenta sete inovações no que se refere à defesa dos direitos das mulheres em situação de violência:

- 1) a inserção da questão da violência contra a mulher como uma questão de direitos humanos (artigo 6º), e não mais uma infração penal de menor potencial ofensivo, como era tratada nos termos da lei 9.099/95; 2) a incorporação da perspectiva de gênero ao trabalhar com o problema da violência contra as mulheres; 3) ampliação das consequências penais os julgados agressores nos casos de violência contra as mulheres; 4) visibilização da liberdade de orientação sexual, inclusive para a formação de família; 5) definição do conceito de violência contra a mulher em concordância com a Convenção interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher de Belém do Pará; 6) incentivo à produção de estatísticas e bancos de dados sobre a questão; 7) e, por fim, em diálogo direto com o presente trabalho, a primazia de uma visão preventiva,

²⁸ Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/administracao-publica/522670-medida-provisoria-cria-ministerio-dos-direitos-humanos.html>

²⁹ I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2004 - Disponível em:

<http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/plano-nacional-politicas-mulheres.pdf>

II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2008 - Disponível em <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/livro-ii-pnpm-completo09.09.2009.pdf>

III Plano Nacional de Políticas para as Mulheres - 2013 - Disponível em: <http://www.spm.gov.br/assuntos/pnpm/publicacoes/pnpm-2013-2015-em-22ago13.pdf>

multidisciplinar e integrada no que se refere ao enfrentamento da violência contra as mulheres: ‘Sob o prisma multidisciplinar, determina a integração do Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública, com as áreas da segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação’ (p. 86).

Como aponta Pasinato (2015), a promulgação da Lei Maria da Penha tornou a questão da violência doméstica e familiar contra a mulher reconhecida socialmente, deixando, assim, de ser um tema limitado às discussões acadêmicas ou às pautas feministas, mas sim, uma questão governamental. Um marco político e jurídico, de acordo com a autora a LMP representa um ‘divisor de águas’ “uma vez que estabelece novos patamares para o enfrentamento da violência contra as mulheres no país.” (p. 534).

Enfatizando a importância da LMP para os estudos de redes de atendimento às mulheres, essa autora destaca que a LMP se refere a um texto legislativo que compreende uma política multidisciplinar e intersetorial que só será efetivada a partir de uma atuação articulada entre os poderes Judiciário, legislativo e executivo da União, dos estados e do município com vistas aos desenvolvimentos de políticas públicas integradas para o atendimento às mulheres em situação de violência:

A abrangência das medidas e ações previstas torna essa Lei uma política de enfrentamento à violência contra a mulher e, para que sua implementação seja bem sucedida, necessita da intervenção articulada dos três poderes – Executivo, Judiciário e Legislativo – nos três níveis de governo federal, estadual e municipal. Nesse sentido, é importante lembrar que a Lei Maria da Penha não é uma legislação apenas do âmbito penal. Embora estejam previstas atribuições para polícias civis, ministérios públicos, defensorias públicas e tribunais de justiça, e boa parte dessas atribuições também requeiram inovações na forma de tratamento judicial da violência doméstica e familiar, a legislação também amplia a participação de outros setores no atendimento às mulheres, na proteção de direitos e na prevenção da violência. Para tanto, recomenda a articulação com outras áreas do Direito (cível, de família), com os setores da saúde, assistência social, do trabalho e previdência social, com as políticas de previdência social, trabalho e emprego, para o empoderamento econômico das mulheres, bem como com as políticas de educação para a prevenção e mudança social que se almeja alcançar (Pasinato, 2015, 534).

Em 2011 foi publicado o documento da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, pela SPM-PR, que ancorada teoricamente nos estudos da segunda onda feminista, compreende violência de gênero como um fenômeno que ocorre no plano relacional e para seu enfrentamento necessita de mudanças culturais, sociais e educativas. Desta forma, o documento propõe o conceito de enfrentamento a

partir de quatro eixos estruturantes: combate; prevenção; assistência; e garantia de direitos. E é a partir desta concepção que o Governo Federal construiu a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, juntamente com os estados e municípios (Brasil, 2011b).

Tendo em vista essa demanda de uma atuação em rede para o enfrentamento à violência, a Secretaria de Políticas para as Mulheres da Presidência da República elaborou e publicou o documento “Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres”³⁰ que estabelece algumas diretrizes nesta linha.

O documento sobre a Rede da SPM-PR distingue rede de enfrentamento à violência contra as mulheres de rede de atendimento às mulheres em situação de violência.

A rede de enfrentamento à violência contra as mulheres é conceituada como:

[...] atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não-governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam o empoderamento e construção da autonomia das mulheres, os seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência (Brasil, 2011c, p. 13).

Neste sentido, a rede de enfrentamento à violência abarca a complexidade no que se refere à questão da violência e objetiva efetivar os quatro eixos fundamentais (prevenção, combate, garantia de direitos e assistência) propostos pela Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Para tanto, a rede de enfrentamento é constituída pelos seguintes organismos: órgãos de formulação de políticas, governamentais e não governamentais; órgãos que fiscalizam e executam as políticas de gênero; universidades; programas que trabalham com a responsabilização dos autores de violência; organismos das três esferas de governo voltados para a garantia de direitos (educação, seguridade social, cultura, trabalho, habitação); instituições de atendimento às mulheres, especializadas ou não na questão da violência (Brasil, 2011c).

De acordo com esse documento, a rede de atendimento às mulheres em situação de violência se refere “[...] ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores [...] que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao

³⁰ Brasil (2011b).

encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento.” (p. 08).

Essa rede de atendimento integra parte da rede de enfrentamento e contempla o eixo da assistência como institui a Política Nacional (Brasil, 2011c).

A rede de atendimento à mulher em situação de violência inclui serviços especializados e não especializados de atendimento à mulher, subdivididos em quatro áreas principais: justiça, assistência social, saúde e segurança pública. Considera que tais serviços são porta de entrada para a Rede de Serviços de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência (Brasil, 2011c).

O documento inclui no âmbito dos serviços não especializados de atendimento à mulher o programa saúde da família, serviços de ABS, hospitais gerais, polícia federal, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Ministério Público, Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), defensorias públicas, delegacias comuns, polícia militar. Já os serviços especializados de atendimento à mulher incluem “[...] aqueles que atendem exclusivamente a mulheres e que possuem expertise no tema da violência contra as mulheres.” (p. 15). São eles:

Casas abrigo, Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, Casas de acolhimento provisório, Central de Atendimento à Mulher - Ligue 180, Serviços de saúde com especificidade no atendimento à violência sexual, Juizados especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher, Promotorias especializadas, Núcleos da Mulher nas Defensorias Públicas, Ouvidoria da Mulher, Centros de Atendimento à mulher em situação de violência, Núcleo de Atendimento à mulher nos serviços de apoio ao migrante, Posto de Atendimento humanizados nos aeroportos (Brasil, 2011c, p.15).

Contudo, Silveira (2006) afirma que tendo em vista a implementação isolada dos serviços, as condições precárias e a fragilidade de apoio governamental, ainda não há articulação de uma política de atendimento às mulheres.

Nesse sentido, de acordo com Almeida (2007), os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência ainda não integram uma política pública:

Antes, este é um campo acentuadamente fragmentado, com ações, equipes e financiamentos descontínuos. As concepções sobre violência de gênero são as mais diferenciadas, evidenciando a necessidade de programas de formação continuada. Excetuando-se as delegacias, os serviços existentes prestam, em geral, atendimentos e orientações, individuais e/ou grupais, de naturezas psicológicas, social e jurídica. Contudo, dispõem de quadro reduzido de profissionais especializados nessas áreas e de poucos investimentos

financeiros e materiais. Além disso, não atuam em concertação, embora reconheçam a necessidade de constituição de redes. Há que se enfrentar, ainda, a carência de dados oficiais globais sobre a violência de gênero, o que dificulta a formulação de diagnósticos e de políticas públicas (Almeida, 2007, p. 12).

3. METODOLOGIA

Ao tratar sobre metodologia, explicitamos “[...] o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade.” (Minayo, 1994, p. 16).

Esse pensamento da ciência, como aponta Schraiber (2015) não é um livre pensar, mas um percurso definido pelo método que dirige, controla e coloca limites nas construções reflexivas a serem empreendidas.

Os discursos produzidos a partir das opções metodológicas e das escolhas epistemológicas assumidas no âmbito de uma pesquisa científica empreendida são parte de um movimento social e histórico e, portanto, segundo essa autora “o conhecimento é temporalmente válido.” (p. 53).

O presente proposta se refere a uma abordagem qualitativa de pesquisa científica, tendo em vista que este tipo de abordagem permite o aprofundamento no campo das relações humanas e dos significados das ações (Minayo, 1994).

O estudo segue a linha das pesquisas relacionadas à temática como visto no levantamento bibliográfico³¹ sobre a questão, as quais, também, privilegiam a abordagem qualitativa.

Medeiros, et al (2007) apontam que a pesquisa qualitativa se refere ao estudo sobre crenças, valores, representações, atitudes das pessoas inseridas em determinados grupos. Para os autores, a pesquisa qualitativa em saúde estuda sobre a experiência dos indivíduos no que diz respeito aos processos de saúde e doença.

A abordagem qualitativa de pesquisa,

[...] oferece subsídios para que a equipe de saúde compreenda as implicações da interação entre diferentes subjetividades, bem como da influência de tal interação no processo assistencial. Essa concepção contribui para promover mudanças no paradigma do próprio atendimento, o que repercute diretamente

³¹ Sobre a revisão bibliográfica, ver o tópico ‘Rede’ no capítulo ‘Referencial Teórico’.

na qualidade do serviço de saúde prestado, tanto no que se refere à elaboração e implementação de políticas públicas - nível programático -, como no tocante ao cuidado direto oferecido aos usuários (Medeiros, et al., 2007, p.102).

No escopo de uma pesquisa qualitativa, optamos por utilizar a abordagem de Estudo de Caso (Bruyne, Herman e Schoutheete, 1977 e Triviños, 1987) para a elaboração e realização da presente pesquisa.

Bruyne, Herman e Schoutheete (1977) afirmam que o número de pesquisas fundamentadas neste tipo de estudo aprofundado de casos particulares é grande. De acordo com Triviños (1987), o Estudo de Caso é, provavelmente, a abordagem de pesquisa qualitativa mais relevante.

Este autor define estudo de caso como “uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente.” (p. 133). Já os anteriores apontam que o estudo de caso se refere ao empreendimento de uma análise intensiva de uma ou algumas organizações. De acordo com os autores, “o estudo de caso reúne informações tão numerosas e tão detalhadas quanto possível com vistas a apreender a totalidade de uma situação.” (p. 224-225). Para tanto, podem ser utilizadas diferentes técnicas de coleta de dados, geralmente, refinadas,

Triviños (1987) elenca duas circunstâncias principais relacionadas à complexidade desta abordagem: em primeiro lugar a natureza da unidade e sua abrangência; e, também, a determinação dos referenciais teóricos que orientam a pesquisa de campo.

Ainda com apoio dos autores inicialmente citados, cabe destacar que esta é uma abordagem do tipo ‘indutivo’ e por seu caráter ‘particularizante’ carrega significativas restrições quanto às possibilidades de generalizações dos resultados das análises de pesquisa.

Neste estudo de caso, delimitamos uma região específica que abarcasse determinados serviços do campo da saúde e serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência para viabilizar o aprofundamento no campo sobre a temática estudada.

Tendo em vista esses aspectos, a presente pesquisa qualitativa buscou compreender, através do contato com as profissionais e as rotinas dos serviços de saúde de atenção básica e os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência de uma região específica, se e como funcionavam os processos de

articulação das ações, de integração entre as profissionais e a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum tanto no interior de cada serviço como na relação entre eles. Dessa forma, investigamos sobre a potencial construção de uma rede de atendimento a mulheres em situação de violência no Centro do município do Rio de Janeiro.

O caso escolhido, como será visto no tópico ‘O caso estudado’ no capítulo ‘Resultados de Pesquisa e Discussão’, o Centro do Rio de Janeiro, segundo Barsted e Romani (2014), constitui um território privilegiado em termos de recursos disponíveis, considerando que é o local com maior oferta de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência do município. Também atende a uma população bastante diversificada em termos sociais e econômicos por ser uma região em que se concentra a vida econômica e comercial da cidade, para aonde grande parte da população, residente de todas as partes da cidade, se desloca para trabalhar. Estes aspectos são considerados favoráveis para a pesquisa, tendo em vista a viabilidade do estudo (em outros bairros há escassez de serviços especializados para o atendimento às mulheres); e a possibilidade de pesquisar o território do município, aparentemente, mais propício para a existência de uma atuação em rede entre os serviços, considerando a diversificação da oferta de serviços em comparação aos outros bairros. Além disso, como já apontado, nenhum dos estudos levantados na revisão bibliográfica sobre o tema, foi realizado no Rio de Janeiro, o que aponta para a carência de estudos acadêmicos sobre a temática na região.

Para a coleta de dados foi empreendido o acompanhamento à dinâmica dos serviços e das ações desenvolvidas nas instituições pesquisadas através da observação institucional e realizadas entrevistas semiestruturadas como propõe Cruz Neto (1994), com as gerentes/diretoras e profissionais dos serviços incluídos na pesquisa em questão.

A técnica de observação participante, como denomina esse autor, objetiva a coleta de informações para a pesquisa sobre a realidade dos sujeitos da pesquisa nos próprios contextos de origem. Esta técnica permite a captação de diversos dados de pesquisa que só poderiam ser coletados a partir da observação direta da realidade, não apareceria no contexto da entrevista através de perguntas. De acordo com Becker (1994), o observador participante estuda a vida cotidiana do grupo em questão para conhecer as situações do dia a dia e saber como as pessoas se comportam diante das situações.

Para esta pesquisa, optamos por uma variação da técnica de observador participante, que se refere à atuação do pesquisador como “participante observador”.

Esta opção metodológica concerne à situação em que: “[...] o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como sendo restrita ao momento da pesquisa de campo. Nesse sentido, ele pode desenvolver uma participação no cotidiano do grupo estudado, através da observação de eventos do dia-a-dia.” (Cruz Neto, 1994, p. 60).

O critério de “saturação” ou de “exaustão” foi utilizado para definir o tempo de observação institucional em cada serviço. Este critério se refere à compreensão sobre o tema em questão a partir da percepção do retorno das situações e contextos na pesquisa. Considera-se a formação de um todo compreensivo no material coletado e, por isso, a coleta de dados pode ser finalizada (Schraiber, 2015). Destaca a autora:

Nessa dinâmica o pesquisador interage com seu estudo e percebe que naquele momento da produção dos dados empíricos formou-se um todo, isto é, podemos entender e contextualizar o que está em estudo e, por isso mesmo, podemos encerrar as entrevistas ou a observação ou os grupos focais. Em outros termos, conclui-se a produção de dados empíricos, pois o pesquisador alcançou uma síntese abrangente, informada por seus pressupostos de pesquisa: referenciais retirados dos estudos de outros pesquisadores, que conformam seu quadro teórico-conceitual (p. 38).

Em relação ao método de entrevistas utilizado, concordamos com Peduzzi (1998, p.111), que o instrumento de pesquisa entrevista “[...] consiste genericamente num procedimento que capta o material empírico por meio da fala dos indivíduos” (sujeitos da pesquisa).

Cruz Neto (1994) afirma que a entrevista é o instrumento de pesquisa de campo mais utilizado pelos pesquisadores. De acordo com o autor, a entrevista se refere à possibilidade de por meio da comunicação verbal coletar dados sobre o tema científico em que a pesquisa está focada. A entrevista, todavia, não se aproxima de um diálogo despretencioso e não há neutralidade. “Nesse sentido, a entrevista, um termo bastante genérico, está sendo por nós entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos.” (p. 57).

Os roteiros de entrevistas foram construídos a partir do material da pesquisa “Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras”, empreendida pelas professoras Ana Flávia D'Oliveira e Lilia Schraiber, da USP, adaptados à realidade da pesquisa no Rio de Janeiro e testados em entrevistas piloto com profissionais de um serviço de atendimento às mulheres em situação de violência e em uma UBS, que não estão localizados na região definida para a pesquisa, porém dentro do mesmo município Há

que se considerar que mesmo depois de testados e finalizados, os roteiros são atualizados a cada entrevista, tendo em vista que em cada experiência de entrevista, a pesquisadora pode avaliar de forma subjetiva as potencialidades do diálogo em voga, e assim foi feito ao longo do processo das entrevistas. Cada entrevista é única e mesmo tendo um roteiro de base, as seções são singulares em diferentes aspectos (Schraiber, 1995).

Importa destacar, ainda, que o roteiro de entrevista funciona como um guia da narrativa e auxilia o pesquisador a sugerir temas que estimulem o relato do entrevistado. Todavia, o roteiro deve ser um apoio, um elemento secundário ao relato em si. Como recomendado pela autora citada, para facilitar o relato sobre algumas temáticas, foi inserido nos roteiros o pedido de descrições sobre a experiência vivida relacionada a determinados aspectos, por exemplo, no tópico sobre trabalho em equipe, foi sugerido que as entrevistadas relatassem uma experiência positiva e uma experiência negativa relacionada a alguma experiência sobre trabalho em equipe. Como pode ser visto no Anexo B, foram construídos seis roteiros diferentes para as entrevistas. Todos os roteiros contam com um núcleo central que incluem perguntas sobre caracterização profissional e institucional; violência de gênero; trabalho em equipe; trabalho em rede. As variações nos roteiros se referem aos objetivos de cada entrevista especificamente relacionados com o campo de atuação (saúde ou serviço especializado em violência de gênero) e/ou o lugar institucional ocupado pela profissional (gerência/direção ou equipe técnica). Para as entrevistas com as profissionais de saúde que não atuavam nas equipes de saúde da família foram elaborados roteiros ‘reduzidos’, com base nos roteiros para o campo da saúde, tendo em vista o caráter complementar destas entrevistas, mantendo-se, todavia, os núcleos de questões presentes em todos os roteiros.

Não foi fixado um tempo para a realização de cada entrevista, pois concordamos que, tendo em vista o caráter desta pesquisa de campo, este não poderia ser estabelecido de forma prévia. Consideramos para o encerramento da entrevista que, minimamente, se tenham cumprido os tópicos presentes no roteiro de entrevista (Schraiber 1995).

O gravador e o diário de campo foram dois instrumentos utilizados de forma sistemática para a produção dos dados de pesquisa como indica essa autora.

Toda a inserção institucional através de observações e entrevistas com profissionais foi registrada em diário de campo. A elaboração de diários de campo é de fundamental importância para o registro dos dados de pesquisa. Seja denominado como

diário de campo, como prefere Cruz Neto (1994), ou como diário de pesquisa, como escreve Lourau (1993), ou ainda como caderno de campo, termo utilizado por Schraiber (1995), esta produção escrita no cotidiano de pesquisa possibilita a reflexão sobre os dados obtidos em campo, e, mais ainda, sobre o ato de escrever em si: “O exercício cotidiano de escrever sobre o cotidiano constrói e se apropria de realidades, num movimento especular. E a pesquisa não é, certamente, apenas uma ‘indumentária de domingo’.” (Lourau, 1993, p. 79). Cruz Neto (1994) afirma que o diário de campo é um “amigo silencioso” e que sua importância se deve ao fato de que “nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas.” (p. 63). De acordo com o autor, o diário de campo deve ser utilizado de forma sistemática, com anotações desde o primeiro contato com o campo de pesquisa, até o final do trabalho de campo. Esse instrumento tanto melhor será utilizado para a análise quanto mais detalhes descritivos contenha. Como apontado por Becker (1994), existe uma produção imensa de material escrito a partir das descrições detalhadas da observação.

Na prática, como aponta Schraiber (1995), o caderno de campo é utilizado sempre após a finalização das sessões de pesquisa, e é importante para fazer anotações sobre diversos aspectos: as percepções da própria pesquisadora sobre a pesquisa em andamento; a experiência vivenciada; avaliação da experiência vivida; informações sobre a pessoa entrevistada; descrições do local em que se realiza a pesquisa; dados de pesquisa fornecidos fora da gravação. Sobre esta última, a autora aponta:

Pode-se mesmo dizer que uma outra entrevista se passa nos intervalos, na “hora do cafezinho”, ou ao término da sessão, após concluída a gravação. As falas nesses momentos são descontraídas e recobrem assuntos de todos os tipos: o entrevistado opina sobre a entrevista, sobre os médicos, sobre a medicina, sobre sua vida e se inteira da vida do pesquisador, comenta a técnica, a possível participação de outros colegas, e assim por diante. São extremamente valiosas, pois, essas anotações (p. 71).

Todas as entrevistas foram gravadas em um gravador de áudio e devidamente transcritas para fins de análise. De acordo com essa autora, a utilização do gravador pode causar algum nível de inibição ou preocupação do entrevistado quanto ao que está sendo relatado, todavia, as vantagens da gravação superam este impasse. O trabalho de transcrição pode ser dispendioso, quando realizado por um profissional cuidadosamente selecionado, e requer um cuidadoso trabalho de conferência do texto transcrito, para

garantir a qualidade da transcrição, que “[...] representa a passagem da forma oral para a linguagem escrita, de modo fiel ao contido na gravação.” (Schraiber, 1995, p. 72).

As transcrições das entrevistas e o diário de campo produzido foram submetidos à análise de conteúdo, que pode ser compreendida como “um conjunto de instrumentos metodológicos cada vez mais sutis em constante aperfeiçoamento, que se aplicam a “discursos” (conteúdos e continentes) extremamente diversificados.” (Bardin, 2011, p. 15).

A partir da análise de conteúdo do material, os resultados de pesquisa foram, portanto, selecionados em categorias. De acordo com Gomes (1994), a palavra categoria se refere ao agrupamento de elementos que possuem características comuns ou que de alguma forma estão relacionados entre si.

As categorias de análise, como sugerido pelo autor, podem ser formuladas antes da realização do trabalho de campo ou a partir da própria coleta de dados: “[...] o pesquisador deveria antes do trabalho de campo definir as categorias a serem investigadas. Após a coleta de dados, ele também deveria formulá-las visando à classificação dos dados encontrados em seu trabalho de campo.” (p. 70).

Nessa linha, como já mencionado sobre a construção do roteiro, antes de iniciar a pesquisa de campo foram definidas categorias de análise, distribuídas nas questões dos roteiros³²: caracterização institucional; violência de gênero/violência contra as mulheres; trabalho em equipe; trabalho em rede. A partir destas categorias iniciais foi possível construir outras categorias de análise provenientes da pesquisa de campo, como se verá no capítulo ‘Resultados de Pesquisa e Discussão’.

Participaram da presente pesquisa quatro serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e três UBS, todos serviços de porta aberta para a população, ou seja, locais que as mulheres podem acessar por demanda espontânea, localizados na região demarcada para o estudo.

Em termos de vocação assistencial, foram selecionados os campos da Atenção Básica à Saúde; Centro de Referência; Orientação Jurídica; Policial. Ao todo sete serviços participaram da pesquisa: três unidades básicas de saúde (UBS1, UBS2, UBS3) e quatro serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência (Especializado1, Especializado2, Especializado3, Especializado4).

³² Ver Anexo B.

Em relação aos serviços de saúde, como mencionado, foram selecionadas três unidades básicas de saúde para participar da pesquisa, a partir de contatos com a Coordenadoria de Área Programática (CAP) 1.0. Estas unidades foram escolhidas por se localizarem no território da AP 1.0 do município do Rio de Janeiro. Dois serviços de saúde foram escolhidos, principalmente, por sua localização na região que abrange a cobertura dos locais em que estão os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência que participaram da pesquisa. A terceira unidade foi escolhida por ser a unidade que mais notificou casos de violência nos anos de 2016 e 2017 de todos os serviços de atenção básica da CAP 1.0, cujo número de notificações está bem acima das outras unidades desta CAP³³. Duas das unidades são Clínicas da Família (CFs), unidades tipo A, sendo que uma delas contava com o suporte do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). A terceira unidade é uma unidade mista, tipo B, na qual funciona um Centro Municipal de Saúde (CMS) e uma Clínica da Família.

Sobre os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência do município do Rio de Janeiro foram selecionados todos os serviços localizados no território da CAP 1.0 do município do Rio de Janeiro, região Centro, e que funcionam como porta aberta para as mulheres em situação de violência, ou seja, serviços que elas podem acessar espontaneamente, não precisam de encaminhamentos de outros serviços. O guia de serviços para atendimento às mulheres em situação de violência no Rio de Janeiro, publicado em 2014, foi utilizado como base para o conhecimento dos serviços (Barsted e Romani, 2014).

Os relatos no diário de campo incluíram os contatos institucionais para definir as dinâmicas de observações institucionais e de marcação de entrevistas, que foi diferente em cada serviço, os relatos das observações institucionais, bem como os relatos sobre os encontros para as entrevistas. Cabe mencionar que todo o contato institucional prévio, as observações institucionais, todas as entrevistas e as conferências da fidelidade das transcrições foram realizadas pela própria pesquisadora.

O quadro 1 a seguir apresenta a realização da pesquisa em números.

Quadro 1 – Descrição Pesquisa de Campo

Instituição	Nº de	Nº de horas de	Nº de sessões de	Nº de horas de
-------------	-------	----------------	------------------	----------------

³³ Esta informação foi concedida exclusivamente para a pesquisadora pela Divisão de Vigilância em Saúde (DVS) da CAP 1.0 e mencionada nas entrevistas realizadas.

	entrevistas	entrevistas*	observação Institucional	observação Institucional*
UBS3	05	4 horas	06	22 horas
UBS2	04	4 horas	09	21 horas
UBS1	09	7 horas	09	24 horas
Especializado2	08	8 horas	04	13 horas
Especializado1	04	5 horas	06	16 horas
Especializado4	03	3 horas	06	13 horas
Especializado3	03	4 horas	05	13 horas

* Nota: Os números de horas são aproximados.

Foram empreendidas 36 entrevistas, sendo que apenas uma delas precisou ser realizada em duas sessões. Os tempos da pesquisa serão apresentados de forma aproximada para facilitar a fluência do texto. As 36 entrevistas tiveram a duração aproximada de 35 horas de gravação. Os áudios das entrevistas foram transcritos em 1129 páginas³⁴. No que se refere às observações institucionais foram realizadas 45 sessões, totalizando 122 horas de observações. Nessas sessões foi possível acompanhar as reuniões de equipe; atendimentos; a dinâmica do espaço interno da instituição; a recepção/acolhimento dos serviços; oitiva de testemunhas nos processos; grupos; visitas domiciliares; atividades externas. Como mencionado, todas as idas aos serviços foram detalhadamente registradas em um diário de campo, assim como as impressões a partir das idas aos serviços para as entrevistas e todos os contatos institucionais realizados para viabilizar a pesquisa nos diferentes momentos do trabalho de campo. Foram contabilizadas 365 páginas³⁵ de diário de campo, com registro detalhado do caminho desta pesquisa.

Foram contabilizadas 157 horas de pesquisa de campo resultando em 1500 páginas de material. Mesmo com registro em diário de campo, os contatos institucionais necessários para a pesquisa por telefone e outras formas de comunicação à distância, assim como, as idas aos serviços em busca de autorizações institucionais, não foram incluídas na carga horária computada. A seguir, descreveremos brevemente a realização

³⁴ Configuração de página e de texto usual em trabalhos acadêmicos: Papel A4; fonte Times New Roman, tamanho 12; espaçamento 1,5;

³⁵ Configuração de página e de texto usual em trabalhos acadêmicos: Papel A4; fonte Times New Roman, tamanho 12; espaçamento 1,5;

da pesquisa de campo, iniciando pelos serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, posteriormente detalhando a pesquisa junto aos serviços de atenção básica à saúde.

Todo o contato institucional com o Especializado4, antes, durante e depois da pesquisa, teve a duração de oito meses. Todavia, a realização da pesquisa em si, no que se refere às observações institucionais e às entrevistas, levou dois meses do início ao fim. Nesse serviço foi possível realizar toda a parte de observação institucional antes do início das entrevistas. Assim, foram necessários dois meses, um para observação institucional e outro para agendamento e realização das entrevistas. O longo tempo de contato dispensado antes de iniciar a pesquisa nessa instituição foi devido às mudanças políticas na gestão da prefeitura do Rio de Janeiro. A mudança de prefeito provocou alterações de secretarias, subsecretarias, exoneração de gestores e coordenadores de serviços e novas contratações, como por exemplo, a coordenadora que assinou a autorização da pesquisa para o Comitê de Ética em 2016 já não era a mesma quando da pesquisa de campo em 2017.

Ao todo foram seis sessões de observação institucional no Especializado4, totalizando 13 horas de observação institucional; três entrevistas: uma com a coordenadora do serviço formada em serviço social, outra com a psicóloga e mais uma com a assistente social, completando três horas e meia de gravação.

O contato institucional para início da pesquisa de campo no Especializado3 teve duração de um mês, com algumas dificuldades referentes à agenda da coordenadora. Nesse serviço, também foi possível realizar toda a parte de observação institucional antes do início das entrevistas. Em aproximadamente quarenta dias se realizou a observação institucional enquanto as entrevistas se deram num espaço de aproximadamente três meses. Entre a finalização do período de observação institucional e o início das entrevistas, houve um lapso temporal de aproximadamente um mês por dificuldades de agendamento com a coordenadora do serviço, que seria a primeira a ser entrevistada. Assim, todo o período de pesquisa de campo teve a duração de cinco meses e dez dias e incluído o período de contato institucional antes da entrada no campo, totalizaram seis meses.

Foram cinco sessões de observação institucional no Especializado3, contabilizando 13 horas de observação. Três pessoas foram entrevistadas, sendo: a coordenadora, formada em psicologia, uma psicóloga e uma assistente social. A

entrevista com a coordenadora foi em dois dias, pois no primeiro dia, ela teve outros compromissos institucionais e não pudemos finalizar. Sendo assim, foram três entrevistas, em quatro idas ao serviço para sua realização. As gravações das entrevistas tiveram a duração de três horas e meia.

Desde o início dos contatos institucionais para a realização da pesquisa de campo no Especializado2 até o final da pesquisa transcorreram seis meses, sendo um mês de contatos institucionais para o início dos trabalhos. Nesse serviço, as observações institucionais e as entrevistas foram feitas concomitantemente, tendo em vista as necessidades de aproveitamento dos contatos institucionais no decorrer da pesquisa. A observação institucional foi realizada no período de quatro meses e três semanas e as entrevistas ao longo de três meses.

As quatro sessões de observação institucional totalizaram 13 horas e as oito entrevistas oito horas de gravação.

Considerando que as estagiárias de direito do Especializado2 protagonizam os atendimentos às mulheres em situação de violência, elas foram incluídas no rol de entrevistas. Foram entrevistadas três estagiárias de direito, uma psicóloga, uma assistente social, três profissionais do direito, sendo uma a coordenadora do Especializado2 e outra que atuava no serviço no início dos contatos institucionais e ao longo da pesquisa assumiu um cargo de coordenação em outra instância.

Dois meses foi o tempo utilizado para a pesquisa de campo no serviço Especializado1, inclusos a observação institucional e as entrevistas. Dentro deste período, cabe destacar que os contatos institucionais para início da pesquisa levaram três dias.

No total, foram seis idas ao Especializado1 para observação institucional, com duração de 16 horas de observação. Foram realizadas quatro entrevistas, uma com a responsável pelo serviço, formada em direito e três com profissionais da instituição dois graduados em direito e uma com formação de nível médio que atuam no atendimento e investigação de crimes contra as mulheres. As gravações das entrevistas duraram aproximadamente cinco horas.

Na UBS2, a pesquisa levou sete meses, tendo em vista o longo tempo de espera pela entrevista com o gerente da unidade. Na última semana da pesquisa, após muita insistência de contato por parte da pesquisadora, o gerente manifestou o desejo de não ser entrevistado, quando então, este campo de pesquisa pôde ser finalizado.

Nesta unidade, as observações institucionais foram feitas concomitantemente às entrevistas.

Foram nove sessões de observação institucional, com duração total de 21 horas registradas em diário de campo. Houve quatro entrevistas: um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma ACS. As quatro entrevistas realizadas tiveram a duração de quatro horas, registradas em áudio. Todas as etapas descritas foram realizadas no período de três meses. Os últimos meses foram somente para contatos com o gerente na tentativa de entrevistá-lo, sem sucesso.

Na UBS1, foram mais de dois meses de contatos até o início da pesquisa efetivamente.

Como mencionado anteriormente, A UBS1 constituía uma unidade mista, em que funcionava um CMS e uma CF. Assim sendo, foram entrevistadas tanto profissionais da Clínica da Família, como profissionais de saúde do CMS. Tendo em vista o material coletado a partir das observações institucionais foi possível construir um roteiro diferenciado para as profissionais do CMS desde o roteiro utilizado até então. Esse roteiro contém os mesmos tópicos de questões para análise, porém, é mais sucinto e objetivo. No que se refere às profissionais da CF foram entrevistadas a gerente, formada em enfermagem, uma médica, um técnico de enfermagem e uma enfermeira. As entrevistadas do CMS foram: a diretora, formada em enfermagem, uma médica pediatra, uma psicóloga, uma assistente social e uma médica ginecologista.

Foram realizadas nove sessões de observação de pesquisa totalizando 24 horas e meia. As nove entrevistas geraram gravações com duração aproximada de sete horas.

O último serviço em que foi possível entrar no campo foi a UBS3. O contato institucional para a realização da pesquisa foi iniciado em 09 de agosto do ano de 2017 e a pesquisa de campo iniciada no dia 24 do mesmo mês e ano. Vinte e duas horas foi o tempo utilizado em seis sessões de observação institucional. Todas as observações institucionais e os contatos com o serviço para viabilizar a pesquisa foram registrados em diário de campo.

Foram entrevistadas cinco profissionais: o gerente, formado em enfermagem, uma médica, uma enfermeira, uma psicóloga do NASF e uma assistente social do NASF. As profissionais do NASF foram entrevistadas com os roteiros reduzidos, como já apontado. As cinco entrevistas totalizaram quatro horas de gravação.

Para a discussão dos resultados de pesquisa, como tem sido apresentado no texto, as três unidades básicas de saúde que participaram da pesquisa foram nomeadas como UBS, seguidas do número de um a três, exemplo UBS1. Os serviços especializados dos setores policial, centro de referência e orientação jurídica foram nomeados como Especializado, seguidos do número de um a quatro, por exemplo, Especializado1. As entrevistadas da pesquisa foram identificadas com as letras 'ES', para as entrevistadas do campo da Saúde, e 'EE' para as entrevistadas dos serviços especializados, seguidas de um número ordinal de um a trinta e seis, total de entrevistas realizadas, por exemplo, 'ES1', 'EE3'. Os nomes de pessoas ou de instituições que não participaram da pesquisa, mas presentes em citações de entrevistas ou relato de diário de campo foram substituídos pela primeira letra. Isto para garantir o anonimato das pessoas e instituições participantes da pesquisa referenciados.

Do campo da saúde, participaram 15 mulheres e três homens, sendo que um dos homens ocupava o cargo de gerência. Do campo dos serviços especializados, participaram 17 mulheres e um homem, sendo este do setor policial. Totalizando, assim, 32 mulheres e quatro homens participantes da pesquisa, a maior parte absoluta mulheres, portanto, como já explicitado. A idade das entrevistadas variava, no ano da pesquisa, entre 19 e 61 anos. Intencionalmente, a maior parte das entrevistadas, 29 profissionais, tinha Ensino Superior completo. Destas, 19 tinham pós-graduação, sendo duas em nível de mestrado. Das outras sete participantes com Ensino Médio completo, três eram estudantes do curso de direito, estagiárias do serviço Especializado2. Para a escolha das entrevistadas, a pesquisadora expunha para a responsável do serviço as questões da pesquisa, a intenção de entrevistar profissionais que atendiam diretamente mulheres em situação de violência e a partir da indicação de profissionais pela responsável pelo serviço, era feito o contato com cada profissional e combinado pessoalmente sobre a marcação da entrevista. Todas as entrevistas foram realizadas dentro do local e horário de trabalho das entrevistadas. Para o início da análise do material de pesquisa, a pesquisadora organizou todo o material produzido (áudios, transcrições, diário de campo) de modo a facilitar o acesso posterior. Foi empreendida, primeiramente, a escuta repetida dos áudios das entrevistas e leitura flutuante das transcrições e diário de campo, tornando possível já delinear os tópicos principais para análise. Em um segundo momento, com a utilização de canetas marca-texto, foi realizada a codificação cromática dos escritos, em que as ideias comuns foram

relacionadas entre si através da categorização por cores. A leitura exaustiva do material, juntamente com a reaproximação do referencial teórico, possibilitou a seleção das categorias a serem trabalhadas na tese, divididas, principalmente, entre a análise do trabalho em equipe no interior dos serviços e a verificação das potencialidades de uma atuação em rede na trama de serviços pesquisada.

Quanto à ética da pesquisa, de acordo com as disposições da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, o presente projeto cumpriu as exigências éticas de pesquisa com seres humanos (Brasil, 2012b).

Em suma, o projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação de dois Comitês de Ética em Pesquisa (CEP), de acordo com as exigências formais, o CEP da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e o CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS/RJ). Em ambos os Comitês o projeto foi aprovado e assim, gerados dois números de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 62891516.7.0000.0065 e 62891516.7.3001.5279, respectivamente.

Todas as pessoas participantes foram informadas sobre os aspectos éticos da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de Pesquisa (TCLE)³⁶. Todas as pessoas entrevistadas assinaram o TCLE e receberam uma cópia do Termo e a outra cópia foi arquivada juntamente ao material de pesquisa.

³⁶ Ver Anexo A

4. RESULTADOS DA PESQUISA E DISCUSSÃO

4.1 O caso estudado

O caso a ser apresentado se refere ao território da Área Programática 1.0, da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, com foco nos serviços de atenção básica à saúde e os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência, que atendem por demanda espontânea, da região Centro da Cidade do Rio de Janeiro.

Não obstante o foco do presente caso estar no Centro da Capital, há que se considerar aspectos mais gerais sobre o município e o estado em que se insere o mesmo.

O Rio de Janeiro foi um modelo urbano para as cidades do Brasil. A importância da cidade está, dentre outras questões, no fato de esta ter sido por muito tempo a capital do país (1763 a 1960) e também uma das cidades mais populosas da nação, conforme aponta Maurício de Abreu (1997), na obra *Evolução Urbana do Rio de Janeiro* em que nos pautamos para caracterizar brevemente a cidade focada. Essa obra conta toda a história de transformação do espaço urbano do Rio de Janeiro, incluindo a Reforma Pereira Passos, o processo de criação e de multiplicação das favelas cariocas, o período Carlos Sampaio, o processo de intensificação de ocupação dos subúrbios, entre outros. Esta história não foi contada de forma linear, mas marcada pelas muitas descontinuidades de um governo a outro no que se refere às propostas de gestão e políticas desenvolvidas.

De acordo com essa obra, a metrópole carioca é caracterizada por um modelo espacial dicotômico. Assim como as grandes metrópoles brasileiras, o Rio de Janeiro está inserido em um contexto contraditório, reflexo da lógica dos sistemas econômico, institucional e ideológico vigentes. Como afirma Correa (1989), uma característica comum às cidades inseridas no sistema capitalista é a desigualdade socioespacial, como observada nas áreas urbanas brasileiras, o que é corroborado por Abreu (1997), como segue:

A estrutura espacial de uma cidade capitalista não pode ser dissociada das práticas sociais e dos conflitos existentes entre as classes urbanas. Com efeito, a luta de classes também reflete-se na luta pelo domínio do espaço, marcando a forma de ocupação do solo urbano. Por outro lado, a recíproca é verdadeira: nas cidades, a forma de organização do espaço tende a condicionar e assegurar a concentração de renda e de poder na mão de poucos, realimentando assim os conflitos de classe (Abreu, 1997, p.15).

O apoio do Estado à perpetuação dos privilégios das elites pode ser visto através de suas políticas e mecanismos reguladores da vida urbana a partir de critérios elitistas e discriminatórios das classes populares. Foi possível observar que o desenvolvimento urbano no Rio de Janeiro se deu a partir de uma “[...] crescente elitização dos espaços urbanos centrais e na consequente periferização das classes de baixa renda.” (Abreu, 1997, p. 15). E, o autor ainda compreende por ‘periferização’ não somente a residência distante do centro da cidade, mas “a não acessibilidade ao consumo de bens e serviços que, embora produzidos socialmente pelo Estado, localizam-se apenas nas áreas mais privilegiadas da metrópole, beneficiando, portanto, principalmente aqueles que aí residem.” (p. 15).

Destaca também o autor que o processo de desenvolvimento urbano da cidade do Rio de Janeiro não difere do mesmo processo empreendido em outras áreas do Brasil que vivenciaram o mesmo processo:

[...] o Rio, assim como o restante das áreas metropolitanas brasileiras, reflete, no espaço, os sistemas de divisão do poder político e das consequentes formas de distribuição de renda do país, ambos altamente concentradores, tanto a nível regional, como a níveis intrametropolitano e intra-urbano. Refletem, outrossim, a preocupação cada vez maior do Estado de garantir a reprodução o capital, em detrimento da força de trabalho (p. 147).

De acordo com o Censo do ano de 2010, a cidade do Rio de Janeiro era a segunda maior metrópole do Brasil (IBGE, 2010). O município do Rio de Janeiro é dividido em 5 áreas de planejamento, 33 regiões administrativas (RA) e 161 bairros. Inserida na Região Metropolitana de Saúde I do estado do Rio de Janeiro, a cidade conta com 1224 km² de área e 5.163 habitantes/km² de densidade demográfica (Rio de Janeiro, 2013). De acordo com a página eletrônica do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)³⁷, a população do Rio de Janeiro estimada em 2016 foi de 6.498.837.

³⁷ Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=330455>.

Para a contextualização do caso no que se refere ao campo da saúde, optamos pela descrição de Mattos (2016) que ao escrever a História Cronológica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro divide o texto em tópicos relativos aos períodos de gestão de cada prefeito desde a fusão dos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, em 1975, que deu origem ao Estado do Rio de Janeiro e se instituiu a Cidade do Rio de Janeiro como capital do novo Estado. O autor marca a descontinuidade das políticas e dos programas nestes muitos períodos de transição, apesar do curto espaço de tempo - 1975 a 2015.

Criada neste primeiro momento (período de 1975 a 1978), a Secretaria Municipal de Saúde se subdividia em duas grandes áreas de atendimento à população, o Departamento Geral de Assistência Hospitalar e o Departamento Geral de Saúde Pública. Este último era responsável pela gestão dos vinte e dois Centros Municipais de Saúde (CMS) e das Unidades Satélites, que se referiam a unidades menores, localizadas em áreas periféricas da cidade, administrativamente vinculadas aos CMSs. Entre as décadas de 70 e 80 foram criadas, ainda, as Unidades Municipais de Atendimento Médico Primário, no âmbito da ABS. Ainda na década de 80, a criação da Unidade Auxiliar de Cuidados Primários de Saúde se referiu à idealização de um novo modelo de AB no município (Mattos, 2016).

Ao longo dos anos foram implementados mais postos de saúde e outros serviços de ABS, em meio às mudanças de governo e gestão, a Secretaria operou transformações organizacionais e em 2009, uma ampla reforma estrutural transformou a SMS em Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. No âmbito desta nova Secretaria foram criadas: Subsecretaria Geral, Subsecretaria de Gestão, Subsecretaria de Defesa Civil, Subsecretaria de Vigilância, Fiscalização, Sanitária e Controle de Zoonoses, Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência, Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV).

Com a S/SUBPAV ficaram os CMS, PS e as Policlínicas. Foi desenvolvido um amplo processo de ampliação da cobertura da Atenção Primária, intitulado Programa Saúde Presente, baseado na implantação de Clínicas da Família (CF), iniciado com a inauguração da Clínica da Família, situada em Realengo, na CAP 5.1 (Nov/2011). Essas unidades contam com Equipes de Saúde da Família e de Equipes de Saúde Bucal, proporcionando à população contar com um sistema integrado e personalizado de assistência onde cada cidade tenha uma equipe de saúde que o acompanhe (Mattos, 2016, p. 299).

Considerando que a cidade é bastante heterogênea, apresenta diferentes graus de desenvolvimento e, conseqüentemente, desigualdade na distribuição e utilização dos recursos disponíveis, inclusive dos serviços de saúde, para fins de planejamento em saúde, o município está inserido na Região Metropolitana de Saúde I, do estado do Rio de Janeiro. No plano interno a Secretaria Municipal de Saúde trabalha, desde 1993, com a divisão da cidade em 10 Áreas de Planejamento (Rio de Janeiro, 2013).

De acordo com a página eletrônica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro³⁸, a SMS/RJ é um órgão da prefeitura desta cidade, parte do Sistema Único de Saúde (SUS), dividida em seis subsecretarias: Subsecretaria Geral Executiva; Subsecretaria de regulação, controle, avaliação, contratualização e auditoria; Subsecretaria de gestão; Subsecretaria de atenção hospitalar, urgência e emergência; Subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde; Subsecretaria de vigilância, fiscalização sanitária e controle de zoonoses. A SMS/RJ é responsável pela formulação e execução da política municipal de saúde da cidade. O foco do presente trabalho está na subsecretaria de promoção, atenção primária e vigilância em saúde, em que estão inseridas as unidades de saúde de atenção básica e em que são desenvolvidas as ações em Saúde da Mulher. Dentre as principais ações em saúde da mulher apresentadas pela secretaria estão: prevenção e atenção à violência contra a mulher; divulgação do fluxo de atendimento a violência contra a mulher; descentralização da profilaxia de pós-exposição sexual e contracepção de emergência. Cento e noventa e oito unidades de saúde compõem a rede de atenção primária de saúde do município do Rio de Janeiro e a atenção integral à saúde da mulher está presente em todas as unidades de atendimento.

Em relação especificamente à atenção primária, no ano de 2009 teve início a Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro que através da mudança de suporte administrativo e de modelo de governança nas unidades de saúde do município iniciou a expansão da implementação da Estratégia de Saúde da Família (Howe, et al., 2016). No escopo da reforma da atenção primária no Rio de Janeiro estão: a reforma do modelo de atenção, reforma organizacional e reforma administrativa (Rio de Janeiro, 2012).

³⁸ Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/principal>.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é o primeiro nível de acesso ao Sistema Único de Saúde, caracterizando-se, principalmente, pela longitudinalidade, integralidade da atenção e coordenação do cuidado, podendo contar com características complementares, como a orientação familiar e comunitária, e as características culturais. No Brasil, estudos mostraram efeitos importantes da APS, especialmente da Estratégia de Saúde da Família (ESF), na melhoria da saúde da população (Rio de Janeiro, 2013, p. 48).

De acordo com o Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, as unidades de saúde do nível de atenção primária são categorizadas em três tipos: unidades tipo A que se referem a serviços de saúde que são cobertos pelas equipes de ESF em 100% do território; unidades tipo B que são unidades mistas, em que equipes de ESF cobrem parte do território da unidade de saúde tradicional; unidades tipo C que são unidades tradicionais, que não contam com equipes de ESF (Rio de Janeiro, 2013).

A Secretaria Municipal de Saúde tem implantado as Clínicas da Família no município para implementar a Estratégia de Saúde da Família no território através de contratos com Organizações Sociais (OSs) (Rio de Janeiro, 2013). As clínicas da família constituem a base da Reforma da Atenção Primária no Rio de Janeiro e um símbolo de ampliação de acesso ao Sistema Único de Saúde (Rio de Janeiro, 2012).

Conforme o mesmo documento, as clínicas da família ampliam o acesso da população ao SUS, bem como aumentam a capacidade de resolução dos problemas no âmbito da atenção primária tendo em vista que inclui em sua carteira básica de serviços a realização de exames complementares e o atendimento a pequenas urgências.

Sob outro aspecto, para contextualizar a inserção dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência no território em questão, destacamos a tese de doutorado de Luciene Alcinda de Medeiros ‘Políticas públicas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher: o processo de formulação para a agenda governamental no estado do Rio de Janeiro (1986-2006)’, que ao traçar o desenvolvimento das políticas de enfrentamento à violência de gênero no Brasil, teve como foco o Rio de Janeiro, no período anterior à promulgação da Lei Maria da Penha.

De acordo com Medeiros (2012), o Rio de Janeiro foi um estado protagonista no desenvolvimento das políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero, na medida em que foi pioneiro na criação de grupos de reflexão feministas no país, cuja perspectiva metodológica influenciou a criação dos SOS Mulher³⁹ que, com o passar

³⁹ Para aprofundamento sobre a criação e funcionamento dos SOS Mulher: BANDEIRA, L. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil:

dos anos inspiraram o atendimento às mulheres em situação de violência nos serviços especializados para este tipo de atendimento no país.

De acordo com Medeiros (2012), a DEAM foi a primeira instituição do governo do Rio de Janeiro para o atendimento a mulheres em situação de violência, de forma exclusiva. A criação da DEAM à época em que Leonel Brizola era governador do estado, introduziu o tema da violência doméstica e familiar contra a mulher na agenda governamental do Rio de Janeiro. A partir disto, os movimentos feministas e de mulheres fluminense tinham como prioridade em suas agendas, além da ampliação das DEAMs, a implementação de Centros de Referência para Mulheres e Casas Abrigo especializadas para o atendimento a mulheres em situação de violência. Além disso, os movimentos se voltaram para a criação de um órgão institucionalizado para a formulação de políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero.

Criado pelo Decreto nº 9.906, de 06 de maio de 1987, e regulamentado pela Lei nº 2.837⁴⁰, de 19 de novembro de 1997, o Conselho Estadual dos Direitos da Mulher do Rio de Janeiro (CEDIM/RJ) foi e tem sido órgão fundamental para a promoção dos direitos das mulheres no estado. Vinculado ao Gabinete Civil, este órgão de assessoramento direto ao Governo do Estado foi uma conquista dos movimentos de mulheres e movimentos feministas do Rio de Janeiro.

A Lei que regulamenta o CEDIM/RJ, em seu art. 1º aponta que os objetivos do órgão são:

[...] elaborar e implementar, em todas as esferas da administração do Estado do Rio de Janeiro, políticas públicas sob a ótica de gênero, destinadas a garantir a igualdade de oportunidades e de direitos entre homens e mulheres, de forma a assegurar à população feminina o pleno exercício de sua cidadania (Rio de Janeiro, 1997).

No final da década de 1990, o estado instituiu o primeiro Centro de Referência de Atendimento à Mulher, do estado do Rio de Janeiro (Medeiros, 2012).

Com o passar dos anos, principalmente, a partir da promulgação da Lei Maria da Penha, período posterior à pesquisa realizada por Luciene Medeiros, serviços de

1976 a 2006. Soc. estado. Vol. 24, n. 2, p. 401-438. 2009.

GREGORI, M. F. As origens do SOS-Mulher. In: GREGORI, M. F. Cenas e queixas: um estudo sobre mulheres, relações violentas e a prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra; São Paulo: ANPOCS. 1993. p. 25-47.

DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. (Orgs.). Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites. São Paulo: Coletivo Feminista e Saúde, 2006. p. 45-77.

⁴⁰ Disponível em: <https://gov-rj.jusbrasil.com.br/legislacao/144155/lei-2837-97>.

diferentes vocações assistenciais foram implantados para o atendimento especializado às mulheres em situação de violência.

Em termos de organograma, em 2007, o CEDIM/RJ foi inserido no escopo da Superintendência de Direitos da Mulher-SUDIM/RJ, vinculado à Secretaria de Estado de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro (SEASDH). Através do Decreto 44.076 de 20 de fevereiro de 2013, foi criada a Subsecretaria de Políticas para as Mulheres - SPMulheres-RJ/SEASDH e extinta a SUDIM/RJ.

A política para as mulheres do município do Rio de Janeiro não conta, como o estado, com Conselho Municipal de Direitos da Mulher. Em 2001 foi instituído o Rio Mulher, no âmbito do município, posteriormente a Coordenadoria Especial de Promoção da Política para Igualdade de Gênero (CEPIG), e em 2013 foi implementada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM-RIO) do município do Rio de Janeiro. Atualmente, no município do Rio de Janeiro a política para as mulheres perdeu *status* e está inserida no âmbito da Subsecretaria de Políticas para a Mulher, ligada à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos (SMASDH)⁴¹.

O organismo governamental de políticas para as mulheres do estado do Rio de Janeiro contou com a construção da Rede Capital para a articulação dos serviços e órgãos de enfrentamento à violência contra as mulheres na capital do Rio de Janeiro. Além de diversos eventos para a promoção das políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres, a Rede Capital promovia encontros mensais com representantes dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência da capital e representantes de órgãos responsáveis ou interessados na questão.

No que se refere aos serviços de Políticas para as Mulheres, de acordo com Barsted e Romani (2014), o Centro da cidade do Rio de Janeiro é a região que agrega o maior número de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência do município.

A trajetória relatada por Medeiros (2012) também aponta para o desenvolvimento de uma política pública de atendimento às mulheres em situação de violência basicamente instituída no Centro da Cidade do Rio de Janeiro. A localização dos primeiros serviços de atendimento às mulheres, do CEDIM, bem como da maior parte dos organismos e serviços desenvolvidos, foi o Centro da Cidade.

⁴¹ Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/smasdh#>

Como aponta Abreu (1997) a região central do Rio de Janeiro foi exatamente onde a cidade teve seu início:

Só a partir do século XIX é que a cidade do Rio de Janeiro começa a transformar radicalmente a sua forma urbana e a apresentar verdadeiramente uma estrutura espacial estratificada em termos de classes sociais. Até então, o Rio era uma cidade apertada, limitada pelos Morros do Castelo, de São Bento, de Santo Antônio e da Conceição (p. 35).

Dos quatro círculos definidos por esse autor, na divisão da Região Metropolitana do Rio de Janeiro, o Centro da Cidade compõe o primeiro círculo, em que estão descritas as áreas privilegiadas econômica e socialmente da Região.

De acordo também com o mesmo autor, se outrora o Centro da Cidade possuía uma função residencial, este núcleo foi sendo substituído por uma área comercial e financeira, em que se concentram a maior parte dos empregos da área metropolitana. O Centro do Rio de Janeiro, além de um local de moradia, constitui fundamentalmente uma região de trabalho para as pessoas. É no Centro em que grande parte da vida política, administrativa e econômica da cidade acontece.

A região Centro constitui um espaço urbano de bastante relevância dentro da cidade do Rio de Janeiro, alcançando tal patamar que as mudanças empreendidas no Centro impactam diretamente na dinâmica dos outros territórios da cidade. Essa foi uma das razões para tal escolha no estudo de caso, o que se complementa com a delimitação da área de planejamento 1, como veremos a seguir.

A área de planejamento 1, recorte espacial da pesquisa, é composta por 15 bairros, subdividida em cinco regiões administrativas (Rio de Janeiro, 2011). A Área de Planejamento 1 representa 4,6% da população carioca e 2,8% do território municipal (Rio de Janeiro, 2011).

De acordo com a página eletrônica da CAP 1.0⁴², a CAP 1.0 cobre 2.450.000 m² de território.

A CAP 1.0 coordena o território que inclui os bairros: Centro, Santa Teresa, Catumbi, Rio Comprido, Estácio, Cidade Nova, Saúde, Gamboa, Santo Cristo, São Cristóvão, Vasco da Gama, Mangueira, Benfica, Caju, Paqueta (SMSRIO, 2016d).

Esta área AP 1.0 conta com 17 unidades de atenção primária, 75 equipes de saúde da família e duas equipes NASFs. A população estimada, no ano de 2015, estava em

⁴²Disponível em: <http://cap10smsdc.blogspot.com.br/>.

311.252 pessoas no que se refere à área, em outubro de 2016, de acordo com o prontuário eletrônico, tinham 189.710 pessoas cadastradas até esta data referentes aos moradores do território em questão (SMS-Rio, 2016).

No que se refere à atenção às mulheres em situação de violência, não existem serviços de saúde de atenção básica específicos para este tipo de atendimento. A indicação é de que todos os serviços de saúde do município estejam aptos a receber e atender estas mulheres. A resolução P SMSDC N° 1507⁴³ de 20 de outubro de 2009 regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências no Município do Rio de Janeiro. Este núcleo que coordena e promove ações intersetoriais para o enfrentamento às violências é composto por representantes de diversos setores, dentre os quais as Gerências das Linhas de Cuidado (criança, adolescente, mulher e idoso), profissionais que integram os setores de Vigilância em Saúde e os Grupos Articuladores Regionais (GAR). Cada AP tem um GAR que apoia e promove as ações voltadas para o enfrentamento às violências nos territórios.

Há que se destacar, todavia, que sobre os diferentes campos de observação e propostas teórico-metodológicas de trabalho, os autores marcam a descontinuidade das políticas desenvolvidas no estado e no município do Rio de Janeiro (Abreu, 1997; Medeiros, 2012; Mattos, 2016). Fato este que será retomado na discussão sobre os obstáculos para o trabalho em rede mais adiante.

4.2 Considerações sobre a conjuntura atual

Discorreremos agora sobre a situação política no Brasil e no Rio de Janeiro que atravessou a pesquisa de campo do início ao fim, pois, apesar de não ser este tópico o objeto central do nosso estudo, as instabilidades institucionais e das políticas públicas decorrentes impactaram diretamente o que se pretendia observar, qual seja, a rede de serviços que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência na cidade do Rio de Janeiro, não podendo assim ser desconsiderada.

⁴³ Disponível em: <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/85092563/dom-rj-normal-22-10-2009-pg-30>.

Como já mencionado, a descontinuidade das políticas públicas constitui um marco no desenvolvimento político-institucional do Rio de Janeiro.

Medeiros (2012) apesar de marcar a consolidação da temática ‘violência doméstica contra a mulher’ a partir da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres nas esferas federal, estaduais e municipais, a partir de 2004, sobre o caso do Rio de Janeiro, reconhece: “[...] o processo de formulação e implementação dessas políticas, ao longo dos sucessivos governos estaduais, demonstra que a descontinuidade tornou-se a marca do processo de evolução dessa política do marco institucional.” (p. 258).

O processo de implementação das políticas de gênero no Rio de Janeiro relatado por Medeiros (2012) evidencia o fato de que o conjunto das políticas públicas do executivo estadual com *status* de prioridade não inclui as políticas relacionadas à equidade de gênero no estado. De acordo com a autora, as diferentes gestões do CEDIM, que mudavam a cada novo governo, encontraram grande dificuldade para a liberação de recurso financeiro para o desenvolvimento da política. Considera-se, portanto, que o processo de implementação de instituições especializadas no atendimento às mulheres, como evolução deste marco institucional no que se refere à violência de gênero, é insuficiente no caso do Rio de Janeiro.

Cabe aqui observar que essa dificuldade em implementar políticas públicas não caracteriza apenas as gestões do Rio de Janeiro, senão que também foi observado em estudo sobre as cidades de São Paulo, Recife e Porto Alegre (d’Oliveira e Schraiber, 2006; Batista, 2017; e Batista, Schraiber, d’Oliveira, 2018).

De acordo com pesquisa realizada em três capitais brasileiras sobre os conjuntos de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência, d’Oliveira e Schraiber (2006) afirmam:

Os serviços governamentais parecem refletir políticas de governo e não de Estado: serviços são insuflados ou desmontados ao sabor das eleições, o que causa grande instabilidade a uma potencial rede em formação. Também há grande rotatividade de profissionais, o que prejudica políticas de treinamento e sustentação em longo prazo. Já os serviços não governamentais têm, via de regra, baixa capacidade de atendimento à demanda, objetivando configurar-se mais como modelos de políticas a serem adotadas pelo Estado (p. 67).

Quanto ao campo da saúde, campo bastante consolidado no âmbito das políticas públicas no Brasil em razão, principalmente, da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) pela Constituição Federal, de 1988, embora em outro nível e em diferentes

aspectos, também, constitui uma política atravessada por descontinuidades, não prioridade de investimento, e, principalmente, privatização do sistema.

Em texto sobre a ‘comemoração’ dos 25 anos de SUS, Scheffer (2013) chama o sistema de saúde brasileiro de “o jovem SUS” (p. 1922) e o caracteriza como “na contramare do tsunami neoliberal” (p. 1922). O autor aponta para os embates enfrentados para a manutenção do SUS em seus princípios de integralidade, universalidade, participação e igualdade diante de uma realidade brasileira de privatização, de uma sociedade desigual e estratificada e de desenvolvimento de políticas a partir dos interesses do capital.

Veja-se o impasse econômico conjuntural que, para alcançar superávits primários, investir em infraestrutura e abater a dívida pública, impõe a redução das despesas com as políticas sociais. Somam-se a insuficiência e a indefinição de fontes de recursos para a saúde, enquanto o privado fecha o cerco para além do financiamento e da prestação da assistência, pois agora também captura a gestão pública (Scheffer, 2013, p. 1922).

No âmbito da política de enfrentamento à violência de gênero, uma das entrevistadas apontou para a descontinuidade dos quadros técnicos, bem como da própria institucionalização da política:

Nunca teve concurso público, apesar de essa ser uma política que vem desde 95, se estabelece formalmente em 97... ganha uma... uma... um espaço de política pública, ou centro de atendimento, centro especializado, em 2000... nunca teve concurso e vinculados... antes fomos vinculados à Secretaria de Justiça, fomos vinculados à Casa Civil... na nossa criação, durante muitos anos... nós fomos criados na Casa Civil. E ficamos muito tempo lá.. Nunca teve concurso especializado... específico para cá. E quando fomos para a Assistência, menos ainda, porque a Assistência e direitos humanos não tem concurso no Estado. Nunca teve concurso, né. Então... ou são cedidas, ou são nomeadas... eventualmente contratadas (Entrevista EE13, p. 16).

Nessa linha, mas relacionado às dificuldades de apoio de outros recursos no território para atenção às mulheres, uma das psicólogas do campo da saúde relatou:

[...] que está funcionando e daqui a pouco muda a gestão e acontece que não tem financiamento e para de funcionar, e daqui a pouco volta a funcionar... [...] são poucos recursos... Quero encaminhar uma paciente, sei lá, para um curso de artesanato, informática, aula de dança, qualquer outro local... a gente não tem aqui nessa região... Tem o que?, o 'Hospital S' oferece algumas atividades, mas também está super inchado, então não tem recebido mais... Mas assim... dentro da precariedade tem... dá para contar com a Rede, sim... dentro dessa precariedade da Rede (Entrevista ES27, p. 22).

A partir desta fala, fica claro como o processo de precarização das políticas públicas dos diferentes campos de atuação, especialmente, as políticas sociais, cooperam para o dismantelamento das redes de atenção, como será visto mais adiante.

Inserida na discussão das redes sociais, especificamente sobre as redes secundárias⁴⁴, Guadalupe (2016) aponta para a existência de uma meta-rede secundária. Para a autora, o desenvolvimento de políticas sociais por instituições não governamentais, a ocupação da gestão das políticas públicas por organizações sociais e a retração do Estado na gestão das políticas públicas e desenvolvimento dos direitos sociais pode constituir um processo de "[...] passagem de todas as formas de proteção social para as solidariedades primárias baseadas num contexto de reciprocidade e não do direito do cidadão ao exercício de sua cidadania." (p. 110). De acordo com a autora o desinvestimento do Estado nas políticas públicas de assistência à população se refere a uma opção político-ideológica: "É uma opção guiada por uma aposta na sociedade providência face à falência do Estado [...]" (p. 110).

Esta é uma discussão pertinente, na medida em que, como foi observado na pesquisa de campo, no Rio de Janeiro, grande parte dos serviços de saúde é gerida por Organizações Sociais (OS). Como apontado por Mendonça et al. (2018b),

O enfrentamento da desvalorização profissional e da precarização do trabalho em saúde pela ausência de carreira no SUS esbarra cada vez mais na revisão e implementação dos modelos de gestão, como as organizações sociais, que são introduzidos e justificados como alternativa para a expansão da ESF. Esses novos modelos de gestão podem ser contraditórios com a proposta de trabalho em equipe com profissionais com maior estabilidade, e menor rotatividade, e menos submetidos a uma lógica gerencialista voltada prioritariamente para produtividade e desempenho (p. 42-43).

Não obstante os aspectos de precarização que acompanham o desenvolvimento das políticas públicas no estado e no município ao longo das décadas há que se destacar, que este período em que a pesquisa foi realizada estava/está em curso um processo mais intenso de acirramento desta precarização. As entrevistadas relataram dificuldades no cotidiano dos serviços e na articulação em rede por conta dos problemas financeiros recentemente enfrentados pelo governo e algumas, inclusive, nomearam o momento da pesquisa como um período de ‘crise’ no estado do Rio de Janeiro, como expressado nas falas:

⁴⁴ Sobre estes conceitos, ver tópico ‘Rede’ no capítulo ‘Referencial Teórico’.

Então, o Estado do Rio de Janeiro está passando por uma crise... (Entrevista EE13, p. 6).

Perdemos bons parceiros em função dessa crise do Estado, né? (Entrevista EE15, p. 5).

Em trabalho sobre a situação atual das políticas sociais no Rio de Janeiro, especificamente as políticas de gênero, Pougy (2018) denuncia:

O cenário de dismantelamento dos serviços é desolador, sobretudo, porque cada um destes foi o resultado de muita luta para que as mulheres tivessem condições dignas de enfrentar e sobreviver às violações de direitos a que são submetidas. Os organismos governamentais criados a partir da construção da política pública estão sendo desmontados por asfixia, sem financiamento ou responsabilidade com o patrimônio (p. 675).

As entrevistas da presente pesquisa corroboram Pougy (2018) em sua análise do quadro atual:

De acordo com as entrevistadas do serviço Especializado1, por conta da retração de financiamento do Estado, eles não podiam mais contar com a figura do síndico na instituição, e assim, o prédio se encontrava sem manutenção. Além disso, estavam com dificuldade no recebimento de suprimentos para o trabalho cotidiano, como por exemplo, tinta de impressora. A equipe do Especializado1 estava contando com doações de suprimentos de outros órgãos e restringido o uso destes materiais no dia a dia. Como por exemplo, eles não entregavam para a mulher uma cópia do Registro de Ocorrência (RO), por conta da economia de tinta de impressora. A mulher precisava tirar uma foto do RO impresso que seria anexado ao processo, ou fazer uma cópia do RO, com recursos próprios, em local externo ao serviço, como relatado no diário de campo da pesquisa.

No Especializado1, também, eles contavam com profissionais das áreas da psicologia e do serviço social para fazer o primeiro atendimento na instituição, as policiais entrevistadas mencionaram que não podiam mais contar com este serviço por conta dos problemas financeiros do estado, à época da pesquisa.

Primeiramente ela chega no balcão de atendimento, ela tem um pré atendimento... que hoje em dia nós estamos ausentes, que são as assistentes sociais... já davam esse primeiro atendimento, até de cunho mais psicológico

e social. Depois ela passava para o policial. Hoje perdemos, né, com a crise financeira do Estado nós perdemos esse importante, importante assessoramento. Então, a mulher chega e ela é diretamente encaminhada para o policial (Entrevista EE4, p. 5).

Considerando as problemáticas enfrentadas de infraestrutura e a crise financeira do estado, à época da pesquisa, a Polícia Civil estava em greve, reivindicando melhores condições de trabalho⁴⁵.

Em período posterior à greve da Polícia Civil, mas ainda no ano de 2017, as Clínicas da Família do Rio de Janeiro entraram em greve também, agora, fazendo reivindicações contra os cortes de funcionários no Município e por melhores condições de trabalho⁴⁶.

Sobre a situação atual da política de Atenção Primária à Saúde, Mendonça et al., (2018b), discute:

A tensão entre diferentes abordagens de APS tem sido contínua no processo de consolidação do SUS com dubiedade na política nacional que, paralelamente à constituição do SUS, incentiva planos privados de saúde com renúncia fiscal. Com a crise política e institucional no Brasil a partir de 2016, essa disputa se acirra. A proposta ministerial de incentivar *planos populares* de saúde com subsídios fiscais, a flexibilização da prioridade da ESF – base da construção de redes regionalizadas com a recente aprovação de nova versão da PNAB em 2017 com alterações substanciais -, e a agudização do subfinanciamento crônico do SUS com a emenda constitucional (EC) n. 95/2016, definindo o congelamento dos recursos federais destinados ao SUS por vinte anos, põem em sério risco a consolidação do SUS (p. 35-36).

Sobre o retrocesso que representa a nova PNAB na opinião das profissionais de saúde, também, a psicóloga de uma UBS apontou:

Eu acho que a atenção básica... ela ainda teria que crescer muito. E o que a gente vê é meio que um retrocesso. Pelo menos começa uma tentativa de fazer um real retrocesso, mudando inclusive... a política nacional... (Entrevista ES34, p. 23-24).

No escopo dos retrocessos políticos, como já mencionado, a política para as mulheres do município do Rio de Janeiro perdeu *status* nos últimos tempos, outrora

⁴⁵ Notícia online sobre a greve da Polícia Civil no estado do Rio de Janeiro no ano de 2017. Disponível em: <https://www.brasildefato.com.br/2017/02/07/90-das-delegacias-do-rio-de-janeiro-estao-em-greve-afirmam-policiais-civis/>.

⁴⁶ Reportagens sobre a greve dos profissionais das Clínicas da Família no município do Rio de Janeiro Disponível em: <https://oglobo.globo.com/rio/por-falta-de-pagamentos-sindicato-anuncia-paralisacao-das-clinicas-da-familia-do-rio-21976268>.
<https://oglobo.globo.com/rio/medicos-de-unidades-basicas-de-saude-do-rio-entram-em-greve-21993502>.

uma Secretaria de Políticas para as Mulheres, como em raros municípios e estados no Brasil, agora uma Subsecretaria de Políticas para as Mulheres, ligada à Secretaria Municipal de Assistência Social e Direitos Humanos, como mencionou a entrevistada EE17.

A Rede Capital, referida anteriormente e sobre a qual voltaremos a tratar no tópico ‘Rede Capital’, também será tema neste ponto, considerando que grande parte das profissionais que mencionou a existência da Rede Capital, justificou a não realização de atividades da rede no período da pesquisa, por conta do momento de crise do estado.

Sobre a rede capital, as profissionais denunciaram:

precária, né... hoje está precária por questões financeiras (Entrevista EE4, p. 30).

E a gente está vivendo um momento muito crítico, porque essa rede está "capenga". Até os encontros de... Rede Capital, que normalmente funcionavam, que se encontravam, que discutiam... né... essas políticas acho que estão "capengas"... (Entrevista EE15, p. 22).

eu acho que nesse momento a rede está mais que furada... está rasgada... (Entrevista EE15, p. 23).

Pougy (2018), ao discutir sobre o quadro das políticas sociais no Brasil, pós 2016, se refere ao período como ‘devastador’. De acordo com a autora, o período atual apresenta uma intensificação significativa de desmonte estrutural dos programas sociais, em particular no campo da proteção e defesa das mulheres.

A autora ainda relaciona o impeachment da presidenta Dilma Rousseff em 2014, no Brasil como uma crise da democracia no país. Ao considerar que o programa de governo da presidenta eleita democraticamente estava de acordo com os interesses coletivos, apesar das fragilidades dos programas efetivados, ela aponta para um contexto de desmonte das políticas públicas no país neste contexto:

A bancada parlamentar eleita no Congresso Nacional brasileiro, em 2014, se une em torno de interesses particulares dos setores que representam. Com efeito, não representam o povo brasileiro, mas interesses particulares dos setores economicamente dominantes, tais como o agronegócio, a indústria bélica, o setor financeiro ademais da bancada religiosa, com preponderância de evangélicos, conhecida vulgarmente como bancada da bala, do boi, da

bíblia, do banco e da bola. Este amplo arco de alianças dinamiza uma agenda conservadora, moralizadora e defensora de pautas controversas, que atacam as conquistas no campo dos direitos humanos com efeitos deletérios para as mulheres: redução da maioridade penal, revogação do Estatuto do Desarmamento, proposta do Estatuto da Família, criminalização do aborto como crime hediondo, mesmo nos casos previstos em lei, ademais das propostas de emendas à Constituição que fraturam conquistas humanitárias como a demarcação das terras indígenas, atribuição que foi deslocada do executivo para o Congresso Nacional, ou a autorização de ampliar a contratação de serviços tercerizados para atividades meio e fim, ou ainda a Reforma Trabalhista que alterou profundamente a Consolidação das Leis Trabalhistas e a Reforma Previdenciária em tramitação (Pougy, 2018, p. 668).

De acordo com a referida autora, neste contexto, acrescentando à lista anterior o congelamento de vinte anos dos gastos públicos como proposto por emenda constitucional aprovada em 2016, fica evidente que diante do desmonte das políticas para as mulheres e das políticas voltadas para os direitos humanos em geral, trata-se de violar a cidadania do povo brasileiro.

Assim, a rede de atendimento, em seu conjunto institucional e na estruturação e funcionamento das equipes de trabalho, espelham tanto a dificuldade mais geral de implementação das políticas públicas, que não diz só respeito a esse momento mais conjuntural de retração do investimento e mesmo de manutenção da assistência antes conquistada, mas espelham também a precarização rápida e intensa comandada pela política governamental da atual conjuntura brasileira.

4.3 Análise intrasetorial das vocações assistenciais e dos serviços

4.3.1 Atenção Básica à Saúde: caracterização geral

Os serviços de vocação assistencial Saúde são orientados por um conjunto de normas institucionalizadas. No Brasil, o SUS regulamenta o funcionamento dos serviços de Saúde, dentre outras disposições, juntamente com um conjunto de legislações, decretos, políticas, portarias, etc. A Atenção Básica à Saúde, *locus* do presente trabalho, é regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica que, dentre

outras questões, dispõe sobre os aspectos gerais da atenção básica em saúde junto às comunidades no país.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, as UBSs devem ser a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde, bem como o centro de comunicação desta Rede. Estes serviços de saúde são implantados de forma descentralizada, ou seja, mais próximos aos locais aonde as pessoas vivem, trabalham, moram, estudam, e, portanto, são essenciais para garantir o acesso da população à atenção à saúde com qualidade (Brasil, 2012a⁴⁷).

As Unidades Básicas de Saúde devem funcionar sob os seguintes fundamentos e diretrizes: atuar sobre um território adstrito para possibilitar as ações planejadas, descentralizadas, setoriais e intersetoriais com impacto para as situações em si, e os condicionantes e determinantes das populações no que se refere às condições de saúde daquele território, considerando o princípio da equidade; garantir o acesso universal aos serviços de saúde; assumir a responsabilidade pelo acolhimento da população e a capacidade de dar respostas resolutivas à maioria dos problemas de saúde das pessoas e garantir que as respostas da rede, também, sejam efetivas, ocupando o lugar de porta de entrada e de contato preferencial desta rede de atenção à saúde; estabelecer relações de vínculo entre população adscrita e equipes de saúde e se colocar como referência para o cuidado, garantindo o desenvolvimento das ações de forma continuada e a longitudinalidade do cuidado; coordenar a integralidade em saúde a partir de atuação interdisciplinar no trabalho em equipe e da reorganização da intervenção técnico-científica centrado no usuário e não nos procedimentos e profissionais; incentivar a participação da população nos processos de construção do cuidado (BRASIL, 2012a).

Desta forma, conforme o mesmo documento orientado pelos princípios da acessibilidade, vínculo, universalidade, continuidade do cuidado, responsabilização, integralidade da atenção, humanização, participação social e equidade, o trabalho na UBS deve considerar o sujeito em sua inserção sociocultural e singularidade, objetivando a atenção integral.

Para tanto, as Unidades Básicas devem contar com equipes multiprofissionais compostas, de acordo com cada modalidade, por enfermeiros, médicos, cirurgiões-dentistas, auxiliar ou técnico de saúde bucal, auxiliar ou técnico de enfermagem e

⁴⁷ Como referencial para discussão dos resultados de pesquisa foi utilizada a PNAB de 2012, tendo em vista que esta estava vigente à época da pesquisa de campo.

agentes comunitários de saúde, entre outros profissionais de acordo com cada realidade local.

A Política Nacional define as seguintes características do processo de trabalho das equipes de atenção básica: delineamento do território para a atuação; planejamento e implementação das agendas de trabalho de forma compartilhada entre os profissionais e a programação das atividades em saúde conforme as necessidades da população; priorização de ações sobre grupos e fatores de risco; considerar a responsabilidade de resolução da atenção básica na assistência às demandas e o atendimento inicial às urgências na realização do acolhimento, classificação de risco, análise de vulnerabilidade e avaliação de necessidade de saúde; garantir a atenção integral e contínua à população do território adstrito; realizar ações planejadas em locais externos à unidade básica; promover ações educativas para a população; realizar as orientações dos modelos de atenção e gestão para a qualidade da atenção; acompanhar o planejamento de saúde da localidade; desenvolver atenção integral através de ações intersetoriais; Incentivar o controle social; desenvolver ações de cuidado domiciliar para usuários com limitações para se locomover a uma unidade de saúde (Brasil, 2012a).

Além de considerar que o exercício profissional de cada área é regulamentado por disposições legais específicas, a PNAB, o documento ainda, define as atribuições dos profissionais no que se refere à atuação em unidades básicas de saúde.

O processo de mapeamento do território de atuação das equipes, especialmente a identificação de riscos e vulnerabilidades populacionais; a atualização dos cadastros dos usuários; o cuidado em saúde dos usuários adscritos; a realização de ações em saúde previstas nos protocolos de gestão e de acordo com as necessidades locais; a garantia da integralidade da atenção à saúde; a participação no acolhimento do usuário, a identificação das necessidades, a realização de atendimento humanizado e a responsabilização pela continuidade da atenção e o estabelecimento do vínculo; a realização de busca ativa e de notificações compulsórias; a responsabilização pela coordenação do cuidado; a implementação de ações de cuidados coletivos; a realização de reuniões das equipes; a avaliação sistemática das ações em saúde; o registro das ações nos sistemas de informação das unidades; a implementação do trabalho em equipe interdisciplinar; a realização de ações de educação em saúde; a participação nas ações de educação permanente oferecidas; a mobilização do controle social; a promoção de ações intersetoriais; a realização de outras atividades conforme as necessidades locais

são de responsabilidade de todos os profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde (Brasil, 2012a).

Além destas atividades de responsabilidade comum entre os profissionais citados acima, a PNAB define as atribuições específicas de cada profissão que integra as equipes de atenção básica:

As atribuições do enfermeiro são: realizar a atenção à saúde das pessoas e famílias adscritas; oferecer consulta de enfermagem, realizar procedimentos, ações em grupo, fazer o encaminhamento de usuários a outros serviços, quando indicado; prescrever medicações e solicitar exames complementares, de acordo com as disposições legais que regulamentam a profissão de enfermagem; implementar atividades programadas e atender as demandas espontâneas; acompanhar as ações realizadas pelos ACSs, juntamente com outros profissionais; contribuir com o trabalho de educação permanente na unidade e atuar no gerenciamento de insumos para o funcionamento da unidade (Brasil, 2012a).

O documento estabelece que trabalho do auxiliar e do técnico de enfermagem consiste em realizar a atenção à saúde através de procedimentos; realizar tanto atividades programadas quanto atender as demandas espontâneas; participar das ações de educação em saúde para a população do território; contribuir para os processos de educação permanente da equipe e colaborar no gerenciamento de insumos para o funcionamento da unidade.

Quanto ao médico, cabe, a atenção à saúde aos usuários; a realização de consultas clínicas, atividades em grupo e pequenos procedimentos cirúrgicos; desenvolver tanto atividades programadas quanto o atendimento à demanda espontânea; encaminhar os usuários para outros serviços, se responsabilizando por acompanhar o plano terapêutico; indicar a necessidade de internação, no hospital ou no domicílio, sem se abster da responsabilização pelo acompanhamento do usuário; contribuir para o desenvolvimento da educação permanente para as equipes, colaborar para o gerenciamento dos insumos para o funcionamento da unidade.

O documento ainda traz que a responsabilidade do agente comunitário de saúde trabalhar com adscrição de famílias na microárea de sua atuação; realizar o cadastramento das pessoas e atualizar estes cadastros, referentes a sua microárea; dar orientação às famílias no que se refere às formas de utilização dos serviços de saúde; atender às demandas espontâneas e realizar ações programadas; realizar o

acompanhamento das famílias através de visitas domiciliares , incluindo a programação de VDs com a equipe; realizar ações com o objetivo de integrar a equipe de saúde e a população; desenvolver ações de prevenção e de promoção da saúde; acompanhar as famílias no enfrentamento às vulnerabilidades, especialmente no que se refere aos condicionantes para o Programa Bolsa-Família ou outros programas relacionados à transferência de renda.

Como já discutido no capítulo Referencial Teórico, atualmente, no Brasil, a Estratégia de Saúde da Família é a forma prioritária para implementar, expandir, reorganizar e consolidar a Atenção Básica à Saúde. A Estratégia propicia a reorientação dos processos de trabalho a partir do aprofundamento das diretrizes e princípios da AB e da ampliação da resolutividade nos cuidados em saúde das populações, bem como oferece uma relação custo-efetividade positiva (Brasil, 2012a).

Consta ainda nesse documento que a ESF conta com equipes de Saúde da Família, que são multiprofissionais, compostas, no mínimo, por médico (generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade); enfermeiro (generalista ou especialista em Saúde da Família); técnico ou auxiliar de enfermagem; e os agentes comunitários de saúde em número o suficiente para atender 100% da população adscrita. A equipe de Saúde da Família pode contar, também, com profissionais de saúde bucal.

Criados pela portaria GM nº 154 de 24 de janeiro de 2008, do Ministério da Saúde, mais amplamente difundidos a partir da publicação do Caderno de Atenção Básica nº 27, popularmente chamado “Caderno do NASF” e incorporados ao texto da PNAB de 2012, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família vêm se estabelecendo como parte da Política de Atenção Básica no Brasil.

Para apoiar as equipes de Saúde da Família a partir de uma atuação integrada, as equipes do NASF visam contribuir para a ampliação das ações em AB e a resolubilidade dessas ações (Brasil, 2012a; Brasil, 2010a).

De acordo com a norma específica, as equipes NASF devem ser compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuem em conjunto com as equipes de Saúde da Família, não obstante a responsabilidade das práticas em saúde nos territórios seja das equipes de SF. O NASF se refere a um apoio às equipes de Saúde da Família e não constitui porta de entrada das Unidades para os usuários (Brasil, 2010a).

As equipes NASF podem ser compostas por profissionais das seguintes áreas: profissional de saúde sanitária, arte educador, médico veterinário, médico do trabalho, médico internista, médico geriatra, terapeuta ocupacional, médico psiquiatra, psicólogo, médico pediatra, nutricionista, médico homeopata, médico ginecologista/obstetra, fonoaudiólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, educador físico, assistente social, médico acupunturista (Brasil, 2012a).

Conforme o mesmo documento a atuação do NASF se constrói a partir de demandas identificadas na atuação em conjunto com as equipes de SF, privilegia-se a prática de matriciamento. Esta atuação deve ser de forma integrada com as redes setorial e intersetoriais. O atendimento individual ou coletivo da equipe NASF, quando necessário, deve ser regulado pelas equipes de AB. Os encaminhamentos dos casos são baseados na responsabilização compartilhada entre NASF e equipes de Saúde da Família, se valendo da prática de referência e contrarreferência, garantindo o acompanhamento longitudinal dos casos e o papel da AB na coordenação do cuidado no âmbito das Redes de Atenção à Saúde (RASs) (Brasil, 2012a).

Neste sentido, de acordo com o Caderno NASF, o processo de trabalho do NASF em conjunto com as equipes de SF deverá priorizar: ações clínicas compartilhadas de forma interdisciplinar a partir de discussão e estudos de caso, participação em reuniões, atendimentos em conjunto, construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS), com ênfase na troca de saberes e responsabilização conjunta; atendimento individualizado, somente em casos extremos, sem prejuízo do compartilhamento do caso com a equipe de Saúde da Família de referência do caso; ações compartilhadas no território, desenvolvidas de forma articulada com as equipes de SF e profissionais de outros setores (Brasil, 2010a).

O Caderno do NASF se divide em linhas de atuação que abordam as práticas em saúde orientadas para os processos de trabalho. Após uma apresentação geral do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, os capítulos subsequentes se dividem nas seguintes linhas de atuação do NASF: saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; nutrição; assistência farmacêutica; serviço social (intersetorialidade, redes sociais e participação cidadã); atenção integral da criança e do adolescente; atenção integral à saúde da mulher; práticas integrativas e complementares; práticas corporais e atividades físicas. No interior das discussões destes tópicos, são desenhadas as diretrizes de atuação das equipes NASFs em cada linha.

Na apresentação das diretrizes da linha de saúde da mulher, o documento destaca como um dos tópicos de atenção inseridos nesta linha a ‘Violência contra a mulher e violência intrafamiliar’ (Brasil, 2010a). Considerando a temática central do presente trabalho, daremos destaque a este aspecto das diretrizes.

O documento orienta que toda a equipe NASF apoie as equipes de Saúde da Família (SF) não só no reconhecimento da situação de violência e no atendimento aos casos, mas também, na identificação, fortalecimento e até incentivo a que seja criada uma rede intersetorial de atenção à mulher em situação de violência nos municípios de atuação, envolvendo serviços especializados para o atendimento a mulheres em situação de violência em diferentes setores.

Tendo colocado estes aspectos gerais das principais normas que orientam a atuação profissional na Atenção Básica, seguiremos dando destaque a algumas particularidades dos serviços observados na pesquisa e que podem colaborar para a compreensão do leitor sobre a caracterização deste campo de atenção.

Para a pesquisa, como já exposto, foram escolhidas três unidades básicas de saúde, uma unidade tipo B, em que funcionavam no mesmo espaço duas modalidades de Atenção Primária: a Estratégia de Saúde da Família e o Centro Municipal de Saúde (UBS1); uma unidade tipo A (UBS2); e outra unidade tipo A com apoio do NASF (UBS3).

A UBS3 se refere a uma unidade modelo do município do Rio de Janeiro, uma das justificativas para sua inclusão na pesquisa. De acordo com relato do gerente era uma unidade com alto índice de aprovação da comunidade e, por ser uma referência na qualidade do atendimento à população, recebia visitas de políticos e de gestores de outros municípios para usá-la como modelo para outras experiências locais. Na busca por se manter como unidade modelo do município, a UBS primava por oferecer uma série de serviços à população em que, a partir de um conceito ampliado de saúde, compreendiam que era importante para promoção da saúde da população trabalhar com “cultura e ideias”. Esta era uma unidade de largo alcance, em que atuavam seis equipes de saúde da família, em um território que abrangia tanto uma área extensa de comunidade quanto uma área residencial considerada nobre na cidade, atendendo, assim, a pessoas de diferentes categorias sociais, de acordo com o gerente.

A diversidade do público atendido era uma característica das três UBSs, considerando, ainda, que o público atendido nas Unidades se referia não somente às

peessoas que residiam próximo a elas, mas também, às pessoas que residiam em diferentes bairros da cidade, mas trabalhavam na região do Centro. Este é um aspecto discutido na obra de Abreu (1997), como já vimos.

Já a UBS2, era a uma unidade de menor alcance. Somente duas equipes de Saúde da Família atuavam na unidade e estavam em momento de reestruturação de território. Parte de uma reestruturação mais ampla da CAP 1.0 no que se refere à divisão do território do Centro da Cidade entre as unidades, tanto a UBS2 quanto a UBS1 estavam neste momento de apropriação de um novo território e, portanto, empreendendo visitas às casas das pessoas de forma bastante intensificada para cadastrar as famílias da nova área. No caso da UBS1, somente uma equipe estava com a reestruturação territorial mais extensa, já na UBS2, a unidade inteira foi realocada territorialmente. Além de mudarem fisicamente de território, mudaram, também, de perfil populacional, passaram a atender, em sua maioria, população residente de prédios, trabalhadores de empresas e comércio próximos à área da Clínica. Neste momento de transição, a unidade estava mais esvaziada. O trabalho mais intenso tinha sido dos agentes de saúde com as metas de cadastramento da população⁴⁸.

No que se refere à estruturação da Unidade tipo B, a UBS1 guardava especificidades bastante complexas no cotidiano de trabalho das profissionais, tendo em vista a coexistência de duas modalidades de Atenção no mesmo espaço físico, atendendo a mesma população, considerando que 100% do território do Centro Municipal de Saúde era coberto pela Estratégia de Saúde da Família.

Como parte de uma política mais antiga, a estrutura do Centro Municipal de Saúde era anterior à inserção da Estratégia de Saúde da Família na Unidade. De acordo com relatos da pesquisa, essa inserção foi feita de forma autoritária, impositiva, não foi construída conjuntamente. Considerando, portanto, as divergências de proposta de trabalho, as diferenças de vínculos profissionais, bem como a forma não dialógica como foi implementado o novo modelo de atenção, as dificuldades para uma atuação articulada e integrativa eram muitas.

Temos, aqui, uma experiência de transição de unidade tipo C para unidade tipo B, em que coexistiriam duas modalidades de atenção primária no atendimento à população

⁴⁸ Sobre o trabalho de cadastramento da população pelos ACSs consultar referência Morosini e Fonseca (2018).

que, de acordo com uma entrevistada, foi o padrão de implementação deste tipo de transição no município:

A transição toda ela foi muito delicada assim... né, e com... diria até uma falta de cuidado, enquanto município. De... a equipe de Saúde da Família ser inserida dentro dos centros municipais sem que houvesse um diálogo, uma escuta... dos profissionais que já estavam naquele lugar [...] no geral. E que se repetiu no UBS1, a questão da falta de escuta, simplesmente você recebe uma informação: ‘...vai entrar a equipe e vão ocupar esses lugares... esse modelo que vocês trabalhavam não serve mais’, então foi uma falta de cuidado gerai aí (Entrevista ES19, p. 25-26).

As profissionais falavam sobre o período da pesquisa, ainda, como um momento de transição: “ainda estou tentando me localizar...”, afirmou uma das profissionais, ao discorrer sobre seu lugar no serviço atualmente (Entrevista ES27, p. 23).

Essa transição não construída com as profissionais que já atuavam no CMS e as que chegaram para atuar na ESF, mas imposta hierarquicamente pelos níveis centrais da gestão da Saúde no município, gerou impactos sobre o trabalho na UBS. De acordo com a observação institucional empreendida e as entrevistas com profissionais da Unidade, destacamos os seguintes aspectos:

Em primeiro lugar, o impacto relacionado à gestão diferenciada de ambas as modalidades. Enquanto o CMS possuía 100% de sua gestão ligada diretamente à Prefeitura, a gestão das Clínicas da Família se dava através das OSs. Neste caso, especificamente, três questões foram relevantes para a discussão:

Uma delas se refere à utilização do recurso da prefeitura injetado através da OS para fazer a reforma da estrutura física da Unidade somente na parte da Unidade que seria utilizada pelas profissionais da ESF. Conforme relato da gerente não houve recurso suficiente para reformar toda estrutura da unidade e estavam em vias de angariá-lo sendo que o primeiro conseguido foi para a reforma do segundo andar, espaço em que estavam os consultórios de atendimento das equipes de saúde da família, a sala da gerência da Clínica da Família e a sala das agentes de saúde. O primeiro andar da unidade, em que havia pouca circulação das profissionais vinculadas à ESF não foi reformado, continuava com a estrutura antiga, já bastante degradada. Sobre esse assunto, uma profissional do CMS afirmou:

[...] Teve uma divisão, ‘você trabalha no segundo, você trabalha no primeiro’, ‘Clínica da Família tem tudo e você não tem nada’, então não dá para ficar satisfeito, né? A sua sala não tem ar, você não tem otoscópio, você

não tem nada. A Clínica da Família tem otoscópio, tem ar, tem tudo... perfeitamente funcionando e não é emprestável [...] (Entrevista ES26, p. 23).

Em segundo lugar, a demanda por produtividade fomentada pela gestão das Clínicas por OS, gerou um volume de trabalho bastante discrepante entre as profissionais ligadas à ESF e as profissionais vinculadas ao CMS. Enquanto o cotidiano das profissionais de Saúde da Família tinham uma demanda alta de número de atendimentos e outras atividades internas e externas relacionadas à Estratégia, as profissionais do CMS, desde a técnica que ficava no acolhimento até as profissionais especialistas, lidavam com baixa demanda. As profissionais especialistas do CMS entrevistadas relataram esta baixa demanda de atendimento como uma consequência da inserção da Estratégia. Afirmaram que o fato de o território de cobertura do CMS e da Estratégia ser o mesmo, as demandas por atendimento diminuíram, muito, tendo em vista que estas são absorvidas inicialmente pelas profissionais da Estratégia. Nas anotações de uma das entrevistas com uma médica especialista do CMS, temos o seguinte relato no Diário de campo:

Apresentei novamente a pesquisa para ela. Ela pediu um momento antes de começarmos a entrevista para me dizer que desde que a Clínica da Família entrou as coisas ficaram bem diferentes para o trabalho da ginecologia no serviço. Agora é tudo com os médicos de família. Os médicos do CMS estão sem área praticamente. Disse que hoje atendeu 3 mulheres, ‘por obra divina’, porque ela fica lá o dia inteiro sem fazer nada. Disse que antigamente era tudo com eles, faziam grupo de planejamento familiar etc. (Diário de Campo, p. 353).

Um terceiro aspecto a ser destacado se refere à vinculação do trabalhador da saúde junto às OSs. Diferentemente do vínculo de trabalho tanto do servidor público municipal, quanto o dos profissionais do CMS, o proposto pela OS é regido pelo Decreto-Lei nº 5.452/1943⁴⁹, a conhecida CLT (Consolidação das Leis do Trabalho). Esta última é uma vinculação considerada mais frágil pelas entrevistadas. A maior flexibilidade para contratação e demissão de profissionais se por um lado proporciona maior agilidade para a composição das equipes *multi*, por outro lado, a ameaça de demissões por variados motivos preocupava os profissionais.

Constitui um dado importante o fato de que as três unidades básicas possuíam relação significativa com a formação de alunas de diversas áreas, em diferentes níveis

⁴⁹ Disponível em:

https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_led.pdf.

de formação, sobre o trabalho no campo da Atenção Básica à Saúde. Na UBS1 funcionava o próprio Departamento de Medicina de Família e Comunidade de uma Universidade Federal. A função primordial deste espaço dentro da unidade era atender às demandas acadêmicas dos alunos e docentes do Departamento dessa Universidade. Já a UBS2 era em si uma unidade Escola, como apontado em entrevista. Foi criada para atender as demandas do Hospital no que se refere à formação de residentes (Entrevistada ES28). A UBS3, unidade modelo do município, atuava como um importante polo de formação profissional para a atuação na Atenção Básica. As próprias equipes de Saúde da Família da Unidade eram compostas por médicos do Curso de Residência em Saúde da Família e os preceptores do mesmo, também, atuavam no cotidiano do serviço. Dessa forma, ao mesmo tempo em que funcionava como espaço de formação, a própria estrutura de funcionamento da Clínica contava com esses profissionais nas suas equipes.

Em relação aos objetivos institucionais das Unidades Básicas de Saúde, as profissionais entrevistadas apontaram: a aproximação entre serviços de atenção básica à saúde e população adscrita: levar a saúde até o paciente; informar a população sobre cuidados em saúde a partir de uma perspectiva ampliada deste conceito; ampliar o acesso à saúde; atuar no escopo da prevenção; funcionar como um espaço de formação profissional; coordenar o cuidado e estabelecer vínculo com a população; constituir a porta de entrada da Saúde para as pessoas.

Há que se observar, portanto, a centralidade do acesso para o trabalho em Atenção Primária. O acesso da população aos serviços de saúde constitui não só uma preocupação das profissionais entrevistadas, como fica bastante claro em uma das entrevistas:

A maior importância do meu papel aqui, no bairro do Catumbi, em primeiro lugar é dar acesso a esses pacientes (Entrevista ES32, p. 3).

Assim como também na própria orientação política para o setor: “As Unidades Básicas de Saúde – instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem – desempenham um papel central na garantia à população de acesso a uma atenção à saúde de qualidade.” (Brasil, 2012a).

Além de propiciar o acesso, como norma geral, as unidades básicas de saúde são responsáveis por tratar de forma resolutiva a maior parte dos problemas de saúde da

população: “Estamos trabalhando para ter uma Atenção Básica à altura de responder, perto da casa das pessoas, à maioria das necessidades de saúde, com agilidade e qualidade e de modo acolhedor e humanizado.” (Brasil, 2012a, p. 11). Nessa linha, as participantes da pesquisa endossaram os esforços, como profissionais de atenção básica para dar conta das demandas de saúde das pessoas:

[...] na Clínica da Família a gente tenta fazer todo o cuidado aqui. Então, o que a gente tentar resolver de problema, a gente tenta resolver aqui. Então assim... se a pessoa estiver com algum problema ginecológico... a gente vai tentar resolver aqui, não vai encaminhar para um ginecologista, entendeu? (Entrevista ES28, p. 8).

Em uma visita domiciliar (VD), a médica de família disse que a atenção básica da saúde não tem nada de ‘básica’, tendo em vista que eles (profissionais da AB) fazem de tudo.

No que se refere à unidade mista, essa necessidade de absorver e resolver as necessidades de saúde da população ficava a cargo da Estratégia de Saúde da Família, como apontou uma das médicas do CMS entrevistada:

Eu acho que tudo se resolve lá ainda. Eles tentam o máximo possível que tudo seja... resolvido lá (Entrevista ES25, p. 7).

Quanto às composições dos quadros técnicos dos serviços pesquisados, como orientado pelas Normas de Atenção Básica, as equipes de Saúde da Família eram compostas basicamente por médica, enfermeira, técnica de enfermagem e agentes comunitárias de saúde. Duas equipes de Saúde da Família compunham as UBS1 e UBS2 e seis equipes a UBS3. Cada UBS contava com um gerente de Saúde da Família e uma Responsável Técnica (RT) que podia ser uma enfermeira ou uma médica. A UBS1 contava, ainda, com profissionais de diferentes áreas compondo o quadro técnico do Centro Municipal de Saúde, dentre elas: técnicas de enfermagem, enfermeiras, dentistas, técnicas de saúde bucal, agentes de epidemiologia, farmacêutico, assistente social, psicólogas, pediatra, clínico geral, pneumologista, cardiologista, psiquiatra, ginecologistas, nutricionista, infectologista, fonoaudióloga, dermatologista, terapeuta ocupacional (TO). Essa equipe era coordenada pela diretora da unidade e pelas coordenadoras das áreas.

A UBS3 contava com equipe de saúde bucal e o apoio de uma equipe NASF composta por assistentes sociais, psicóloga, fisioterapeuta, nutricionista, psiquiatra e educadora física.

Todas as unidades contavam, também, com equipe administrativa, auxiliares de serviços gerais e profissionais de vigilância.

No que se refere às estudantes em formação, atuavam à época da pesquisa na UBS1 alunas do curso técnico de enfermagem e acadêmicas de medicina; na UBS2 residentes dos cursos de Saúde da Mulher e de Saúde da Família; e na UBS3 residentes do curso de Medicina de Família e Comunidade e da residência multiprofissional, acadêmicas de medicina, estagiárias de serviço social e psicologia e também com alunos de curso técnico de enfermagem.

Além da liderança da gerente, que se refere a uma liderança administrativa, de gerenciamento do funcionamento da Unidade como um todo, assim como da direção, também, no caso do CMS, e da liderança da responsável técnica das unidades, cada equipe de Saúde da Família podia contar com a enfermeira como líder de equipe. Foi possível observar algumas particularidades. No caso da UBS1, a enfermeira era recém-contratada, portanto, a médica ocupava lugar de liderança na equipe, em algumas equipes da UBS3 foi possível observar maior liderança das médicas residentes em relação à enfermeira contratada da equipe. As ações empreendidas por estas profissionais das UBSs estavam relacionadas aos cuidados em saúde para toda a população residente na área de abrangência, e em alguns casos específicos para a população em geral, como prescrito nas normas e apresentado nas entrevistas.

De forma geral, as atividades desenvolvidas pelas três unidades de saúde eram: acolhimento pela agente comunitária de saúde; procedimentos; consulta individual de enfermagem; consulta individual médica; interconsultas; visitas domiciliares; grupo de tabagismo; grupo de hipertensão e diabetes; grupo de planejamento familiar; grupo de gestantes; grupo para resultado de exame; ações externas junto à comunidade; campanhas de promoção da saúde e prevenção; cadastramento/recadastramento da população adscrita; reuniões de equipes e reuniões gerais das Unidades; ações relacionadas à concessão e manutenção de benefícios sociais para a população junto à prefeitura.

As dinâmicas de funcionamento dos serviços de saúde pesquisados variavam pouco. Geralmente o usuário era acolhido pela ACS em espaço próprio para isso. Esse

acolhimento direcionava o caminho do usuário dentro da unidade podendo ser algum procedimento com a técnica de enfermagem ou atendimento com a médica ou enfermeira. Havia, ainda, os usuários que chegavam diretamente para realizar somente algum procedimento com a técnica de enfermagem ou que iam participar de alguma atividade em grupo e não passavam pelo acolhimento.

O acolhimento⁵⁰ funcionava como uma espécie de triagem para o atendimento com a equipe técnica, mas também orientava o usuário quanto aos serviços oferecidos na unidade. Era realizado por uma agente de saúde de cada equipe, em mesas, separadas por divisórias, que funcionavam como baias de atendimento. Somente na UBS2 o acolhimento era realizado em uma sala separada do local de espera dos usuários para atendimento. Devido à proximidade das cadeiras para espera de atendimento e as baias de acolhimento, a UBS1 era o serviço em que havia menos possibilidade de um acolhimento ‘mais reservado’. Nas outras unidades, as divisórias entre as mesas também eram pequenas, não havia como ter sigilo entre uma baia e outra no momento do acolhimento, mas elas eram um pouco mais afastadas do espaço da recepção para os usuários. Em geral, antes de iniciar o acolhimento, ou até como parte deste, as agentes de saúde confirmavam os dados cadastrais para certificar se a pessoa pertencia aquela Clínica ou precisava ir para outra.

Os procedimentos realizados pela técnica de enfermagem, na sala de procedimentos, se referiam: à entrega de resultados de exames, entrega de insumos para tratamento/acompanhamento de saúde, entrega de material para fazer coleta, aferição de pressão, coleta de sangue para exame, curativos, aplicação de injeção, aplicação de medicamentos, testes rápidos de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e de gravidez.

Os atendimentos médico e de enfermagem consistiam no atendimento individual do paciente, seja consulta marcada ou consulta por demanda. Em geral, as consultas eram realizadas para acompanhamento de tratamento de saúde ou para sanar alguma demanda emergencial do paciente. Nessas consultas, também, eram realizados determinados procedimentos, de acordo com a especificidade de cada profissão e de demanda. Em alguns casos, as residentes podiam fazer atendimentos específicos da sua área profissional.

⁵⁰ Sobre a ação acolhimento em Unidades Básicas de Saúde por ACSs consultar a referência, Morosini e Fonseca (2018).

Estes atendimentos individuais por profissionais da equipe técnica podiam ser realizados em conjunto por dois ou mais profissionais de diferentes campos de saber ou por uma profissional e uma residente, e era denominado interconsulta.

Os grupos desenvolvidos nas Unidades, em geral eram semanais e realizados por mais de uma profissional.

No âmbito das atividades externas, o Programa de Saúde na Escola (PSE)⁵¹ estava na agenda regular de todas as equipes de saúde da família da pesquisa. Este é um programa de destaque na Política Nacional de Atenção Básica, uma política intersetorial entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde com o objetivo de realizar atenção integral aos estudantes brasileiros. As ações propostas para o programa são: avaliação psicossocial e clínica dos estudantes para garantir sua atenção na RAS, ações educativas e de saúde para a promoção de atividades físicas, alimentação saudável, educação sexual e reprodutiva, promoção da cultura de paz e prevenção de violências, prevenção ao uso de drogas, promoção da saúde ambiental, educação permanente para a atuação profissional junto aos jovens (Brasil, 2012a).

Outras atividades externas realizadas eram: campanhas de prevenção e promoção da saúde junto à população, como campanhas de imunização; parcerias com associações de moradores e outros grupos para atividades na comunidade relacionadas aos cuidados em saúde, bem como as visitas domiciliares.

As visitas domiciliares eram realizadas por todas as profissionais, inclusive residentes. Uma das profissionais, em geral a ACS, apontava para a equipe as pessoas que precisavam de visita domiciliar, ou a própria CAP solicitava que a unidade de saúde realizasse essa visita, atendendo a demandas judiciais, por exemplo. Sendo assim, as profissionais se deslocavam para as casas das pessoas, previamente definidas em reunião de equipe, para realizar a VD. Em geral, participavam da VD uma médica ou enfermeira e uma ACS. Em alguns casos, participavam, também, uma técnica de enfermagem, ou residentes, ou estagiárias do serviço, ou profissionais de outras áreas. A equipe técnica costumava reservar um turno da semana para realizar as visitas podendo ser em mais de uma casa.

Na UBS1, as profissionais especialistas do CMS realizavam atendimento individual de suas áreas específicas. Já na UBS três, apesar de as profissionais

⁵¹ Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dec_6286_05122007.pdf.

especialistas do NASF também realizarem atendimento individual de suas respectivas áreas, privilegiavam o atendimento em conjunto com a equipe técnica e o apoio de matriciamento.

A UBS3 realizava uma série de atividades em grupo que não eram feitas pelas outras duas unidades. E contavam com o projeto Academia Carioca⁵², em que a educadora física fazia o acompanhamento da população a partir de atividades físicas em uma estrutura de academia, construída no terreno da unidade básica de saúde. Desenvolviavam, ainda, grupo de idosos, terapia em grupo, grupo com nutricionista sobre alimentação saudável, grupo de adolescentes, grupo de reabilitação e a partir de uma parceria com uma ONG, eram realizadas atividades de dança, artesanato, pilates e teatro junto à população. Havia, ainda, o grupo “cuidar de quem cuida”, um grupo de atividades físicas para as profissionais liderado pela educadora física.

Diferentemente das outras unidades, nas quais as atividades em grupo eram, geralmente, promovidas por mais de uma profissional, ou por profissional acompanhada de estudantes ou residentes, na UBS3, essas ações usualmente eram promovidas por uma profissional. O grupo de gestante tinha a enfermeira responsável, que contava com a colaboração de outras profissionais, mas a elaboração e a efetivação dos encontros se dava a partir da construção do trabalho individual de cada profissional responsável pela ação. O grupo de planejamento familiar também era promovido por apenas uma enfermeira; as atividades na academia carioca eram de responsabilidade da educadora física, o grupo de mulheres era desenvolvido pela assistente social, a técnica de saúde bucal era responsável pelo grupo de idosos.

De maneira geral, como abordado pela Política Nacional de Atenção Básica, a orientação da norma sobre as ações profissionais aponta para uma maior responsabilização do médico sobre a decisão terapêutica; um lugar de mediação entre população e serviço de saúde para os ACSs; um lugar privilegiado para a enfermagem na gestão das diferentes ações dos diferentes profissionais na coordenação do cuidado e um lugar bastante pontual e restrito para o técnico e o auxiliar de enfermagem na realização de procedimentos. Somente enfermeiros e médicos são orientados a realizarem encaminhamentos interinstitucionais, enquanto que o médico é responsável por este acompanhamento (Brasil, 2012a).

⁵² Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/academia-carioca>.

Esses lugares institucionais previstos na legislação puderam ser observados na prática. Há que se ressaltar, todavia, que uma dessas orientações não correspondia ao cotidiano institucional observado: a responsabilização do médico quanto ao acompanhamento dos encaminhamentos interinstitucionais. Foi possível observar que o médico ficava mais isolado na prática clínica individual. Os encaminhamentos efetivados pelos médicos, quando realizados, se referiam mais aos encaminhamentos para outras especialidades médicas, via Sistema de Regulação (SISREG). Os encaminhamentos intersetoriais, em geral, ficavam a cargo das enfermeiras ou de profissionais de outras áreas como psicologia e serviço social.

Relacionado à atuação junto às mulheres em situação de violência, as ações comuns encontradas nas três unidades foram o atendimento individual pela equipe técnica da Saúde da Família (enfermeira e/ou médica) à mulher; interconsulta com profissionais de diferentes áreas; acompanhamento da mulher em situação de violência; realização de procedimentos no caso de violência física e sexual; notificação da violência; encaminhamento da mulher em situação de violência para atendimento psicológico e encaminhamento da mulher para outros serviços. Semelhantemente, em pesquisa junto a profissionais de Atenção Básica à Saúde no Sul do Brasil, Arboit et al. (2017) apontam que as ações desenvolvidas por profissionais de APS junto às mulheres em situação de violência eram o acolhimento inicial, orientações, encaminhamentos da mulher para outros serviços e a notificação da violência.

Como já mencionado, a UBS3 era a que mais notificava casos de violência para a CAP 1.0 à época da pesquisa. As profissionais da UBS3 consideraram que esta unidade realizava muitas notificações não só porque atuavam em um território de comunidade, em que ocorre um número elevado de violências de todos os tipos, mas também porque a equipe era sensível a essa questão e desenvolvia uma relação de confiança com a população.

As Clínicas da Família que contavam com a atuação de assistentes sociais apontaram para o encaminhamento para a assistente social como uma das principais possibilidades de atenção à mulher em situação de violência no âmbito do atendimento na Unidade de saúde. Em alguns casos a assistente social era a primeira opção de atendimento à mulher em situação de violência na Clínica, a profissional responsável por coordenar esse cuidado.

Em consonância com esse dado de pesquisa, não obstante a inserção de toda a equipe NASF no trato com a questão da violência, o documento sobre Diretrizes do NASF dá destaque para a atuação do serviço social junto à questão (Brasil, 2010a).

Gomes et al. (2013) também apontam que as profissionais de saúde compreendem que as mulheres em situação de violência necessitam de acompanhamento psicológico e de apoio social, por isso, encaminham a mulher, principalmente, para a psicologia e para o serviço social do NASF.

No que se refere à atuação na unidade mista, as profissionais do Centro Municipal de Saúde afirmaram que a definição do fluxo para o atendimento à mulher em situação de violência devia ser das equipes de saúde da família e de acordo com uma das entrevistadas, a responsabilidade do atendimento às mulheres em situação de violência era da Clínica da Família.

Em alguns casos, ainda, eram realizadas visitas domiciliares, como por exemplo, em casos notificados à Unidade pela CAP.

Tendo oferecido elementos para que o leitor pudesse compreender a caracterização da vocação assistencial Atenção Básica, o funcionamento dos serviços de atenção básica que participaram da pesquisa e algumas análises que relacionaram as prescrições normativas e o cotidiano institucional investigado, prosseguiremos com uma análise das potencialidades de trabalho em equipe nestes serviços, o que nos dará também uma base para a compreensão das facilidades ou obstáculos para o próprio trabalho em rede.

4.3.2 Atenção Básica à Saúde: potencialidades para o trabalho em equipe

Iniciaremos a discussão sobre trabalho em equipe com a compreensão das profissionais entrevistadas sobre o conceito de ‘trabalho em equipe’, que foram divididas em categorias representativas sobre o conceito.

Uma das principais categorias encontrada nos relatos remete à compreensão de que trabalho em equipe se refere à **complementaridade entre ações individuais**, um trabalho desenvolvido por diferentes profissionais, de diferentes áreas, mas que os

diferentes saberes se complementam nas ações, reconstituindo um determinado todo assistencial necessário ao caso:

Não adianta o médico atender bem se o ACS recepcionou mal ali na frente... Não adianta o ACS dali recepcionar bem, se o ACS na casa tratou mal a pessoa. Não adianta a pessoa vir aqui e chegar aqui e essa unidade estar imunda. Não se sentir bem, confortável. Então, todo mundo tem uma certa responsabilidade nisso. E no final a gente soma tudo... (Entrevista ES32, p. 13-14).

[...] ser ações ou cuidados que vão se dar de forma individual, mas que estão sempre pensando de uma forma complementar ao outro (Entrevista ES19, p. 14).

Uma segunda perspectiva encontrada se relaciona com a necessidade de que os profissionais desenvolvam uma relação de **ajuda mútua** para o trabalho em equipe:

Um precisa do outro [...] você é ACS, você entrou de férias... a minha área é perto da sua. Eu que cubro a sua área no período das suas férias (Entrevista ES31, p. 24).

Trabalho em equipe é todo mundo se ajudando [...] é toda hora um se ajudando... Você precisa de mim, eu vou precisar de você... (Entrevista ES21, p. 25).

Outra noção de trabalho em equipe se refere à necessidade de **comunicação** entre as profissionais para que o trabalho em equipe aconteça, em uma perspectiva de horizontalidade das relações:

[...] se falar, ter uma comunicação boa entre... entre nós... (Entrevista ES20, p. 21).

Todo mundo ouve todo mundo [...], a gente consegue dar voz para todo mundo (Entrevista ES28, p. 29).

Cabe observar que embora a noção de comunicação seja usada aqui, ela não traz explicitamente se a comunicação refere-se às trocas de informações ou a tomada de decisão conjunta diante do caso. Uma outra perspectiva presente e um pouco mais clara quanto ao sentido interativo, mas presente somente em algumas entrevistas diz respeito ao **trabalho em conjunto**, realizado a partir das trocas entre as profissionais e da integração entre as ações:

Acho que seria esse trabalho integrado, que a gente pudesse ter algumas reuniões periódicas, pudesse trocar sobre alguns casos, fazer efetivamente planejamento de tratamento... com trocas, né, constantes. [...] um trabalho integrado, compartilhado, planejado em conjunto... principalmente que houvesse trocas (Entrevista ES27, p. 19).

[...] resolver problemas juntos (Entrevista ES22, p. 22-23).

Seria a troca dos saberes das equipes... assim, um não se sobrepondo ao saber do outro e sim em conjunto (Entrevista ES24, p. 16).

Algumas entrevistadas atentaram, ainda, para a perspectiva do **objetivo comum** institucional para a realização de um trabalho em equipe e embora este seja remetido ao ser coletivamente responsável por meio das responsabilidades individuais, o conteúdo da ação assistencial pelo qual devem ser responsáveis não fica muito claro:

Trabalho em equipe é todo mundo... primeiro lugar, aqui, todos os meus profissionais, se você conversar com o porteiro, [...] com o médico que é o responsável técnico, todos eles têm o mesmo ideal e o mesmo objetivo (Entrevista ES32, p. 13).

[...] tem a visão em uma direção, um olhar sobre um prisma (Entrevista ES36, p. 16-17).

[...] trabalho em equipe? ah... a gente ter... eh... ter um objetivo assim em comum no nosso trabalho (Entrevista ES20, p. 21).

Chamamos a atenção para uma representação de trabalho em equipe, presente na entrevista de um técnico de enfermagem, que apontou para a importância da **integração entre os saberes**:

Não é porque eu não sou ACS que eu não possa ali fazer um cadastro e ali pegar o material, deixar separado. Não é porque eu sou médica que eu não vou fazer... não vou verificar uma pressão... [...] às vezes o técnico não tem como fazer (Entrevista ES21, p. 25).

Esta última consideração se opõe a uma ideia rígida de lugares institucionais para os profissionais, o estabelecimento bem delimitado dos papéis institucionais para cada categoria profissional. Como consta no diário de campo, o relato do acompanhamento de uma das reuniões de equipe da UBS2 continha uma orientação da enfermeira e do médico sobre os lugares institucionais na unidade. Ressaltaram que não existia um profissional de maior importância, mas que a agente de saúde fazia a triagem, a enfermeira a classificação de risco e acompanhamento e só quem dava diagnóstico e tratamento era a médica. Este e outros exemplos que poderiam ser citados apontam para

uma delimitação rígida dos lugares institucionais nos serviços de saúde. Por isso, chama a atenção esta fala do técnico de enfermagem que abre uma possibilidade de atuação diferenciada para as profissionais. Uma flexibilidade maior nos papéis institucionais, bem como uma abertura para o estabelecimento de um tipo de relação marcada pela interação entre as diferentes profissionais e os diversos saberes.

Definida a compreensão de trabalho em equipe, foi solicitado às profissionais descreverem situações positivas e negativas de trabalho em equipe presenciadas por elas ou nas quais tiveram participação para ajudar a elucidar esta questão. A partir daí, foi possível identificar que apesar de algumas profissionais mencionarem nas entrevistas sobre um tipo de trabalho mais coletivizado, em prol de um objetivo comum, com destaque para a conversa, a troca, o diálogo entre as profissionais, a responsabilização coletiva dos casos no que se refere à definição de trabalho em equipe, os relatos dos casos, na verdade, visibilizaram uma concepção geral de trabalho em equipe em que cada profissional atua individualmente, mesmo que em grupo, cada saber é individualizado e o trabalho em equipe diz respeito a uma atuação multidisciplinar, em que diferentes profissionais de diversas áreas atuam justapostos em uma mesma ação, cada um a partir de suas concepções teórico-práticas definidas *a priori* por seus campos de formação.

Por exemplo, de acordo com entrevistas na UBS2, as profissionais solicitavam as ações de outras profissionais respeitando as especificidades de cada área de atuação, sejam profissionais efetivas do serviço, ou residentes. O médico, por exemplo, podia requerer a atuação da residente de psicologia, se recebia um caso que avaliasse ser uma questão de saúde mental, solicitava a atuação da residente de serviço social, quando necessitasse deste tipo de demanda no atendimento. Nessas situações pedia ajuda das enfermeiras, da médica da outra equipe, de acordo com as possibilidades de atuação de cada uma.

Mas o que essa ajuda representa dessa forma tão individualizada? A nosso ver representa o reconhecimento por parte das profissionais e trabalhadoras da saúde de que há a especialização no trabalho em saúde, há a segmentação, mas a recomposição de um todo assistencial seria dado pela justaposição das ações, em uma somatória de desempenhos individualizados. Tal representação na nossa perspectiva teórica deixa de lado a dimensão interativa, ou seja, não está, nela, valorizada como relevante à complementaridade das ações uma tal interação entre os profissionais em que cada qual

possa compreender sua especialidade de modo distinto, isto é, como parte de um todo maior e não como um certo todo em si e isolado dos demais. Em outros termos, a especialidade de cada qual não forma um todo apenas pela justaposição externa à subjetividade de cada profissional senão interna, em que cada trabalhador ao reconhecer a especificidade do trabalho do outro já faz com que seu próprio trabalho seja parte daquele outro, como uma intersubjetividade na interação que teria como resultado um conhecimento claro da ação especializada do outro agente que lhe é complementar e assim com isso se modificaria também a própria compreensão de sua atuação especializada.

Alguns elementos nessa direção foram observados:

Em resposta à solicitação de um exemplo negativo de trabalho em equipe, uma das entrevistadas introduz a concepção de que o trabalho em equipe requer o **compartilhamento dos casos** entre os membros da equipe:

Então tem casos que deveriam estar em uma discussão da equipe inteira aqui. Outros profissionais teriam questões para poder fazer e ajudar no caso e que está ainda sendo segurado por uma pessoa assim, né? Tem casos sendo manejados e vistos só por médica... Tem casos só com enfermeiro, que não está compartilhado dentro da equipe... Mas com os ACSs não tem... tantos casos, né, eles compartilham mais. Que é a necessidade do... não é porque eles têm responsabilidade que identificaram isso lá, mas hoje os ACSs aqui do UBS1 acionam a equipe por uma questão de dar garantia de acesso àquela pessoa. Não está na coisa do medo 'ah... não posso deixar o furo de não levar tal coisa', está mesmo no trazer e dizer 'olha, tem uma pessoa precisando de ajuda aqui', mas com o médico e com o enfermeiro ainda tem cuidados que não estão compartilhados (Entrevista ES19, p. 16)

Uma relação de interdependência entre as ações e seus sujeitos neste encadeamento das ações, também, foram observadas, na medida em que ao falarem de exemplos relacionados a trabalho em equipe, as ações de técnicas de enfermagem e ACSs foram traduzidas como positivas ou negativas de acordo com o impacto para o trabalho da equipe técnica. Enquanto a atuação da técnica de enfermagem foi relatada como de grande suporte para o trabalho de médicas e enfermeiras, já estes profissionais não percebiam o trabalho das outras exatamente assim e relataram dificuldades no que se refere à divulgação das atividades desenvolvidas na UBS2 para a população, que deveria ser feita pelas agentes comunitárias, esperando outra atuação, mas sem se mostrarem em interação com estas últimas.

Como já mencionado, havia, portanto, uma rotina de funcionamento do serviço pré-estabelecida, em que as ações de cada profissional eram devidamente encadeadas sequencialmente com o objetivo de propiciar o cuidado integral ao paciente. Apesar de, em geral, as ações serem realizadas de forma isolada, havia uma organização sequencial na circulação do paciente pela unidade, no desenvolvimento das diferentes ações em saúde.

No que se refere à unidade mista (UBS1), havia uma articulação maior entre as ações realizadas por profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que entre as profissionais do CMS entre si e na relação entre a Estratégia e o CMS. Assim, o modelo assistencial interfere diretamente no cotidiano das ações e nas representações das profissionais sobre atuar ou não em equipe, e por consequência influencia a concepção de trabalho em rede.

Na UBS1, ainda, foi observada a necessidade de um esforço maior das profissionais para garantir a articulação das ações, considerando o tamanho da unidade. Por exemplo, a ligação entre o acolhimento realizado pela agente de saúde e o atendimento individual tanto médico quanto de enfermagem era feita, não só pela agenda *online*, mas, também, pela ação proativa da agente de saúde que ia pessoalmente até a sala da médica ou da enfermeira apresentar as demandas das pessoas e também da enfermeira ou médica que ia até a sala do acolhimento para realizar a triagem dos casos que chegavam ao acolhimento e que poderiam, ou não, ser absorvidos para o atendimento individual. Dessa forma, estas profissionais passavam o dia subindo e descendo escadas para viabilizar esta conexão entre acolhimento e atendimento da equipe técnica.

Nos casos de atendimento a mulheres em situação de violência, as profissionais da UBS3 relataram, também, certo encadeamento sequencial de ações técnicas junto às mulheres:

Ah, a gente faz... prioritariamente a gente faz uma abordagem individual com a pessoa... onde a gente... como médico de família a gente consegue abordar, usando as ferramentas que são próprias do médico de família, abordagem centrada na pessoa, se for preciso da abordagem familiar e tudo mais... A gente faz a Notificação, quando possível e quando pertinente a gente conta com o apoio do NASF, que tem uma assistente social, uma psicóloga... aqui também... que podem dar esse suporte para a gente... E geralmente a gente encaminha, quando a mulher... quando a gente consegue identificar e a mulher está de acordo, a gente além de notificar, a gente encaminha, a gente tem algumas linhas de encaminhamento [...] e aí o acompanhamento sistemático, através do ACS ou geralmente o vínculo dessa mulher... no

atendimento, no seguimento... é uma mulher que está mais próxima da gente (Entrevista ES33, p. 9 - 10).

Seguindo esta lógica das ações sequenciais e interdependentes, nas entrevistas, as profissionais marcavam as definições dos lugares de cada profissional e relatavam como cada atuação, mesmo que individualizada se complementava entre si. De acordo com a primeira profissional entrevistada:

O atendimento é assim: você chegou, você tem consulta marcada, você vem para a consulta marcada, você coloca no sistema que a pessoa chegou e pronto. Se precisar de mais alguma informação nós damos atenção e falamos. Quando não perguntou nada... nós também não perguntamos porque é no consultório que ela tem que falar tudo (Entrevista ES31, p. 16-17).

Na verdade meio que nós dependemos um do trabalho do outro... a enfermeira depende do trabalho... ou melhor... o ACS depende do trabalho da técnica, do médico e da enfermagem. Aí a técnica depende do trabalho do ACS, do médico... e assim... vice-versa. Todos nós dependemos do trabalho do outro, porque se ninguém trabalhar... não tem como atender ninguém. Porque o ACS não pode atender as pessoas, não pode fazer nada pelas pessoas. O técnico também depende do médico e da enfermeira. E a enfermeira depende também do médico... E o médico depende do olhar da enfermeira também. O que acontece? Nós precisamos como equipe estarmos ligados, senão o paciente não vai ter um atendimento adequado, entendeu? E esse reconhecimento da necessidade de um compreender o outro é o que faz a diferença na vida do paciente (Entrevista ES31, p. 21).

Estes relatos falaram da interdependência entre as ações, mas também, de uma delimitação pouco flexível dos lugares institucionais.

Muitas vezes, mesmo em atividades em conjunto, as ações eram desenvolvidas por cada profissional individualmente, e cada ação individual se articulava de forma sequencial. Desta forma, uma profissional planejava a atividade como um todo e as outras profissionais se limitavam a sua parte na atividade e, assim, agiam de forma individualmente sequencial. O evento sobre o mês da amamentação da UBS3 foi um exemplo desta forma de atuar. Tratou-se de um grande evento, com a participação de profissionais de diferentes áreas, todas articuladas com a temática. Cada profissional atuou de acordo com sua formação, de forma articulada. O evento idealizado e realizado pela enfermeira responsável pelo grupo de gestantes seguiu uma linha de participação de diferentes profissionais, em ordem sequencial, de acordo com a especificidade de cada área. Em primeiro lugar o gerente fez uma fala de abertura do evento, em seguida a enfermeira responsável pela atividade fez uma introdução sobre a temática em questão, depois a nutricionista desenvolveu uma atividade com as mulheres sobre amamentação,

posterior a isto, a assistente social deu uma palestra sobre direitos e deveres de pais e mães com a gravidez e o nascimento do bebê. Em cada parte do evento, as mulheres fizeram perguntas e os profissionais que tinham conhecimento sobre a especificidade da questão responderam. Assim, apenas a enfermeira responsável pelo evento guardava a informação do conjunto da atividade, e cada profissional atuava de acordo com suas especificidades no que era solicitado (Diário de Campo).

Em geral, no âmago das ações de acolher, dar informações para as pessoas que circulavam pela unidade, marcar visitas domiciliares, organizar o fluxo de pessoas entre as diferentes atividades promovidas pelas unidades, cadastrar novos usuários, fazer atualização dos cadastros, remarcar consulta, o lugar das ACSs⁵³ era de porta de entrada da Clínica (Entrevista ES31, p. 11). Esta era uma realidade, tendo em vista que o acolhimento, em geral, era o primeiro contato do usuário com o serviço, mas também, como observado, as ACSs ocupavam o lugar de mediadoras entre população e equipe técnica do serviço. De acordo com o médico do serviço, a ACS era um canal de comunicação entre a população e os profissionais (Entrevista ES29, p. 7). Se por um lado a ACS era responsável por avisar à população, em suas casas, sobre as atividades desenvolvidas na clínica (Entrevista ES31, p. 9), ficar “no território captando os usuários... fazendo os cadastros...” (Entrevista ES28, p. 8), por outro lado, o trabalho da ACS era ir para a “rua” ter contato com as pessoas, saber das necessidades de saúde da população, levar as demandas para a equipe da Clínica, fazer os cadastros etc. (Entrevista ES31, p. 12), funcionando, assim, como uma porta voz da população dentro da Clínica (Entrevista ES31, p. 13).

Como exemplo, a pesquisadora acompanhou o caminho percorrido pela ACS para mobilizar tanto a equipe técnica quanto a administrativa para atender a demanda de um paciente que deveria ser atendido pelo médico de uma das equipes, mas que por conta do atraso do médico naquele dia, ficou bastante tempo aguardando. A agente de saúde mediou a relação entre este paciente e as equipes para que o paciente pudesse ser atendido em suas demandas, independente do atraso do médico (Diário de Campo).

Em outro exemplo, em uma das reuniões de equipe, um ACS pediu para o médico verificar se o pedido de marcação de médico oftalmologista para determinado paciente havia sido feito (Diário de Campo). Dessa forma, as ACSs levavam para as reuniões de equipe as demandas dos usuários do serviço e recebiam da equipe um *feedback* que

⁵³ Sobre o trabalho cotidiano das Agentes Comunitárias de Saúde, consultar, Morosini e Fonseca (2018).

seria repassado por estas aos pacientes, consolidando assim, um lugar de mediação entre população e equipes técnicas.

A técnica de enfermagem ocupava um lugar institucional de dar suporte às ações de médicas e enfermeiras. Como observado e relatado nas entrevistas, as ações desenvolvidas pela técnica de enfermagem visavam subsidiar o atendimento médico e de enfermagem.

As enfermeiras, responsáveis pelas consultas de enfermagem, desenvolviam atividades de forma mais autônoma, lideravam as reuniões de equipe, eram responsáveis pelos grupos junto às populações, coordenavam os trabalhos das ACSs, realizavam VDs, ações externas, eram preceptoras da residência, dentre outras atividades.

Foi possível observar que as médicas ocupavam um lugar mais isolado no serviço, a maior parte da carga horária estava reservada para a consulta individual, apesar de também participarem de ações externas, realizarem visitas domiciliares e outras atividades coletivas. Eram responsáveis por definirem os diagnósticos e os tratamentos, e o faziam, em geral, de forma isolada, apesar de se utilizarem do trabalho realizado pelas outras profissionais de saúde antes, durante e após o atendimento médico.

As profissionais especialistas do CMS, na UBS1, ocupavam um lugar institucional de atenderem individualmente demandas encaminhadas pelas equipes de saúde da família. Algumas desenvolviam ações em conjunto, como a assistente social e a enfermeira na construção do grupo de planejamento familiar. A psicóloga estava iniciando um trabalho de matriciamento em saúde mental para as equipes, mas ainda um projeto embrionário.

A equipe NASF, que atuava na UBS3, também ocupava um lugar de suporte às equipes de saúde da família desta unidade, todavia, estas profissionais já possuíam um protagonismo maior na atenção aos casos mais complexos, ocupando um lugar sólido no matriciamento das equipes e participando de atividades em conjunto com as equipes de saúde da família, inclusive as reuniões de equipe.

As estudantes de graduação e de pós-graduação que faziam estágio e residência nas Clínicas, em geral, observavam as atividades desenvolvidas pelas equipes, ocupando, assim, um lugar de estudantes em formação e capacitação profissional. Somente na UBS3 as residentes ocupavam um lugar de protagonismo nas ações desenvolvidas pelas equipes, inclusive liderando reuniões de equipes etc. Todavia, em geral, o lugar das residentes era de formação, elas atuavam como estudantes em

treinamento em serviço. Seja observando um grupo, ou apresentando palestra em outro grupo, ou em uma ‘interconsulta’, as residentes atuavam, em geral, como estudantes que estavam em capacitação profissional.

No interior das discussões sobre o estabelecimento dos lugares institucionais e os limites colocados a cada categoria profissional no exercício das suas atividades e na fluidez das relações, cabe discutir sobre a produção de hierarquias institucionais.

Foi possível observar, por vezes, certa superioridade no poder de fala da categoria médica⁵⁴ diante das outras categorias profissionais no que se refere às questões de saúde dos pacientes. A hierarquia entre o atendimento de enfermagem e o atendimento médico ficou clara em episódios que ocorreram a partir de duas interrupções da entrevista com a médica de família. A enfermeira entrou na sala, duas vezes, para falar de um caso em que ela fez todos os procedimentos que poderiam ser feitos no âmbito da Saúde da Família, mas a mulher atendida não estava satisfeita com a resposta da enfermeira para a questão e insistiu em ser atendida pela médica. Após muita insistência da usuária, a enfermeira solicitou que a médica fosse atender a mulher, apesar de ambas as profissionais saberem que nada mais poderia ser feito naquele momento. A partir deste caso, apesar de ambas as profissionais terem conversado sobre a conduta, estavam de acordo sobre as possibilidades para o caso, sobre as orientações a serem dadas para a mulher. No entanto, a demanda da usuária era de que o que foi dito pela enfermeira, fosse dito pela médica, corroborando, assim, o poder médico como palavra final na Saúde. Em outra interrupção da entrevista a enfermeira solicitou que a médica fosse atender a usuária que ela estava atendendo, tendo em vista a complexidade da questão. A médica se recusou a fazer o atendimento, justificando que ela não poderia fazer nada de diferente do que a enfermeira já havia feito ou poderia fazer e orientou a enfermeira sobre a condução do caso. Em outro caso, pôde-se observar a falta de credibilidade da

⁵⁴ Em estudo sobre a profissão e a prática em medicina com suas conquistas enquanto autoridade sobre os adoecimentos, Schraiber (1993) aponta dois importantes autores: Paul Starr (1982), por seu estudo sobre como a autoridade do médico foi conquistada ao longo do século XIX, entendendo-a como uma autoridade cultural, que atribui ao fato de ser construída com base na autoridade da ciência moderna sobre o fenômeno dos adoecimentos; e Elliot Freidson por seu clássico estudo sociológico de 1970 em que mostra essa autoridade como decorrência também da posição privilegiada dos médicos junto ao Estado moderno em sua constituição. Este último aspecto também é ressaltado por Foucault em sua obra *Microfísica do poder* (1984) ao trabalhar o conceito de biopolítica. Veja-se também nesse sentido Azeredo; Schraiber (2016) (Azeredo YN; Schraiber LB. *El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea*. Salud Colectiva. v.12, p.9 - , 2016). Para esta discussão, também, destacamos a tese de Marina Peduzzi que aponta para a nuclearidade do trabalho do médico em um modelo hegemônico de atenção biomédico no campo da Saúde (Peduzzi, 1998).

orientação da ACS, em relação à palavra da equipe técnica: A ACS se dirigiu a uma senhora que estava aguardando na recepção e perguntou sua demanda. A senhora disse que queria colocar uma tala no dedo, pois estava doendo. Explicou que tinha ido ao hospital naquele dia e o médico tinha tirado a tala, mas que ela queria colocar novamente para parar a dor. A ACS explicou que eles não tinham ortopedista na unidade, que ela teria que voltar ao local aonde ela retirou a tala para colocá-la novamente, se fosse o caso. A mulher insistiu, disse que não teria como voltar ao hospital, e insistiu com a agente de saúde para falar com a enfermeira ou com a médica sobre o caso dela. A ACS foi até a enfermeira e voltou para a recepção com o mesmo discurso, que havia sido repetido pela enfermeira. Após a ACS dizer que a enfermeira tinha dito o que ela disse anteriormente, a mulher ficou satisfeita, disse que o médico do hospital a alertou que o dedo iria doer um pouco e foi embora (Diário de Campo).

O gerente da UBS3 apontou para a centralização no trabalho médico como um impedimento para o trabalho em equipe ao ser questionado sobre se os profissionais atuam em equipe na Clínica:

Se a hierarquização das relações com os médicos foi um dado de pesquisa no âmbito do setor saúde, de certo modo nas relações entre agentes de trabalho como os técnicos de enfermagem e as agentes comunitárias, em algum nível foi possível observar certa horizontalidade no compartilhamento das ações em saúde e das relações entre os saberes profissionais de diferentes áreas.

Sobre este aspecto, para além da atuação no acolhimento do serviço, inserindo informações para subsidiar o trabalho da equipe técnica, as ACSs também conversavam sobre a situação de saúde dos pacientes, ensaiando algum domínio clínico. Por exemplo, em um acolhimento, na UBS1, a ACS conversou com o paciente sobre sua pressão, questionando se estava alta ou baixa de acordo com o resultado que ele informou. A partir desta informação, a ACS perguntou se o paciente fazia uso da medicação corretamente. Em outro caso, uma mulher chegou ao acolhimento solicitando a atualização da receita médica para uma medicação específica, a ACS ao observar a data da receita apresentada pela mulher, alertou a mulher sobre o longo intervalo de tempo que ela ficou com a mesma receita, sem acompanhamento médico e sugeriu que ela não ficasse tanto tempo sem atendimento médico, por conta da co-morbidade em questão. Outro exemplo, em um acolhimento, além de informar sobre o horário de vacinação H1N1, a agente de saúde foi capaz de informar sobre as condições de saúde propícias

para tal ação. De acordo com o relato do Diário de Campo: em um acolhimento realizado pela agente de saúde, um homem chegou com um idoso de cadeiras de rodas solicitando que fosse aplicada a vacina H1N1 para o idoso. A agente de saúde o informou sobre o horário de funcionamento daquela ação específica, que não correspondia ao horário que eles chegaram na unidade. O homem perguntou se o idoso poderia tomar a vacina mesmo com sintomas de gripe. A agente de saúde perguntou quais são os sintomas que ele está apresentando. Após a resposta do homem, perguntou, ainda, se o idoso tinha apresentado um quadro de febre. O homem respondeu que não e a agente de saúde afirmou que o idoso poderia tomar a gripe, nas condições apresentadas (Diário de Campo).

Neste episódio, pode ser verificada relação entre as ações das agentes de saúde e das técnicas de enfermagem desse serviço. O trabalho de vacinação era de responsabilidade das técnicas de enfermagem, todavia, as agentes de saúde, pelo menos no caso observado, estavam cientes dos critérios de elegibilidade para a aplicação da vacina, não somente no que se refere aos aspectos burocráticos como o horário, mas também aos aspectos clínicos da ação.

Este é um dado da análise que pode ser relacionado à concepção de trabalho em equipe colocada pelo técnico de enfermagem ‘interação entre os saberes’, em que há um compartilhamento dos saberes entre as profissionais de diferentes áreas, e, portanto, uma fluidez relacional entre os agentes do trabalho.

No que se refere à comunicação entre as agentes, foi possível observar um tipo de comunicação mais marcada por aspectos instrumentais, com trocas de informações, e menos relacionadas a uma efetiva interação, com trocas intersubjetivas.

Um ponto a ser ressaltado sobre este aspecto se relaciona à facilitação da articulação de determinadas ações, especialmente entre acolhimento e atendimento individual pela equipe técnica, propiciada pela informatização das unidades do município do Rio de Janeiro. Os sistemas *online* facilitaram e promoveram uma agilidade na comunicação de informações, ao menos, entre agentes de saúde, enfermeiras e médicas, importante fator para esta dinâmica. Logo que o usuário era acolhido pela agente de saúde, esta inseria no sistema *online* sua demanda que poderia ser acessada pela próxima profissional que o acompanharia.

Todavia, mesmo este tipo de comunicação, ligado a troca de informações, encontrou falhas que dificultavam o fluxo das pessoas no desenvolvimento das ações

nas três unidades. De acordo com relatos do diário de campo, as informações sobre grupos e saídas das equipes para atividades externas na UBS2 eram “desencontradas”. Na UBS3, as informações sobre as atividades que constavam no quadro de atividades nem sempre correspondiam à realidade e as profissionais, nem sempre sabiam as corretas.

Ainda sobre a troca de informações entre as profissionais, há que se notar que tanto no setor saúde, quanto nos outros setores, as equipes contavam com o apoio de grupos de *whatsapp*⁵⁵ para facilitar o contato entre as profissionais no cotidiano dos serviços. O uso desse dispositivo digital, se por um lado acelera o tempo da comunicação, por outro reduz o tipo de mensagem possível a informações bastante pontuais e limitadas. Mas era visto como uma vantagem, sobretudo, no cenário em que, tal como apresentado anteriormente, as profissionais percebiam com rigidez os lugares institucionais, fundamentando estes lugares nos saberes de cada profissão e assim mantendo o isolamento dos desempenhos individualizados.

Ainda sobre os aspectos relacionais, no que se refere às relações interpessoais entre as profissionais foi possível notar que, em geral, a relação entre as profissionais era cordial, mas nem sempre pessoalizada. Era incomum presenciar situações em que as profissionais se reuniam para conversas de cunho pessoal.

Diálogos sobre assuntos gerais ou até mesmo a vida pessoal das envolvidas foi mais comum de observar no espaço do acolhimento, quando as agentes comunitárias estavam em suas baias e sem usuário para atender. Em alguns momentos, foi possível reparar as profissionais reunidas na sala de procedimento da UBS2, também, para conversas mais descontraídas, de cunho pessoal.

Todavia, a maior parte do tempo, as profissionais estavam muito atarefadas com o cotidiano das Clínicas e as conversas se referiam, em geral, a assuntos profissionais. O relacionamento da equipe se pautava mais na discussão sobre o cotidiano do serviço, as trocas de informação sobre os casos, os encaminhamentos, as rotinas, os horários, discussões sobre falhas de comunicação, estabelecimento de rotinas de determinadas ações, tentativa de dar cobertura entre as profissionais.

Este é um aspecto que pode ter influência pelo nível de produtividade exigido pelo trabalho gerido por OSs, como já discutido.

Por fim, outra questão que pode ter influência sobre as relações entre as

⁵⁵ Disponível em: <https://www.whatsapp.com/>.

profissionais e as potencialidades da interação na Atenção Primária é o clima de competição observado nas equipes da UBS1, tanto entre as equipes de Saúde da Família e as profissionais especialistas do CMS, quanto entre as duas equipes de Saúde da Família. A competição no primeiro caso pode estar relacionada tanto à disputa de território de atuação, quanto à crítica às diferentes formas de desenvolver o trabalho, considerando as discrepâncias de metodologia utilizadas e de vínculos empregatícios. No segundo caso, estava mais ligada a uma competição pela própria manutenção do emprego. As profissionais estavam receosas quanto à dispensa de uma das equipes por conta da diminuição de repasse de recurso da prefeitura para as OSs, tendo em vista a crise anunciada no município no momento da pesquisa como tratado no tópico ‘considerações sobre a conjuntura atual’ deste capítulo. A partir desse aspecto, pudemos observar o impacto direto da fragilidade dos vínculos empregatícios para a dinâmica de trabalho em equipe na instituição.

Buscando, então, uma síntese para a atenção primária em termos da forma como os sujeitos e suas ações se conectam no ambiente de trabalho pudemos definir três eixos de questões:

Em primeiro lugar, observamos que a lógica predominante de relação entre as profissionais se refere à articulação sequencial e encadeada das ações. Dessa maneira as ações eram desenvolvidas de forma isolada pelas profissionais, mesmo que realizada por mais de uma profissional ao mesmo tempo, mas ligadas entre si através de fluxos sequenciais de ações pré-estabelecidos nos serviços.

Mesmo nas atividades realizadas em conjunto, era comum que a atuação profissional fosse individualizada. Em acompanhamento à visita domiciliar, foi possível verificar que a agente comunitária de saúde atuava como guia da médica no território. Quem realizava a consulta de saúde no domicílio era a médica. A ACS fazia intervenções pontuais, relacionadas a sua atuação, como realização do cadastro, atualização de dados, etc. Na realização dos grupos, também, havia um direcionamento da profissional do serviço, e as residentes que estavam presentes, ocupavam mais um lugar de observadoras.

Um exemplo de atividade realizada com a presença de diferentes profissionais, mas sem interação foi o grupo de planejamento familiar desenvolvido pela UBS2. A realização do encontro foi centrada na enfermeira responsável (L.). A entrevistada ES28 esteve envolvida na coordenação da divulgação do grupo, garantindo que as agentes

fossem nas casas da população adstrita e fizessem contatos telefônicos para informar às pessoas sobre a ação. ES28 pareceu bastante envolvida em tornar viável a realização do grupo, o que demonstra certo nível de articulação entre as ações das profissionais (as duas enfermeiras e as agentes de saúde). Mas o momento do grupo, em que estiveram presentes a enfermeira L., e duas residentes, uma R1 (psicóloga) e uma R2 (enfermagem), somente L. preparou o material e conduziu a ação. A. e LO., as residentes, acrescentavam comentários, faziam perguntas para L. e para B., a única usuária presente, ao longo da conversa, mas não como se tivessem construído aquela ação em conjunto, eram participações pontuais (Diário de Campo). Nas atividades realizadas por profissionais do serviço em conjunto com as residentes, também, mesmo com mais de uma profissional na sala, cada atuação era realizada de acordo com os devidos lugares institucionais pré-estabelecidos. Por exemplo, algumas consultas eram denominadas de interconsultas, por serem realizadas por profissionais de diferentes áreas, incluindo residentes. No caso da UBS2, a equipe técnica⁵⁶ realizava as consultas juntamente com as residentes (psicóloga, enfermeira, assistente social). Na prática, a equipe técnica do serviço atendia o paciente e as residentes acompanhavam as consultas, faziam intervenções pontuais durante o atendimento e, algumas vezes, observações sobre o caso com a profissional que manejou o atendimento após a saída do paciente. Mas não havia interação de fato entre estas na consulta. Mesmo que as profissionais estivessem juntas no atendimento, a ação era realizada de forma individualizada. Funcionava mais como um espaço de aprendizado para as residentes, que como interconsulta profissional, que como o nome indica seria uma consulta realizada por dois ou mais profissionais em interação (Diário de Campo).

Na UBS1 um dos relatos da enfermeira apontou para a interconsulta como uma forma de dar conta do atendimento quando o atendimento em enfermagem não dava conta de atender à demanda do paciente. Neste caso, ou a médica ia até a sala da enfermeira para dar continuidade ao atendimento, ou a enfermeira ia até a sala da médica com o paciente (Diário de Campo). Desta forma, observou-se que a interconsulta pode significar mais uma atuação isolada dos saberes, à medida que um saber é solicitado quando o outro não “deu conta”, que uma interação entre os dois saberes na construção da intervenção junto ao paciente.

⁵⁶ Cabe ressaltar que, em geral, nas Unidades Básicas de Saúde, equipe técnica se refere às profissionais médica e enfermeira, como no caso apresentado.

Então, mesmo que uma ação fosse desenvolvida por várias profissionais ao mesmo tempo, cada profissional buscava a articulação entre as ações realizadas individualmente.

Em segundo lugar, existiam, todavia, atividades desenvolvidas em conjunto por duas ou mais profissionais, que se desvinculavam desta lógica mais geral das ações isoladas entre os diferentes campos de saber e profissões. Foi possível observar, em alguns casos, um esforço para efetivamente desenvolver um trabalho a partir de uma dinâmica de interação entre os sujeitos.

O grupo de gestantes desenvolvido pela UBS2 foi uma experiência de atuação em conjunto em que as profissionais atuaram a partir da interação entre elas. Liderado por ES28, o encontro foi conduzido pelas residentes R1 (enfermeira e psicóloga). Elas produziram um material, juntamente com ES28 sobre o conteúdo do encontro e entregaram para as mulheres. ES28 envolveu as agentes de saúde na divulgação do grupo e cobrou isso delas ao longo dos dias, de acordo com observações da pesquisadora. No encontro, nitidamente, elas tinham conversado anteriormente sobre o assunto que seria tratado. Ela e as residentes estavam bastante alinhadas na discussão (Diário de Campo).

A visita domiciliar era realizada em geral por mais de um profissional. No caso de uma das VDs observada para a pesquisa (UBS1) participaram uma médica, uma agente comunitária de saúde e dois acadêmicos de medicina. No caminho da Clínica até a residência da pessoa as profissionais e estagiários conversaram sobre projetos pessoais, sobre o trabalho na Clínica, inclusive situações cômicas de trabalho, impressões sobre outros colegas de trabalho, etc. A relação entre elas era de bastante descontração e os assuntos, apesar de muito relacionados ao local de trabalho, tinham um tom de pessoalidade. Já na visita, apesar de o momento da “consulta” ser centrado na ação médica, e as ações serem bem demarcadas em seus campos disciplinares de atuação (os estudantes observando e auxiliando a médica no que solicitado, a agente de saúde guiando o grupo pelo território, dando informações à família sobre cadastramento, farmácia popular, marcação de exames etc.), pôde ser observado que havia uma noção compartilhada de cuidado em saúde, em que agente comunitária, médica e estagiários de medicina atuavam juntos em prol de que aquela senhora atendida, e outras demandas familiares que surgiram, pudessem ter condições melhores de saúde (Diário de Campo).

Em terceiro lugar, foi possível observar que havia mais possibilidade de interação entre as profissionais nos casos mais complexos, dentre eles os casos de mulheres em situação de violência.

Esta dimensão pôde ser observada a partir de vários relatos. Em reunião de equipe, a nutricionista do NASF, no momento dos informes, alertou para a importância de que as profissionais compartilhassem com a equipe NASF os casos mais complexos, como por exemplo, os casos de violência (Diário de Campo); nessa UBS, de acordo com os relatos, além da equipe NASF, os RT's e o gerente costumavam ser envolvidos nas discussões dos casos de violência, tendo em vista a complexidade da questão (Diário de Campo).

Em entrevista, a enfermeira relatou:

Normalmente a gente nunca atende sozinha esses casos, porque é muito pesado, é muita coisa para lembrar... a gente sempre chama mais um profissional. E aí a gente, dependendo do caso... se ela quiser, a gente marca depois psicólogo logo para ela (Entrevista ES35, p. 11).

A enfermeira da UBS1 relatou que por não saber como agir com um caso de violência de gênero que atendeu, ela criou uma planilha com os casos mais complexos no sistema e a compartilhou com a médica (Entrevista ES22).

Este aspecto ficou visível, também, a partir de interrupções das enfermeiras durante a entrevista com a médica para solicitar auxílio e orientações para os atendimentos que estavam em andamento, como mencionado anteriormente no âmbito da discussão sobre as hierarquias, foi possível, todavia, observar um espaço de escuta e suporte entre as profissionais sobre as complexidades dos atendimentos. Um exemplo, uma destas interrupções se deu por demanda da enfermeira de falar sobre seu sentimento de confusão em relação a um atendimento. A mulher atendida estava com suspeita de gravidez, disse que não queria estar grávida, mas quando o resultado deu negativo, a mulher chorou. A médica acolheu o relato da enfermeira e disse que, provavelmente, a mulher tinha várias questões em relação à gravidez e que é difícil de entender mesmo. Orientou a enfermeira que seu trabalho seria simplesmente oferecer uma escuta qualificada (Diário de campo)

Seguindo essa linha, no âmbito da complexidade do caso, também, se encontram as discussões sobre a construção de um projeto assistencial comum. Analisando a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum, as entrevistas apontaram

para a maior probabilidade de mobilização da equipe para a construção comum de um projeto assistencial nos casos mais complexos, assim como indicaram os dados da interação entre as profissionais:

Só para casos mais complexos, o caso que a gente consegue levar no cotidiano, a gente não faz. Então assim... os casos de maior complexidade... dessa violência... que a gente atendeu essa mulher, mas mesmo assim a gente percebe... então a gente já anota (Entrevista ES36, p. 15-16).

Geralmente a gente costuma compartilhar esses casos mais complexos para ciência de todo mundo. Claro que respeitando a... a... a ética do sigilo profissional, nos casos que se julgue necessário, mas para que todo mundo esteja ciente, de forma que possa ter uma integralidade, um envolvimento mesmo da equipe como um todo, para que todo mundo tenha ciência, para saber, passar mesmo os acontecimentos. Quando um profissional de repente não estiver outro (Entrevista ES33, p. 16-17).

Não são todos os pacientes que a gente precisa construir... tem coisas muito pontuais... mas quando é uma coisa assim... – ah...-, sei lá... puxando para a violência...- ...essa paciente provavelmente sofre uma violência -, a gente discute aquele caso em equipe, como a gente vai abordar, e cada um dá uma opinião... o ACS dá a opinião dele também... - olha, lá é muito difícil... a gente não pode entrar. Olha, nunca entrei na casa dela -, - ah, tem um familiar que vai lá, conheço a tia...-, e assim a gente vai construindo. Normalmente é em equipe, não tem (Entrevista ES35, p. 15).

Todavia, como vem sendo delineado, a rotina dos serviços de atenção primária à saúde, são bem formatados de acordo com as normas gerais de funcionamento. Os lugares institucionais são bem delimitados, os fazeres pré-concebidos, as diretrizes das ações são escritas e seguidas. Sendo assim, as decisões sobre os projetos assistenciais quando não estão devidamente protocoladas, ou quando não se tratam de um “caso complexo”, estão preliminarmente a cargo de um profissional específico:

E aí a decisão sempre vai ser com alguém da equipe técnica, ou médico ou enfermeiro. Geralmente quem está atendendo naquele turno, que vai definir quem vai fazer essa primeira abordagem, né? (Entrevista ES19, p. 12-13).

A ACS da UBS2 afirmou que não existe uma definição em comum do que vai ser feito com o paciente, geralmente o profissional que está atendendo (médico(a) ou enfermeira) decide o projeto assistencial e o efetiva. Sobre a possibilidade de decidirem o projeto assistencial em reunião, ES31 respondeu:

[...] não ficam perdendo tempo... que...- vamos fazer uma reunião para decidirmos -, não tem como... não tem como, não tem como, entendeu?, eles

conversam, entendeu... passam para a gente, mas conversam. É o certo, na verdade é o certo, né? porque são eles que tem a caneta na mão para dar o direcionamento necessário (Entrevista ES31, p. 22).

Em algumas entrevistas, quando fosse o caso de uma construção coletiva do projeto assistencial, e não individualizada, foi possível verificar que o espaço das reuniões de equipe eram considerados privilegiados para as construções de projetos assistenciais comuns:

É decidido coletivamente. Quando chega, digamos, algum caso... que seja demandado pelo ACS, a gente discute na reunião de equipe... e a gente tenta entrar em consenso para um resultado melhor. Às vezes eu falo – olha, deixa eu falar com a residente para saber o que ela vai achar melhor nesse caso, que é um caso mais... digamos, mais específico para psicologia -, e aí a gente conversa para ver se é melhor resolver desse jeito. Às vezes as residentes ficam com a gente na reunião de equipe, elas também... participam e falam o que poderia ser... Mas não é só uma pessoa falando, não... não é só uma pessoa só resolvendo. A gente normalmente interage e faz um consenso mesmo para poder todo mundo ter voz e ver o que todo mundo acha que vai ser melhor para tal paciente (Entrevista ES28, p. 25).

De acordo com a enfermeira entrevistada, as reuniões de equipe eram realizadas para discutir os casos, tendo em vista que muitas vezes a equipe técnica precisava do olhar da agente comunitária que estava diretamente na área com aquele paciente (Entrevista ES22).

Podem discutir na reunião de equipe um plano terapêutico para aquela situação específica... pode ser que a equipe entenda que vai precisar de um matriciamento, e aí vai ter que recorrer a algum outro profissional da unidade... para discutir a situação... Vai variar de cada situação que chegar (Entrevista ES19, p. 12-13).

Considerando a importância das reuniões de equipe para a possibilidade de construção de projetos assistenciais comuns em equipe, empreendemos a análise dos espaços de reuniões de equipe, com base no diário de campo elaborado a partir da observação, tanto na análise do setor saúde, quanto das outras vocações assistenciais, também, como será visto adiante.

Como registrado no Diário de Campo, nas três Unidades Básicas de Saúde existiam reuniões gerais, nas quais participavam todas as profissionais, inclusive da área administrativa e eram lideradas pela gerência/direção da unidade. Em duas unidades básicas estas reuniões tinham periodicidade mensal, na UBS1, não tinham uma periodicidade definida e eram realizadas em dois dias diferentes, para possibilitar que

todas as profissionais que trabalhassem no serviço, em diferentes escalas de trabalho, também pudessem participar. A realização da reunião em dois dias diferentes aponta para o número elevado de profissionais que atuam na unidade e para as diferenças de jornada de trabalho, de escalas etc., mas trata também, da reunião geral como um espaço de informação. Este espaço privilegiado de diálogo entre chefia e trabalhadores, tendo em vista que somente a gerente e a diretora da unidade estiveram presentes e lideraram as duas reuniões, constituiu um espaço de caráter informativo que primava por possibilitar o acesso do maior número de profissionais às informações veiculadas nos encontros. Sobre o caráter informativo da reunião geral, a diretora do CMS iniciou a reunião afirmando que o encontro seria para falar o que todo mundo já sabia, mas que não custava lembrar. O caráter informativo da reunião geral foi, também, observado neste tipo de encontro nas outras duas unidades.

Nesse sentido, foi possível observar que as reuniões gerais, nas três unidades, se referiam a um espaço gerencial em que predominavam informes gerais, discussões burocráticas sobre o funcionamento das unidades, combinações sobre atividades em conjunto e prescrições de condutas. Sem prejuízo do espaço de fala para todas as profissionais nestes encontros.

Cada equipe de saúde da família, nas três unidades de saúde, tinha um turno na semana para a realização de reunião de equipe, separadamente das outras. Estas reuniões eram geralmente conduzidas pelas enfermeiras, consideradas as líderes das equipes de saúde da família. Na UBS3, as médicas residentes de saúde da família conduziam as reuniões de algumas equipes, talvez pela especificidade de estarem em formação em serviço. Na UBS1, uma das equipes era liderada pela médica, pois a enfermeira recém contratada ainda estava em treinamento. O discurso da médica era de que estava neste lugar temporariamente até a enfermeira estar apta a liderar a equipe.

A reunião de equipe da UBS2 acompanhada parecia funcionar, principalmente, como um espaço de informes em que eram discutidas em equipe questões relacionadas a procedimento de marcação de consultas, atendimento de demanda, adiantamento de consulta, definição de horários de VDs, de fluxos institucionais, lugares institucionais, entre outros assuntos. Essa reunião teve um grande atraso e estava relacionada a um espaço burocrático cujas profissionais, especialmente as agentes de saúde prestavam contas do seu trabalho para a enfermeira. O médico participou em apenas parte dela, pois precisou cobrir a agenda de uma médica ausente. A própria ‘discussão de casos’, se

referia a um relato de situações por parte das Agentes de Saúde para a enfermeira e o médico, sobre determinados casos, não havendo uma construção coletiva de caminhos possíveis de intervenção, apenas ‘informes de casos’.

Na UBS1 foi possível acompanhar as reuniões das duas equipes de saúde da família.

Como impressão geral da primeira reunião acompanhada, apesar dela ser um espaço de fala para todas as profissionais, estas atuavam de forma destacada e não havia uma conversa efetiva para construir coletivamente as ações em saúde e a articulação dos sujeitos. Nem mesmo a sugestão da médica de que a ata da reunião fosse feita por outra profissional, numa possível tentativa de incluir outra profissional no protagonismo desse encontro teve sucesso e ela mesma conduziu a reunião e fez a ata.

Basicamente, a reunião funcionou como um espaço de informes da médica para o restante da equipe. Ao longo da reunião, as profissionais, especialmente as agentes de saúde, respondiam às perguntas da médica, emitiam opiniões, sugestões, todavia, não foi possível observar uma construção de algum projeto assistencial em conjunto ou mesmo de alguma intervenção construída coletivamente. Mesmo a discussão de um caso de violência de gênero foi realizada da seguinte forma: relato do caso pela médica que prestou atendimento, reconhecimento de quem é a mulher por uma agente de saúde que já atuou na área em outro momento e cada profissional que tinha alguma informação sobre o caso fez um relato sobre aspectos pessoais da vida da mulher, e, por fim, a médica concluiu por aguardar a agente de saúde responsável pela área da mulher em situação de violência retornar de férias para marcarem uma visita domiciliar juntas.

Na mesma linha, em outro momento, a médica quis saber a opinião das agentes sobre o acolhimento, pois estava incomodada com o tempo de espera dos pacientes. A conversa girou sobre esse incômodo, pelo fato de alguns pacientes terem ido algumas vezes ao serviço sem conseguirem atendimento. No entanto, não obteve propostas sobre outras formas de acolhimento, tampouco qualquer construção coletiva de alguma conduta possível. Em relação à segunda reunião de equipe acompanhada, a enfermeira, na liderança da reunião desta outra equipe de saúde da família, também encontrou algumas dificuldades para a adesão das profissionais na construção deste espaço como um espaço coletivo. Não havia voluntárias para elaborar a ata da reunião, apesar de a enfermeira ter lembrado à equipe sobre combinação anterior acerca de um revezamento na responsabilização sobre a ata entre elas. Apesar de as profissionais terem um espaço

de fala, a reunião ficava bastante centralizada na enfermeira e nas questões que ela apresentava para discussão.

Dentre os assuntos apresentados para a reunião, houve um espaço para discussão de casos, levados pela enfermeira e pela médica para a equipe. A ‘discussão do caso’ incluiu relato do caso pela profissional responsável, definição de condutas, considerações políticas e teóricas sobre a atuação profissional e os limites desta atuação, todavia, apesar do espaço aberto de fala, a definição da conduta ficava a cargo de cada profissional implicado, não havendo uma proposta de trabalho construída coletivamente e acordada entre os profissionais. Existe uma explicitação do caso, e considerações sobre a definição de cada profissional individualmente sobre como atuar. Como exemplo, ES22 apresentou na reunião um caso de uma mulher que acabou de ter um bebê que apresentava risco de contrair sífilis. ES22 estava muito preocupada, pois essa mãe não levava a criança para a consulta e pediu que a agente de saúde fosse novamente à casa dela para remarcar. A equipe considerou a periculosidade do local, o fato de o pai da criança ser do tráfico, dentre outros aspectos. Discutiram os limites da equipe de saúde, especificamente das agentes de saúde na busca das pessoas para o atendimento nos serviços de saúde. Falaram das dificuldades para acompanhar essa mãe com o pré-natal. A sugestão de ES22 era de que a agente de saúde da área dessa mulher fosse até sua casa para remarcar a consulta perdida, e também a visitasse uma hora antes do horário marcado lembrando-a, para garantir sua ida à unidade para o pré-natal. A médica E. disse que tinha uma opinião diferente da gerente da unidade, a qual apoiaria esse tipo de ação. Para ela, a unidade de saúde não tinha que ficar atrás das pessoas para levarem para o posto, este tem que estar aberto para a população, mas não ficar obrigando as pessoas a irem ao serviço. A equipe ficou nesse impasse, ES22 reiterou sua preocupação com a saúde dessa criança, mas todos concordaram que era uma questão bastante complexa. Não obstante o rico espaço de discussão e de troca, a decisão sobre a ida da agente de saúde à casa da usuária para remarcar a consulta ficou a cargo da própria agente de saúde.

Durante a reunião, também, houve espaço para as profissionais compartilharem suas ações isoladas de modo que as outras profissionais soubessem as rotinas da equipe como um todo.

Em geral, as profissionais tinham um espaço de fala e de escuta nesse encontro. Todas opinavam, todavia, as falas eram bastante individualizadas. Cada profissional

discutia as questões trazidas a partir do impacto para a própria atuação. E as decisões sobre o que é discutido terminava também sendo responsabilidade de uma única profissional. Não foi possível observar a construção de um projeto comum enquanto equipe e a responsabilização compartilhada das ações.

Enquanto nas reuniões das equipes das UBS1 e UBS2 participaram somente as equipes de saúde da família (médica, enfermeira técnica de enfermagem e agentes de saúde), nas reuniões da UBS3 participavam outras profissionais da unidade que tinham atuação direta com as equipes, como as profissionais do NASF e os preceptores da residência.

A primeira reunião de equipe da qual a pesquisadora participou foi bastante longa, aproximadamente quatro horas, enquanto as outras duravam entre uma hora e meia e duas horas. Esta se estendeu e contou com a participação de três médicas residentes (R1, R2, R3), a enfermeira, a técnica de enfermagem, seis ACSs, sendo que uma das agentes se revezava entre o acolhimento e a reunião, ficava, portanto, em pé, na porta da sala de reunião, entrando e saindo, três residentes de residência multiprofissional (nutricionista, psicóloga, enfermeira), a nutricionista do NASF e o preceptor da residência. Este último participou apenas de uma parte da reunião.

Inicialmente houve uma discussão sobre quem conduziria a reunião e foi proposto pela médica que costuma conduzi-la, um revezamento entre as médicas para promover a capacitação de todas as residentes médicas nesta ação. A enfermeira, sem discussão, ficou fazendo a ata da reunião. A técnica de enfermagem chegou bastante atrasada e não emitiu nenhuma fala ao longo de todo o encontro.

Foi possível observar uma dificuldade na relação entre as médicas, a enfermeira e as agentes de saúde. As divergências de opiniões nos assuntos tratados em reunião eram frequentes e as hierarquias não estavam estabelecidas de forma clara. A partir de uma solicitação de uma das agentes de saúde de que o preceptor participe das reuniões integralmente, questionou a legitimidade das médicas residentes para tomar decisões e conduzir esses encontros. Em momentos de impasse, a figura do preceptor era sempre solicitada, mesmo não estando presente. Por parte das médicas, foi possível observar uma dificuldade de compreender as falas das agentes de saúde. Como exemplo, após a agente de saúde fazer o relato de uma reunião externa da qual participou, as médicas pediram para ler o livro de ata em que a preceptora fazia o relato da mesma, alegando que não estavam compreendendo o que se decidiu, a partir da fala da ACS. Após

impossibilidade de compreensão da letra da preceptora no livro de ata, mandaram mensagem para o preceptor pedindo esclarecimentos, o preceptor, então, entrou na reunião para fazer um relato sobre o fato e somente nesse momento as médicas disseram que compreenderam a questão. A agente de saúde, insatisfeita, disse que o preceptor apenas repetiu o que ela já havia falado, e sem questionar o fato, uma das médicas disse que só quando o preceptor relatou, foi possível compreender a questão. Em geral, em momentos de impasse, a equipe convocava ou o preceptor, ou deixavam a questão para conversar com o gerente da unidade.

As ‘discussões de caso’ ocuparam apenas o final da reunião, e envolviam o relato do caso pela profissional de referência, apresentação de impressões sobre o mesmo pelas outras profissionais, especialmente pelas agentes de saúde que tiveram contato específico e orientações do preceptor sobre a condução do caso.

As divergências no que se refere à visão técnica do caso ficaram claras, também, em alguns momentos. As profissionais médicas, enfermeira e nutricionista do NASF com uma visão mais técnica sobre o caso, olhando para os cuidados em saúde que a pessoa necessitava, visão clínica das questões; e as agentes de saúde com um olhar mais pessoalizado sobre a questão, mais preocupadas com os impactos das decisões “técnicas” para o trabalho cotidiano das próprias agentes.

Um relato do diário de campo que retrata bem esta questão se refere à discussão em reunião de equipe sobre o caso de uma mulher com anorexia e problemas cognitivos que era fora de área, mas foi atendida na unidade:

Um embate se instalou entre as médicas, enfermeira e nutricionista que olham para as necessidades de saúde dessa mulher e as agentes de saúde que a enxergam como “mulher de bandido”, “mentirosa”, “manipuladora”, e um futuro “problema” para o trabalho das agentes de saúde, pois se houver necessidade, quem vai ter que ir para outra área fazer busca ativa serão as agentes de saúde, especificamente uma delas que já a atendia em outro momento da vida. Ao mesmo tempo, nenhuma das profissionais de saúde queria se responsabilizar pelo caso, pois ela não é da área, de fato. A nutricionista cobrou da equipe um posicionamento, especialmente da enfermeira que atendeu a última vez. Enquanto C., principalmente, insistia com a perspectiva da necessidade de cuidado dessa paciente, uma agente de saúde falou que ela poderia, então se responsabilizar pelo atendimento a essa mulher e arcar sozinha com todas as consequências que isso pudesse trazer. Elas acordaram conversar com ES32 sobre a possibilidade de ela ser atendida pela equipe NASF (nutricionista e psiquiatra) por um tempo, incluí-la como sem área, e, portanto, responsabilidade de todo o posto, não só da equipe C. Escolher profissionais responsáveis para ela, dentre todos os profissionais da unidade, e que esses profissionais responsáveis entrem em contato com a Clínica L. para promover a adesão da jovem à Clínica da área

dela. E que, ela continue o atendimento ali por enquanto (Diário de Campo, p. 273).

Sendo assim, foi possível observar que a dinâmica da reunião desta equipe possibilitou um amplo espaço de fala para todas as profissionais, independentemente dos vínculos, e diante desta democratização do espaço de fala há uma clara disputa de poder nas hierarquias da legitimação destas e do poder de decisão. Não foi possível observar a construção de um projeto assistencial comum, tendo em vista que as disputas se sobrepuseram sobre as questões.

A reunião da segunda equipe da UBS3 com a participação da pesquisadora foi mais curta, e assim como nas outras unidades, com a participação de três médicas, cinco agentes de saúde e a educadora física do NASF. A reunião foi conduzida por um médico, não houve discussão sobre quem a conduziria escreveria a ata, os lugares institucionais estavam pré-definidos no que se referia ao seu funcionamento.

A educadora física participou dando um informe sobre um evento que estava organizando junto com a CAP em outro local e solicitando colaboração da equipe para participarem do evento e viabilizarem a ida dos usuários ao evento. Reforçando o caráter informativo desta reunião, uma agente de saúde bucal, apesar de não ter participado, interrompeu o encontro, para passar a rotina de marcação de dentista para a equipe repassar para sua população. Em outro momento, o gerente entrou na sala e perguntou se o Agente de Vigilância em Saúde (AVS) tinha ido à reunião para falar sobre “o caso dos cachorros”. O médico respondeu dizendo que não e até o final da reunião o AVS não chegou para o tal informe. Todavia, destacamos esta movimentação de diferentes profissionais utilizando o espaço da reunião como um lugar de informes para as equipes, mesmo sem participar da mesma enquanto equipe.

Tendo em vista os lugares institucionais bem definidos, as questões administrativas eram encaminhadas à gerência, as questões técnicas encaminhadas à equipe técnica, as questões mais ligadas ao território e a garantia da divulgação das informações para a população às agentes de saúde. Foram discutidos os casos de gestante, em que, o médico olhava no sistema os prontuários de cada uma, informava a equipe sobre a última e a próxima consulta, solicitava que as agentes acompanhassem essas mulheres mais de perto, especialmente as que estavam com dificuldade de aceitar a gravidez.

Em termos gerais, havia uma construção pré-estabelecida dos lugares institucionais, como já apontado, e esta definição facilitava a fluidez das ações entre as profissionais. Todavia, as profissionais falavam de lugares institucionais isolados, não sendo possível observar uma interação entre os sujeitos para a construção de um projeto assistencial comum, apesar da possibilidade de perceber que havia uma concordância entre os sujeitos nos projetos de intervenção em voga.

4.3.3 Centro de referência: caracterização geral

De acordo com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, os Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência são serviços especializados para assistência a mulheres em situação de violência (Brasil, 2011b). Parte integrante, portanto da Rede de atendimento à mulher em situação de violência (Brasil, 2011b; Brasil 2011c).

[...] estruturas essenciais do programa de prevenção e enfrentamento à violência contra a mulher, uma vez que visa promover a ruptura da situação de violência e a construção da cidadania por meio de ações globais e de atendimento interdisciplinar (psicológico, social, jurídico, de orientação e informação) à mulher em situação de violência. Devem exercer o papel de articuladores dos serviços organismos governamentais e não-governamentais que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de vulnerabilidade social, em função da violência de gênero [...] (Brasil, 2006c, p. 11).

Considerando que o fenômeno violência de gênero é multifacetado e complexo, os centros de referência promovem a escuta das mulheres em situação de violência e possibilitam a elaboração de estratégias de enfrentamento das situações a partir de atendimento interdisciplinar (Brasil, 2006c).

De acordo com Pougy (2010), estes equipamentos funcionam como “referência da tentativa de ruptura da situação de violência de gênero, dinamizando o acesso aos demais entes e às soluções que consegue vislumbrar, com base em orientação e apoio, o que poderá potencializar o resgate de sua condição cidadã” (p. 82).

Como a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência sugere a contratação de profissionais mulheres, em sua maioria, por considerar que as mulheres em situação de violência, geralmente, se sentem mais a vontade ao serem atendidas por mulheres; ao mencionar profissionais dos Centros de referência, como já expressado, o faremos no feminino, seguindo a lógica de que a generalização da língua deve considerar o maior número de pessoas a que se refere. Se a orientação é para que a equipe seja composta por uma maioria de mulheres, faremos referência no feminino, portanto.

Pautadas “no questionamento das relações de gênero baseadas na dominação e opressão dos homens sobre as mulheres, que têm legitimado e perpetuado, as desigualdades e a violência de gênero” (Brasil, 2006c, p. 15), as profissionais dos Centros de referência devem não só acolher a mulher em situação de violência, mas também, monitorar e acompanhá-la em seu percurso por outros serviços da rede. O serviço como aponta o documento deve ser a referência para esta mulher no percurso pela rede para o enfrentamento da situação de violência (Brasil, 2006c).

Há que se destacar uma questão ligada à denominação destes serviços. Os Centros de Referência, na verdade, podem ser reconhecidos por diferentes nomes nos diferentes municípios do Brasil: Casa da Mulher, Centro Especial de Orientação à Mulher, Centro Integrado de Atendimento à Mulher, Centros de Referência de Atendimento à Mulher (SPMulheres, 2013). Atualmente, este tipo de serviço tem sido mais reconhecido por ‘Centro Especializado de Atendimento às Mulheres (CEAM)’. Para o presente trabalho, optamos por abordar os serviços como Centros de Referência, dando destaque ao lugar de acompanhamento das mulheres em situação de violência que estes serviços ocupam na política, uma referência para a mulher por onde quer que ela circule no caminho de enfrentamento à violência de gênero.

Além deste trabalho direto com a mulher em situação de violência, os Centros de Referência são responsáveis, também, por promover a articulação dos serviços que integram a rede de atendimento às mulheres em situação de violência (Brasil, 2006c).

De acordo com a Norma Técnica (NT), a equipe do Centro de Referência deve ser composta pelas seguintes profissionais:

Uma coordenadora para construir e monitorar o orçamento anual, contratar profissionais e garantir que os procedimentos técnicos e de segurança estejam de acordo com os descritos na Norma; duas secretárias para recepção; uma psicóloga e uma

assistente social para o atendimento inicial; uma advogada para atendimento jurídico; uma assistente social para o atendimento social; uma psicóloga para atendimento psicológico, uma arte-terapeuta para atividades complementares; uma educadora para a brinquedoteca; uma ajudante-geral para a área de serviços gerais (Brasil, 2006c).

A seguir, a figura 1 mostra o Organograma dos Centros de Referência estabelece os lugares institucionais das profissionais:

Figura 1 – Organograma dos Centros de Referência

Fonte: Brasil, 2006c, p. 32.

A Norma Técnica descreve, ainda, diretrizes para orientar a atuação multidisciplinar, dentre as quais destacamos: a formulação singular das intervenções para cada pessoa atendida, de modo que as diferentes intervenções não sejam pré-estabelecidas; a articulação do atendimento entre as diferentes profissionais sem confusão de papéis, mas mantendo a tensão entre as diferenças oriundas das especificidades das ações disciplinares; e, por fim, a seguinte diretriz: “As diferentes intervenções podem ocorrer quase simultaneamente, é a diversificação concomitante dos liames entre os diferentes campos e não a adição de resultados de várias relações e técnicas complementares se sucedendo que pode ter um efeito sinérgico.” (Brasil, 2006c, p. 18).

De acordo com a Norma Técnica:

O trabalho em equipe deve ser promovido e fortalecido, sendo estabelecidos pela coordenação mecanismos participativos de tomada de decisão, uma vez que esse tipo de estrutura garante que a interação e as relações entre os(as) profissionais sejam baseadas na solidariedade, igualdade, responsabilidade e no compromisso pessoal, afastando o risco do exercício do poder centralizado e autoritário (p. 28).

Considerando, portanto, que os Centros de Referência devem oferecer orientações sobre os direitos das mulheres, em termos gerais, orientações sobre a rede de atendimento às mulheres em situação de violência e atendimentos social, jurídico e

psicológico (em grupo ou individual) às mulheres em situação de violência que cheguem ao serviço encaminhadas de outras instituições ou por demanda espontânea, a Norma Técnica define quatro fases para o atendimento: acolhimento e informações gerais; orientação à mulher em situação de violência - diagnóstico inicial e encaminhamento; diagnóstico aprofundado e atendimento; monitoramento do atendimento e encerramento do atendimento (Brasil, 2006c).

Conforme o mesmo documento, na primeira fase (acolhimento e informações gerais), a mulher em situação de violência será atendida por profissionais administrativos para informações gerais sobre o serviço e a rede de atendimento. Caso a mulher decida prosseguir no atendimento dentro do Centro de Referência, na segunda fase (orientação à mulher em situação de violência - diagnóstico inicial e encaminhamento), a mulher será atendida por duas profissionais (psicóloga e assistente social) com o objetivo de estabelecer o vínculo da mulher com o serviço, oferecer uma escuta qualificada e respeitosa, construir com a mulher um diagnóstico inicial de seus riscos e necessidades, opções de encaminhamento, plano personalizado de atendimento, plano pessoal de segurança, informar à mulher sobre os próximos passos nesse processo.

A terceira fase (diagnóstico aprofundado e atendimento) se refere aos atendimentos social, psicológico, jurídico, arte-terapia com o objetivo de aprofundar o diagnóstico preliminar construído pela equipe de atendimento inicial (Brasil, 2006c).

O atendimento social se refere ao atendimento por profissional do serviço social para orientar a mulher quanto aos seus direitos no que se refere aos programas sociais e inseri-la nos programas adequados ao seu caso. A assistente social é responsável, também, por manter contato com as coordenações das casas abrigos para viabilizar o abrigo de mulheres em grau elevado de risco (Brasil, 2006c).

O documento citado traz ainda que o atendimento psicológico, realizado por profissional de psicologia, visa à promoção do resgate da autoestima da mulher e o cuidado relacionado aos aspectos psicológicos que envolvem a vivência da situação de violência para a mulher.

Aponta também que o atendimento jurídico se refere ao atendimento individual por profissional do direito com o objetivo de informar e acompanhar a mulher nas ações de naturezas policial e jurídica.

Quanto à composição das equipes técnicas, nos dois Centros de Referência, à época da pesquisa está demonstrada no quadro 2 a seguir:

Quadro 2 - Composição Equipes Técnicas Centros de Referência

Serviço	Coord	Psicóloga	Assistente social	Advogada	Adm	Apoio
Especializado3	1	4	3	1	3	2
Especializado4	2	2	3	1	1	1

Para fins de esclarecimentos, no que se refere ao tópico ‘coordenação’, a coordenadora do Especializado4 era assistente social e a coordenadora do Especializado3 era psicóloga, no Especializado4, além da coordenadora, havia uma assessora de coordenação, que também era assistente social. A advogada que atendia no Especializado4 era integrante da equipe técnica da casa abrigo do município, se deslocava para atendimento no Especializado4 quando solicitada pela equipe técnica. A profissional do administrativo do Especializado4 era formada em pedagogia e exercia determinadas funções híbridas. A equipe de apoio do Especializado3 era composta por uma auxiliar de serviços gerais e um policial. O profissional de apoio do Especializado4 era o motorista.

A equipe do Especializado3 trabalhava por turnos, turno da manhã, turno intermediário e turno da tarde. Já a equipe do Especializado4 trabalhava em horário integral, e se revezam em uma folga semanal.

No Especializado3 a maior parte das profissionais era contratada por cargo comissionado do estado. Uma das psicólogas era servidora da Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro, cedida para o Especializado3. Já no Especializado4, a maior parte das profissionais era concursada da Prefeitura do Rio, somente uma das psicólogas era contratada por OS.

O Especializado4 funcionava como polo de estágio de uma residência multidisciplinar em Saúde da Mulher, em que, à época da pesquisa, três residentes atuavam no serviço. Dessa forma, havia uma relação cotidiana com a formação de quadro técnico especializado para o atendimento às mulheres em situação de violência. A preceptoria da residência constituía uma das atividades da equipe do Especializado4, em que empreendiam o acompanhamento das residentes no cotidiano do serviço.

Como exposto, no âmbito das normas que orientam a atuação nos Centros de Referência, a essência do trabalho de um Centro de Referência é o acompanhamento da mulher no caminho para o enfrentamento da violência. O objetivo é basicamente ser a referência da mulher neste percurso.

Como ações desenvolvidas por ambos os serviços temos: recepção; primeiro atendimento com equipe técnica; atendimentos agendados por equipe técnica; grupo de reflexão; atividades externas; reuniões externas; estudos de caso interinstitucionais; reuniões de equipe; encaminhamento para a rede; produção de relatórios técnicos.

Diferentemente do Especializado3, em que a recepcionista participava da parte inicial do atendimento com a primeira escuta da demanda da mulher e preenchimento da parte inicial da ficha de cadastro, no Especializado4, a pessoa que ocupava a recepção apenas informava à equipe técnica sobre a chegada de mulheres no serviço.

Em ambos os serviços o primeiro atendimento podia ser realizado por qualquer membro da equipe técnica. Todavia, no Especializado4 esta ação era realizada primordialmente pelas assistentes sociais e no Especializado3 tanto pelas assistentes sociais, quanto pelas psicólogas. O primeiro atendimento não constituía uma ação do cotidiano da profissional do direito. Em ambos os serviços, a profissional que realizava o primeiro atendimento se tornava a profissional de referência da mulher no serviço. O primeiro atendimento podia ser por demanda espontânea ou por agendamento através do encaminhamento de outro serviço.

De acordo com a demanda da mulher, podiam ser agendados atendimentos psicológico, social ou jurídico, individualmente ou em conjunto com a profissional de referência. Nesse caso, é importante ressaltar a especificidade do Especializado4 que realizava acompanhamento psicológico de cunho terapêutico com as mulheres.

Outra ação desenvolvida pelas profissionais no serviço era o grupo de reflexão. No Especializado4, com periodicidade quinzenal, as profissionais se revezavam em duplas responsáveis por cada encontro, preferencialmente, uma psicóloga e uma assistente social. O grupo era composto por aproximadamente quinze mulheres e consistia em uma das formas de acompanhamento da mulher na superação da situação de violência. No momento em que a pesquisa foi realizada, não estavam ocorrendo os grupos de reflexão no Especializado3, apesar de muito mencionados nas entrevistas. As profissionais incluíram o grupo de reflexão no escopo da oferta de atendimento a mulheres em situação de violência da instituição.

Outra ação no escopo do cotidiano do Especializado3, um ‘Disque’ com o objetivo de orientar as mulheres em situação de violência e profissionais de outros serviços. Este telefone podia ser atendido por qualquer profissional (administrativo ou equipe técnica) do Especializado3. Quando atendido primeiramente por uma profissional da equipe administrativa, esta emitia as orientações iniciais e repassava o contato para a técnica de plantão. O Disque funcionava como uma porta de entrada do serviço, também e era utilizado tanto para orientação de mulheres, quanto para orientação de equipes que precisavam de apoio com algum caso de mulher em situação de violência.

As atividades externas se referiam à participação em eventos sobre violência de gênero e temas afins, rodas de conversa, palestras em outras instituições, ações sociais, atividades externas com as mulheres, dentre outras relacionadas. Os serviços, eventualmente, também, promoviam eventos voltados para a temática.

4.3.4 Centro de Referência: potencialidades para o trabalho em equipe

Para a análise sobre o trabalho em equipe desenvolvido nos Centros de Referência, daremos prosseguimento à investigação sobre as ações desenvolvidas nos serviços, com ênfase nas possibilidades de articulação entre as ações. Antes disso, cabe uma análise categorial sobre a compreensão das profissionais acerca de trabalho em equipe, considerando que a representação das profissionais sobre o tema impacta nas ações cotidianas.

Tomando como base a análise empreendida nas entrevistas das profissionais de saúde, iniciaremos com uma categoria presente nos dois setores (saúde e centros de referência) e apesar de ter sido uma representação predominante no setor saúde, no setor Centro de Referência esteve presente em apenas uma das entrevistas e de forma sucinta - **complementaridade das ações individuais:**

[...] É um trabalho de complementaridade (Entrevista EE13, p. 27).

Outra categoria, bastante presente nas representações das profissionais de saúde, mencionada por apenas uma profissional dos Centros de referência foi a noção de trabalho em equipe a partir da **ajuda mútua**:

Você poder contar com o outro... Se estou muito embananada em uma situação de trabalho... – espera aí, me ajuda aqui... hoje não estou muito bem... atende pra mim...- [...] você poder contar com teu colega de trabalho, né (Entrevista EE15, p. 15).

A representação de que trabalho em equipe se refere à facilitação da comunicação, a partir de uma perspectiva horizontal, ganhou outros contornos nas entrevistas dos Centros de Referência. Chamou atenção a perspectiva da **horizontalidade das relações**, e dentro dessa categoria, foi colocada a importância de dar voz às profissionais, questão relacionada à comunicação. Todavia, há que se observar que enquanto no setor saúde a questão da comunicação se sobrepunha à discussão sobre as hierarquias, para o setor Centros de Referência, a questão da hierarquia se sobrepunha à discussão sobre comunicação.

Todos são igualmente importantes (Entrevista EE13, p. 27).

Supervisão horizontal (Entrevista EE13, p. 27).

Ele é horizontal, o sentido de todos terem voz... ele tem que respeitar os diferentes olhares (Entrevista EE16, p. 24).

Central para a representação das profissionais dos CRs sobre trabalho em equipe foi a compreensão relacionada a **trabalho em conjunto**, em que as relações de trocas entre as profissionais e os diferentes saberes ganham destaque nas falas:

Trabalho em equipe é um trabalho de composição, de compartilhamento... de troca (Entrevista EE13, p. 27).

Pra mim é troca de saberes (Entrevista EE14, p. 15-16).

Eu acho que trabalhar em equipe... é não trabalhar sozinha... (ri)... É... é estar mesmo trocando o tempo todo [...] sempre essa troca (Entrevista EE18, p. 24).

Troca de pluralidades, de saberes... de visões, de conhecimento (Entrevista EE17, p. 16).

Uma categoria que surgiu nas entrevistas do setor Centro de Referência, mas não esteve presente no setor saúde, foi a representação ligada às **relações pessoais positivas** para a compreensão sobre trabalho em equipe:

Relação boa com as pessoas [...] boa relação de trabalho (Entrevista EE15, p. 15).

Também é uma questão pessoal, a gente acaba virando uma família de alguma forma (Entrevista EE14, p. 15-16).

Após a exposição da compreensão sobre ‘trabalho em equipe’, as profissionais foram questionadas sobre se consideravam que atuavam em equipe no Centro de Referência em questão e a discorrer sobre exemplos positivos e negativos dessa forma de trabalho em equipe. Estas respostas acrescentaram material à discussão sobre o que as profissionais compreendem como trabalho em equipe.

Em relação à compreensão de que a equipe do Especializado⁴ trabalha em equipe, a assistente social afirmou que pela natureza da temática de trabalho do Especializado⁴ não tem como trabalhar sozinha. O trabalho em equipe é inerente ao tema da violência, de acordo com a entrevistada, corroborando, assim, a literatura (Medeiros e Guareschi, 2009; Arboit et al., 2017; Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Gomes et al, 2012; Menezes et al, 2014; d’Oliveira, 2009). Conforme a entrevistada, um exemplo positivo de trabalho em equipe seria:

Enquanto uma atende a outra está fazendo contato lá com o Abrigo... vendo as possibilidades da vaga, outra está ligando o... para algum outro lugar que ela precise passar antes de fazer isso... Acho que todos os atendimentos que a gente faz sempre tem esse... esse trabalho de equipe de alguma forma acontece, mesmo quando a gente atende sozinha assim, e a outra fica na retaguarda... do serviço... uma sinaliza... ‘vai precisar encaminhar para tal lugar, levar para tal lugar’, então vai adiantando isso. Então acho que... especificamente não saberia agora te dizer nenhum... mas acho que em todos, principalmente quando é um caso de abrigo assim... que aí envolve essa articulação maior... mesmo, com outros espaços (Entrevista EE18, p. 25).

Sobre se o serviço Especializado⁴ atua em equipe, EE16 afirmou que as profissionais ‘sempre’ atuam em equipe neste serviço, e explicou:

É claro que algumas ações às vezes parecem ser isoladas, mas mesmo algumas que – ah... fulano decidiu isso -, mas depois quando eu vou ver... tem sempre – ah, mas eu conversei, eu falei -, então tem sempre uma troca, tem sempre uma troca. Acho que o trabalho de equipe é troca. Então, não vejo os profissionais trabalhando de forma individual, isolada e separada.

Mesmo que estou atendendo fulana lá na salinha, é atendimento da psicologia, mas quando chega há uma troca. Há uma troca (Entrevista EE16, p. 25).

No que se refere ao trabalho em equipe no Especializado3:

Quando eu entrei não trabalhavam em equipe... [...]...trabalhavam juntas... [...] Elas trabalhavam juntas, mas não trabalhavam em equipe, cada um no seu quadrado. E essa mulher era compartilhada, porque às vezes uma entrava de férias... a outra... mas era assim... tinha um sistema muito rígido de... de fluxo interno (Entrevista EE13, p. 28).

Sobre a interação profissional no serviço, a entrevistada EE13 ampliou a visão e destacou que não só as profissionais atuavam em conjunto, interagindo tanto no momento do atendimento quanto nos momentos de troca entre elas para compartilhamento do caso, como os saberes disciplinares eram compartilhados entre as profissionais de diferentes áreas:

É porque funciona muito... realmente... em alguns casos... eh... em alguns casos não, sempre funciona como estudo de caso... Estudo de caso é uma troca... então não tem assim... 'a minha visão porque eu tive contato pessoal com ela... é mais precisa do que a sua visão'. Não funciona assim. 'Ah, eu sou psicóloga então eu... eu sei que estou falando, dos aspectos subjetivos, e você é assistente social... ou você é advogada, você não tem conhecimento para isso'. Que às vezes não passa só pelo conhecimento mais teórico, mais técnico. Até porque muito desse conhecimento... dado o tempo de convivência, já é trocado. Então... não preciso de uma assistente social para explicar para ela, como acessar os benefícios. Eu não preciso de uma assistente social para encaminhá-la para o CREAS, eu não preciso da psicóloga para encaminhá-la para o CPRJ... entendeu? A assistente social não pode encaminhar para psicoterapia, mas para uma avaliação, para o [...] CAPS, pode [...] ... agora explicar como funciona o procedimento... eh... da audiência... né?, do... da medida protetiva. Aqui todas fazem isso com os pés nas costas... não precisa trazer a advogada para o atendimento (Entrevista EE13, p. 21).

Consideramos esta noção relacionada à categoria **integração entre os saberes**, presente em uma das entrevistas do setor saúde, em que há uma fluidez maior entre os saberes e as práticas profissionais. Isto, não obstante a existência de situações específicas de cada área profissional, para as quais os profissionais especialistas são convocados a atuar de acordo com as especificidades de seu campo de conhecimento.

Exposta a compreensão das profissionais sobre trabalho em equipe prosseguiremos com a análise do material coletado, partindo do referencial teórico suporte para essa questão: a articulação das ações, a interação entre as profissionais e o

projeto assistencial comum. Apesar da afirmação da entrevistada: “não existe um modelo... na verdade é uma adaptação caso a caso... de acordo com a demanda.” (Entrevista EE17, p. 11), sobre o caminho que a mulher percorre no serviço, podemos descrever em linhas gerais, como acontece tal percurso, a partir dos dados de pesquisa, especialmente o diário de campo.

Como já mencionado, o Especializado3 contava com uma equipe pela manhã, outra intermediária e mais uma pela tarde, formada por assistentes sociais, psicólogas e advogadas, além de profissionais do administrativo que, dentre outras funções, recepcionavam as mulheres que acessavam o serviço. Inicialmente, quando a mulher acessava o serviço, era recebida pela profissional do administrativo, que perguntava se era a primeira vez no serviço, qual a demanda, se estava agendada com alguma profissional da equipe técnica, e não estando agendada, solicitava o preenchimento de uma ficha digital e oferecia atendimento com a equipe técnica de acordo com a demanda. Quando não era um caso para atendimento, a profissional oferecia informações sobre o serviço e explicava porque sua demanda não podia ser resolvida naquele local. O preenchimento da ficha era feito na recepção. Às vezes, quando a profissional do administrativo estava ocupada, ou fora da recepção, o próprio policial, da entrada do serviço, perguntava sobre a demanda e replicava a informação para a pessoa do administrativo. As mulheres que chegavam para atendimento agendado e as que vinham pela primeira vez e preenchiam a ficha, aguardavam em uma segunda sala de recepção para o atendimento com a equipe técnica. O atendimento de primeira vez, em geral, era realizado por uma psicóloga ou assistente social, em alguns casos raros e específicos de indisponibilidade delas, a advogada podia atender. A profissional que realizava o primeiro atendimento se tornava a técnica de referência do caso, o que não impedia que na sua ausência a mulher fosse atendida por outra técnica. Há um discurso das profissionais e da coordenação de que o Especializado3 devia ser a referência da mulher, não somente a técnica. Os atendimentos podiam ser realizados em conjunto com técnicas de diferentes áreas, de acordo com a demanda, a técnica podia encaminhar a mulher para o atendimento individual com profissional de outra área para dirimir questões pontuais não alcançadas pela profissional de referência, ou sugerir encaminhamentos para o grupo de reflexão, ou outros serviços, de acordo com cada demanda. Não obstante, os agendamentos regulares combinados entre a mulher e a

técnica de referência para o seu acompanhamento no percurso do enfrentamento à situação de violência.

Guardadas algumas especificidades como: a recepcionista não iniciar o preenchimento da ficha de cadastro; não haver policial na recepção, ausência de uma segunda sala de espera para as mulheres e o atendimento ser realizado primordialmente pela assistente social, o Especializado⁴ apresentava funcionamento similar.

Em geral, em ambos os serviços, as ações de recepção, primeiro atendimento da mulher, atendimentos subsequentes com profissional de referência e/ou profissionais de outras áreas especializadas, realização de encaminhamentos, participação nos grupos de reflexão possuíam relação entre si de modo que se davam concomitantemente ou subsequentemente de forma articulada entre as profissionais que delas participam. As mulheres, também, protagonizavam a articulação destas ações, na medida em que integralizam as diferentes ações no seu processo de superação da situação de violência.

Cada uma destas ações relacionadas ao acompanhamento da mulher em situação de violência no serviço tem seus limites para que as ações não sejam sobrepostas, mas complementares entre si. Cabe ressaltar, portanto, a interdependência entre estas ações.

As ações externas também se articulavam com as ações do cotidiano do serviço, na medida em que se relacionavam com a temática da violência de gênero, e geravam impactos diretos ou indiretos para a qualidade do atendimento.

A interação entre os sujeitos é uma prerrogativa importante do serviço na medida em que existe a perspectiva de que apesar de a mulher ter uma técnica de referência, a sua principal referência deve ser o serviço. Dessa forma, qualquer hora que a mulher solicite atendimento, qualquer profissional da equipe técnica estaria apta para o atendimento, considerando a troca realizada entre as profissionais sobre os casos cotidianamente:

Antes do atendimento eu tinha passado, que é um caso que eu venho acompanhando... fizemos o atendimento... depois já fizemos uma discussão... na hora da discussão do caso já tinham duas assistentes sociais juntas... entendeu? Os casos tem que ser do Especializado³, não podem ser da técnica de referência, porque é isso... se ela tirar férias, se ela aposenta... se ela adoecer no horário dela... a pessoa começa do zero e a mulher tem que... sabe?, então a gente troca não só o relato, o histórico, por que a gente encaminhou... que isso inclusive pode ser lido nos relatórios, mas sobretudo as nossas impressões... a nossa leitura (Entrevistada EE13, p. 11-12).

Como mencionado, o próprio sistema digital, compartilhado por todas as profissionais, no qual se inseriam os dados da mulher e os relatos dos atendimentos se constituía um importante instrumento para a troca de informações entre todas no acompanhamento dos casos.

No que se refere ao grupo de reflexão do Especializado4, todas as profissionais compartilhavam a responsabilidade através de um revezamento de duplas responsáveis por cada encontro. Assim, o grupo anterior passava para a equipe como foi o encontro, as demandas das mulheres para o próximo, e a dupla seguinte organizava o próximo encontro de acordo com as demandas apresentadas anteriormente. Estas trocas eram realizadas em reunião de equipe.

Os espaços de interação entre os sujeitos no Especializado4 eram múltiplos, não só naquele da reunião de equipe no qual conversavam sobre as dinâmicas do trabalho e tomavam decisões, como também, ao longo dos dias em outros locais, como a recepção, a sala da equipe técnica, como foi possível perceber através dos relatos do diário de campo.

O cotidiano, também, era atravessado por conversas sobre assuntos aleatórios, indicando boa relação pessoal estabelecida entre os sujeitos no ambiente de trabalho, em ambos os serviços. Trata-se, portanto, de uma relação cordial entre os sujeitos. No âmbito das relações entre as profissionais, todavia, a coordenadora do Especializado3 alertava sobre a possibilidade de reprodução da violência nas relações em equipe:

Então, a gente tem que estar alerta o tempo todo. Porque senão você... mesmo que você não manifeste... oralmente, diretamente, de forma... aquela agressividade inquestionável... não tem como dizer que não é uma agressividade... mas aquele olhar de desqualificação... de menosprezo... de... o tempo todo... Então, a gente... é um exercício diário, constante, a gente... se manter alerta (Entrevista EE13, p. 23).

No que se refere à viabilização do contato entre as profissionais, as equipes, também, contam com grupo de *whatsapp*. A equipe do Especializado4 tinha, ainda, um celular institucional com um grupo de *whatsapp* do qual participavam todas as mulheres do grupo de reflexão. Elas utilizavam o grupo para registrar as decisões de cada encontro sobre os encontros subsequentes, dentre outras trocas de informações (Diário de Campo).

As profissionais do Especializado3 utilizavam um caderno de recados para a troca de informações no interior da equipe:

[...] anotamos os recados... 'é possível que amanhã chegue um caso vindo da DEAM tal, telefone tal, conversei com a inspetora tal...', isso (Entrevista EE13, p. 27).

Como se pôde observar, para além das trocas de informações cotidianas necessárias ao funcionamento do serviço, as profissionais caminhavam em um sentido de propiciar uma atuação coletiva, investindo nas trocas entre elas, no estabelecimento de relações interdisciplinares, dialógicas e horizontais.

No que se refere à análise sobre a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum nos Centros de Referência, iniciaremos a discussão pela equipe do Especializado⁴. Neste serviço, tivemos mais elementos para descrever os momentos de encontro da equipe, considerando que foi possível participar de dois espaços coletivos: o grupo de reflexão e a reunião de equipe.

Há que se destacar, inicialmente, a inserção da pesquisadora no serviço a qual, por solicitação da coordenadora do serviço, que por sua vez se absteve de tomar a decisão sobre a viabilidade da pesquisa no serviço em questão, se deu através da apresentação da pesquisa em uma reunião de equipe. A inserção do Especializado⁴ na pesquisa foi decidida com a presença de todas as profissionais em uma reunião de equipe. Não houve, portanto, uma decisão hierárquica sobre a participação do serviço na pesquisa, mas uma conversa da pesquisadora com as profissionais. Além da conversa sobre a aprovação do início da pesquisa, a inserção da pesquisadora no cotidiano do serviço e nos espaços institucionais também foi construída junto com a equipe, naquela reunião (Diário de Campo).

No encontro do grupo de reflexão do qual a pesquisadora participou, as duas assistentes sociais responsáveis pela atividade iniciaram o momento abrindo para debate com as mulheres e as residentes sobre o planejamento dos próximos encontros do grupo. As técnicas apresentaram a proposta de reservar um encontro para que as residentes pudessem propor uma atividade como finalização do tempo de estágio delas no serviço. As profissionais consideraram o fato de elas estarem com um cronograma de encontros comprimido por conta de uma atividade extra a ser promovida pelo Especializado⁴ em uma data próxima. Antes que as mulheres pudessem opinar, as residentes apresentaram a proposta do encontro sob a responsabilidade delas. Quando as mulheres puderam falar, primeiramente algumas lamentaram o fato de as residentes já

estarem finalizando o estágio e as profissionais concordaram que dois meses é um período muito curto de estágio. As técnicas responsáveis pelo encontro fizeram uma proposta de organização das datas. As mulheres apresentaram receios quanto à proposta apresentada, e as técnicas a modificaram, para atender o solicitado. As mulheres, então, concordaram e fizeram mais uma sugestão de mudança da proposta que ficou em aberto (Diário de Campo).

A reunião de equipe técnica que se seguiu ao grupo e que também foi acompanhada tratou da avaliação da equipe sobre o encontro do grupo de reflexão. As técnicas apresentaram posições diferentes sobre a avaliação deste encontro do grupo de reflexão. Analisaram a falta de comunicação tanto entre a equipe, quanto entre esta e a palestrante convidada; quanto à convidada avaliaram sua intervenção, inexperiência e discrepância entre seu planejamento e a possibilidade de efetivação; e ainda o não cumprimento do horário estabelecido. Foram levantados, todavia, os aspectos positivos de se ter uma pessoa externa ao trabalho na atividade, alguém que não se coloque como equipe técnica e que ao se posicionar como ‘mulher’, provoque a fala das mulheres do grupo; consideraram importante o fato de as mulheres terem participado bastante do encontro. Por fim, houve acordo que seria importante combinar o conteúdo da apresentação com antecedência com as próximas palestrantes, para que a equipe técnica pudesse decidir sobre a condução do encontro junto com a palestrante externa (Diário de Campo).

As profissionais concordaram que devem fazer a avaliação do último grupo com as mulheres no próximo encontro, incluindo, assim, as participantes, mais uma vez, na construção desta intervenção (Diário de Campo).

Nas discussões, foi possível observar um espaço igualitário no que se refere à importância de cada fala e um ambiente de construção de consensos para a definição da intervenção.

Em uma análise mais geral sobre a reunião de equipe, esta foi conduzida pela assessora, tendo em vista o período de férias da coordenadora do serviço, que trouxe um papel com a pauta da reunião. Ao que parecia esta pauta não havia sido compartilhada previamente com a equipe. Além de assuntos mais administrativos como definição de eventos institucionais, horário de atividades, de residentes etc., também foram feitas avaliações de ações realizadas pela equipe, como a do grupo reflexivo, e discussões sobre casos em atendimento. No dia em que a reunião foi acompanhada, as residentes

não estavam presentes, mas de acordo com entrevista, elas participavam da parte de estudo de caso, mas não da parte mais administrativa e das resoluções internas sobre o serviço.

De maneira geral, todas as profissionais tinham muita liberdade para se colocar na reunião. Tanto no que se referia aos assuntos administrativos, quanto às questões técnicas, como discussões de casos. Parece haver certa igualdade em relação ao espaço de fala e à importância dada a cada opinião e sugestão. A assessora, em geral, propunha os assuntos, mas toda a equipe podia também propor, discordar, opinar, construir possibilidades outras de condução do encontro.

No que se refere às discussões de casos, cada profissional podia apresentar um ou mais casos que considerassem complexos para a discussão em equipe. Foram apresentados casos que a técnica de referência precisava da colaboração da equipe para refletir sobre os desdobramentos e as possibilidades de caminhos. Em todos os casos apresentados pela técnica de referência, as outras profissionais faziam perguntas sobre o mesmo e os encaminhamentos já propostos pela técnica, sugeriam outros caminhos possíveis, e pensavam alternativas conjuntamente. Este espaço de discussão de caso tinha efeito sobre os mesmos, considerando, por exemplo, que ao final da reunião, uma das assistentes sociais que apresentou um dos casos, já realizou um telefonema para um serviço específico como sugerido por outra técnica e acordado em equipe que seria feito (Diário de Campo).

As conversas informais cotidianas que ocorriam entre as profissionais, em que a interação acontecia e decisões eram tomadas quanto aos projetos assistenciais, também, são importantes para a presente análise. Na entrevista, a psicóloga afirmou:

Preciso sempre estar conversando com a assistente social de referência. [...] para a gente... criar alguma estratégia de intervenção com relação a alguma questão. [...] semanalmente a gente evolui os casos [...]. Partilha essa evolução e o atendimento (Entrevista EE17, p. 8).

E ainda:

[...] todas as avaliações foram com ela... Não, já vim falando... tudo isso vem sendo conversado na equipe... Quando vou sentindo – olha, eu acho que fulana não vai vir mais para atendimento individual -, - eu acho que fulana vai abandonar -, - eu acho que fulana está em um processo de alta, porque está aparecendo isso, isso e isso no atendimento... -. Então a gente vai conversando... não é uma coisa que... hoje cheguei no atendimento e vou dar alta para fulana. Não. É todo um processo que você vai percebendo, vai compartilhando com a equipe... vê o que a equipe acha, tal... se vai dar conta disso... E aí, quando chega nela, já está conversado. Já está conversado na

equipe, já está conversado comigo mesma... com ela... com todo mundo, né?
(Entrevista EE17, p. 18).

Sobre a construção do projeto assistencial no Especializado4, a psicóloga resumiu:

[...] é a mulher... junto com... a assistente social e se tem psicóloga acompanhando o caso junto com a psicóloga. E reunião de equipe quando necessário. Nem todos os casos são levados para reunião de equipe
(Entrevista EE17, p. 15).

Sobre este tópico, a nossa não participação em espaços de atuação coletiva da equipe do Especializado3 contribuiu para que a análise se restringisse a poucos elementos.

De acordo com a coordenadora do serviço e as profissionais, as reuniões de equipe estavam com periodicidade irregular no período da pesquisa, considerando a falta de pagamento da equipe e de perspectiva da garantia de funcionamento do serviço, tendo em vista a “crise” do estado do Rio de Janeiro, como discorrido no tópico ‘Considerações sobre a Conjuntura Atual’. Temos, todavia, relatos das entrevistas sobre como funcionavam as reuniões de equipe no serviço.

De acordo com a coordenadora, as reuniões deveriam ser semanais, mas em geral aconteciam quinzenalmente. Havia reuniões mais longas em que eram incluídos estudos de caso com toda a equipe para o compartilhamento dos casos complexos e outras mais rápidas para questões mais pontuais, mais administrativas, em dias mais difíceis para uma reunião mais longa.

A entrevistada EE15 apontou que as reuniões para discussão de casos se referiam a uma “discussão mais aprimorada” (p.7), em que eram discutidos os casos mais complexos que mobilizam a equipe. E, ainda, afirmou que as reuniões funcionavam como um espaço em que profissionais de outros serviços participavam com o objetivo de formarem ou reafirmarem o estabelecimento de parcerias interinstitucionais. Demonstrando, assim, uma potencial relação de igualdade entre as profissionais no que se refere às decisões sobre os projetos institucionais desenvolvidos no serviço.

Outra profissional reforçou que as reuniões eram para informes e estudo de caso e destacou que a equipe administrativa não participava por conta da necessidade de sigilo dos estudos de caso.

Um indicativo de que as ações eram construídas coletivamente na equipe se refere à descrição de que esta promovia não uma supervisão para acompanhamento dos casos, mas uma intervisão, sobre a qual EE13 discorreu:

[...] uma supervisão horizontal, né... então... a gente discute casos, a gente discute a nossa própria dinâmica, a gente discute questões administrativas, às sextas-feiras (Entrevista EE13, p. 9).

E ao final da entrevista, ela acrescentou:

[...] é uma visão na interação... A supervisão é aquela visão... super não de superior, mas de estar fora... de ser mais ampla porque está fora... é super no sentido de ampliado... 'intervisão' é muito mais uma visão... eh... da interação entre a gente (Entrevista EE13, p. 45).

Não obstante os espaços formais de reunião, as profissionais também valorizaram os espaços informais como lugares de construções coletivas da intervenção:

[...] quando a gente trabalha com violência, tem que ter esse espaço para discussão, para troca... isso acontece muito nos corredores, né? Uma colega está atendendo um caso que mobilizou, eu estou aqui sem fazer nada... e entra e a gente começa a conversar. Existe também a possibilidade de uma assistente social estar atendendo... perceber que esse caso tem a ver com psicologia, chama... e entra e também ajuda... Então, eu acho que é dinâmico esse atendimento, né? nunca tem uma coisa... e as conversas vão acontecendo... vão se diluindo no decorrer do dia... mas de forma mais organizada na reunião (Entrevista EE15, p. 8).

A partir do contato com as profissionais, foi possível perceber que em ambos os serviços, a mulher em situação de violência era o centro do planejamento da intervenção e, portanto, incluída em tal plano. Toda a construção do atendimento era feita a partir do que a mulher elaborava como possibilidade para sua própria vida:

Sempre falo que a gente não atende a violência, a gente atende a mulher e, portanto, a gente segue o ritmo dela, a gente oferece atendimento a ela, mas toda a construção desse atendimento é feito com ela e não por ela. Eu não digo o que é melhor para ela, eu não estabeleço o plano de segurança dela, nada disso, é sempre com ela... quais são as possibilidades, quais as fragilidades... e aí a gente vai montando isso com ela, tudo... Toda a organização do atendimento... toda a metodologia é feita de acordo com cada caso que nos chega (Entrevista EE13, p. 13-14).

É sempre a partir da mulher e com a mulher, nunca 'para' e nem 'pela'. [...] a partir dela... ela que nos traz... a demanda e conforme a gente vai trabalhando... com ela... ela vai se dando conta das reais demandas, das reais possibilidades... dos seus próprios potenciais... das suas fragilidades e aí, a

partir disso a gente constrói esse plano de intervenção (Entrevista EE13, p. 19-20).

De acordo com as entrevistas e com as observações, pudemos concluir que em geral, o projeto assistencial era definido entre a profissional de referência e a mulher em atendimento, casos mais complexos eram compartilhados com outros membros da equipe, informalmente ou em reunião de equipe, mas há que se observar que havia uma rotina de discussão de caso em ambos os serviços que permeavam os cotidianos das equipes, produzindo, assim, caminhos de produções coletivas no que se refere às intervenções.

4.3.5. Policial: caracterização geral

Ao dar início à construção de uma política pública voltada para o enfrentamento à violência de gênero no Brasil foram instituídas as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher com “[...] a atribuição de investigar os vários crimes cometidos contra as mulheres pelo simples fato de serem mulheres [...]” (Brasil, 2010b, p. 7).

As DEAMs são equipamentos que compõem a estrutura da Polícia Civil, órgão do Sistema de Segurança Pública de cada Estado, que integram a Política Nacional de Prevenção, Enfrentamento e Erradicação da Violência contra a Mulher (Brasil, 2010b).

No que se refere às atribuições gerais, “À Polícia Civil compete, portanto, desempenhar a primeira fase da repressão estatal, de caráter preliminar à persecução processual penal, oferecendo suporte às ações de força ordenadas pela autoridade judiciária.” (Brasil, 2010b, p. 28). Segundo o mesmo documento, as DEAMs, como unidades especializadas da Polícia Civil, atuam no atendimento às mulheres em situação de violência de gênero. Esse atendimento deve ser feito, segundo o mesmo documento, “por meio de acolhimento com escuta ativa, realizada preferencialmente por delegadas, e por equipe de agentes policiais, profissionalmente qualificados e atentos ao fenômeno da violência de gênero, nos termos da Lei Maria da Penha.” (p. 29). E ainda, os trabalhos desenvolvidos pelos agentes das DEAMs são: “[...] ações de prevenção, registro de ocorrências, investigação e repressão de atos ou condutas baseadas no

gênero que configurem crime e infrações penais cometidos contra mulheres em situação de violência” (p. 29). Nesse sentido:

As atividades das DEAMs têm caráter preventivo e repressivo, devendo realizar ações de prevenção, apuração, investigação e enquadramento legal, às quais devem ser pautadas no respeito aos direitos humanos e aos princípios do Estado Democrático de Direito (p. 30).

O funcionamento das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher é orientado pela Norma Técnica de Padronização das DEAMs, uma diretriz construída em parceria entre a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, da Presidência da República, a Secretaria Nacional de Segurança Pública, do Ministério da Justiça (SENASP/MJ), Secretarias de Segurança Pública ou Defesa Social de estados brasileiros através da Política Civil, bem como especialistas em violência de gênero e representantes de ONGs (Brasil, 2006b).

A norma técnica apresenta o referencial em que se fundamenta a afirmação dos direitos das mulheres no âmbito da Segurança Pública através das DEAMs como os compromissos internacionais através das Convenções e Tratados assinados pelo Brasil e as legislações brasileiras; as atribuições das DEAMs; a estrutura organizacional e a infraestrutura; as diretrizes para o funcionamento do atendimento, bem como os fluxos e os procedimentos; a formação dos policiais para a atuação junto às DEAMs; a necessidade de ações de prevenção à violência, promovendo, assim, uma cultura de paz; e, ainda, não só a participação da DEAM na Rede de Atendimento a Mulheres em situação de violência, como seu papel na implementação desta Rede (Brasil, 2006b).

De acordo com o mesmo documento, com base na compreensão sobre o fenômeno da violência de gênero é responsabilidade das autoridades policiais lotadas nas DEAMs a realização de todos os procedimentos policiais possíveis para a investigação das denúncias, a implementação de medidas preventivas e o encaminhamento da mulher para a rede de atendimento à mulher em situação de violência. Cabe ressaltar, ainda, que o atendimento à mulher em situação de violência deve ser realizado de forma a garantir a privacidade e a qualidade do atendimento, considerando as especificidades relacionadas à violência de gênero.

O documento destaca ainda que os procedimentos de funcionamento das DEAMs, de acordo com a Norma Técnica, incluem orientações básicas; atendimento e acolhimento (1ª fase); orientação à mulher em situação de violência (2ª fase);

procedimentos criminais e conclusão do inquérito (3ª fase); Monitoramento das ocorrências (4ª fase).

Na descrição dos procedimentos da 1ª fase, a ênfase está em garantir a escuta sigilosa, não julgadora e qualificada da mulher em situação de violência, preferencialmente por uma policial do sexo feminino, sob a perspectiva de gênero, preservando a privacidade da mulher e do seu depoimento. Com referência aos procedimentos da segunda fase descrita, as equipes das DEAMs devem estar aptas a informar as mulheres sobre seus direitos, bem como sobre as redes de atendimento à mulher nas diferentes localidades. Na terceira fase, em que são descritos os procedimentos criminais e a conclusão do inquérito, destaca-se a importância de um preenchimento completo e preciso do Registro de Ocorrência (RO), do esforço policial na elucidação dos fatos e conclusão do Inquérito para encaminhamento ao Poder Judiciário, a responsabilidade das DEAMs tanto no encaminhamento da mulher aos Centros de Referência para que elas sejam atendidas em suas necessidades e demandas de forma adequada, bem como na representação junto ao Sistema Judiciário no que se refere à responsabilização do agressor. Na última fase, importa a criação, manutenção e alimentação de um sistema integrado entre a Coordenação das Delegacias e o Sistema Judiciário para o acompanhamento das ocorrências, bem como um monitoramento dos serviços prestados às mulheres encaminhadas à Rede de serviços (Brasil, 2006b).

A figura 3 a seguir mostra o Fluxo de atendimento nas DEAMs.

Figura 3 - Fluxo de atendimento nas DEAMs

6. FLUXO DE ATENDIMENTO

Fonte: Brasil, 2006b, p. 38.

A Norma Técnica de Padronização das DEAMs destaca, ainda, a urgência da construção de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência em que se construa e se estabeleça “uma dinâmica de relações entre todas as Políticas, Serviços e Instituições, articulando-as e mobilizando-as quanto à compreensão do fenômeno da violência de gênero, à interdisciplinaridade das questões relativas ao gênero e ao direito ao atendimento humanizado.” (Brasil, 2006b, p. 39).

Como caracterizado na Norma Técnica, a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher integra a política de segurança pública do estado no âmbito da polícia civil com o foco no atendimento especializado à mulher em situação de violência e na apuração de crimes de violência doméstica e familiar contra a mulher e,

também, relacionados à violência de gênero. Como os outros serviços especializados que participaram da pesquisa, o Especializado1 é um serviço de atendimento a demandas espontâneas de mulheres em situação de violência. No caso do Especializado1, em outras fases do atendimento, como o inquérito, os homens são chamados para oitiva seja como acusado do crime ou como testemunha, todavia, somente mulheres podem fazer denúncia de crime e, portanto, Registro de Ocorrência. O público-alvo do serviço, portanto, é a mulher em situação de violência.

As quatro entrevistas foram unânimes na compreensão de que o objetivo do serviço em questão se referia à apuração de determinados crimes contra as mulheres, a partir de uma perspectiva de proteção dessa mulher.

Os sujeitos que trabalhavam no Especializado1 eram todos concursados da Polícia Civil. De acordo com a entrevista da delegada aproximadamente 30 funcionários atuavam na delegacia, entre policiais, oficiais de cartório, comissários e delegada.

De acordo com o tipo de trabalho, as jornadas de trabalho eram definidas. Existiam policiais que trabalhavam todos os dias da semana, outros três dias na semana, responsáveis pelos inquéritos, e policiais que faziam plantão de 24 horas por 72 horas, responsáveis pelo primeiro atendimento da mulher e pelo RO.

A delegacia estava dividida em setores e os policiais atuavam distribuídos nestes setores. Havia os policiais que atuavam na Seção de Suporte Operacional e estavam responsáveis por toda a correspondência que entrava e saía da delegacia. Os policiais plantonistas pertenciam ao Grupo de Investigação e os policiais responsáveis pelos inquéritos compunham o Grupo de Investigação Complementar. Também, existia o agente de núcleo que era o policial que tratava da pasta funcional dos outros policiais, uma função análoga ao Recursos Humanos. E, ainda, uma das policiais era exclusivamente responsável por todos os inquéritos de crimes sexuais.

A delegada era responsável tanto por questões técnicas, como a definição de abertura de inquérito após o preenchimento do RO, cumprimento de mandado de prisão, prisão por flagrante delito, como também questões administrativas. Um dos policiais realizava, ainda, a função de chefe de serviço, ou seja, chefe de investigação. De acordo com a delegada, este era seu “braço direito” no trabalho junto aos policiais na delegacia.

No que se refere às ações desenvolvidas, como apontado em uma das entrevistas, a delegacia seguia “um padrão de funcionamento” (Entrevista EE4, p. 5), desta forma, o cotidiano de funcionamento do Especializado1 seguia uma série de protocolos

previamente estabelecidos pelas autoridades policiais, podendo ser através de legislações, de resoluções, de normas gerais, de ordens de serviço, dentre outros.

Ao que foi possível observar por meio desta pesquisa, as ações desenvolvidas pelas policiais eram: atendimento no balcão; atendimento para o Registro de Ocorrência; oitiva de pessoas envolvidas no inquérito; inquérito policial; atividades administrativas internas; ações externas; representações institucionais externas; encaminhamentos das mulheres para outros serviços de atendimento; encaminhamentos dos processos; dentre outras ações relacionadas. O primeiro atendimento da mulher no Especializado¹ era composto por duas etapas: a primeira etapa, o atendimento no balcão para ter ciência da demanda da mulher e definir se o caso tratava-se de um crime para atendimento na delegacia, ou não; a segunda o RO, caso a demanda da mulher fosse de um crime estabelecido no rol de crimes de competência e, portanto, uma demanda a ser absorvida para atendimento naquela delegacia.

A investigação dos casos registrados também era realizada na delegacia e os policiais responsáveis por cada inquérito empreendem a investigação da denúncia a partir da oitiva do acusado, da vítima, das testemunhas etc..

Como se trata de uma investigação criminal, o trabalho na delegacia estava diretamente ligado às demandas do Judiciário de abertura e andamento de processo criminal.

Ao descrever a atuação junto aos casos após o atendimento inicial da mulher, o policial relatou:

[...] policiais que estão lá embaixo, eles fazem esse atendimento e iniciam a investigação, com registro de ocorrência, encaminhamentos de praxe... [...] faz a questão da medida protetiva, tudo mais. Ok. Aí depois... esse inclusive vai para a Delegada... a Delegada despacha e passa alguns policiais darem continuidade, darem sequência à investigação. É instaurado o inquérito, essa capinha assim (mostrando a pasta do inquérito), e aí o policial vai ouvir as partes, vai... Concluído isso, aí volta para a Delegada, que ela faz o relatório final e vai para a Justiça. Ok. Só que para se concluir o inquérito existe uma série de diligências a serem realizadas. A intimação do autor, a coleta de algumas provas, às vezes é imagem de câmeras, como é o caso de violência sexual a gente faz bastante. Existe um protocolo, a gente segue um protocolo muito direitinho, pega a vítima, encaminha para 'retrato falado', vai no local, recompõe, refaz o local que a vítima teria sido abordada, então tem a equipe que faz o trabalho de rua. Dessa ocorrência gerou um mandado de prisão, mandado de prisão preventiva. A equipe tem que ir no local para concretizar, então monta-se uma operação para a equipe ir no local. [...] Então é isso, na realidade a atividade policial ela é investigação, a nossa atividade fim é de investigação. E na violência contra a mulher tem muitos casos que a gente tem que fazer uma investigação. Diligências externas e tudo mais. Muitas das

vezes não é necessário, porque às vezes você liga para o autor, ele vem. Você liga para a testemunha, ela vem (Entrevista EE4, p. 7-8).

4.3.6 Policial: potencialidades para o trabalho em equipe

No caso das profissionais do Especializado1, a categoria de representação sobre trabalho em equipe mais predominante nas falas foi **complementaridade das ações individuais**, assim como no setor saúde. A partir de uma perspectiva de divisão de tarefas, de pré-definição dos papéis e de interdependência entre as ações, as policiais acreditavam que trabalho em equipe se refere às diferentes ações desenvolvidas de forma fracionada entre os membros da equipe:

[...] trabalho em equipe para mim é divisão de funções. [...] então se é 'delegada' eu tenho que delegar funções. [...] Então eu tento passar funções para que os meus policiais possam me auxiliar, porque senão vou ser uma concentradora. [...] trabalhar em equipe é dividir funções, dividir tarefas (Entrevista EE1, p. 22).

[...] onde você tenha as definições... onde as atribuições elas estão bem pré definidas (Entrevista EE4, p. 21).

Outra questão, também, presente na compreensão de uma das policiais sobre trabalho em equipe foi **ajuda mútua**:

[...] um ajudando o outro (Entrevista EE2, p. 25).

A categoria **comunicação** também esteve presente na representação sobre trabalho em equipe do setor Policial, todavia, a partir de uma perspectiva consultiva, não relacionando uma proposta de horizontalidade das relações como nos setores saúde e Centros de Referência:

[...] trabalho em equipe é perguntar opinião, porque eu também não tomo nenhuma decisão sem conversar com a minha equipe policial (Entrevista EE1, p. 22).

Quando eu faço reunião eu nunca finalizo antes de abrir a palavra para todo mundo, de dizer que sempre estou aberta, a minha porta aqui da minha sala

ela está sempre aberta aos policiais para que entrem a todo momento, me perguntem, me questionem... (Entrevista EE1, p. 22).

Por fim, foi apresentada, ainda, uma noção que se aproxima da categoria **relações pessoais positivas**, como apontado pelo setor Centro de Referência, dando ênfase à importância do ‘clima institucional’:

[...] quando você tem um ambiente relativamente bom, um ambiente bom entre os profissionais dessa equipe (Entrevista EE4, p. 21).

Há que se destacar, ainda, que uma das profissionais se absteve de responder o que compreende por trabalho em equipe.

Na linha da compreensão majoritária de que trabalho em equipe se refere à complementaridade das ações individuais, de acordo com o material de pesquisa, em suma, as ações eram realizadas de maneira individualizada e se relacionavam entre si de forma sequencial e interdependente, como veremos a seguir.

A realização do RO dependia de como era feita a abordagem no balcão e a instauração do inquérito só poderia ser empreendida após a realização do RO. Toda a parte de investigação dependia da qualidade desse primeiro atendimento. Dessa forma, após a realização do RO, a delegada instaurava o inquérito que seria realizado por outro policial. Após a elaboração do relatório do inquérito, este era enviado para o Ministério Público.

Essa rotina de ações articuladas entre si era definida através de ‘ordens de serviço’ que eram protocolos de ações sequenciais previamente descritos pela autoridade policial. Essas ordens de serviço estabeleciam o passo a passo das ações e das sequências das ações. Sendo assim, observa-se a interdependência entre as ações organizadas e minuciosamente descritas nessas ordens de serviços de modo a orientar a articulação entre as ações no serviço:

Fora isso, eu também conto com as ordens de serviço que são determinadas ordens que eu tenho que emitir para poder regularizar o andamento da Delegacia, normatizar algum procedimento que eu acho que não está adequado e que eu acho que tenha que ser seguido por todo policial. Então, eu faço uma normativa. Quando surgem alguns procedimentos novos eu também passo para os policiais. Por exemplo, o projeto ‘Violeta’, é um projeto que é integrado entre a Polícia Civil e Tribunal de Justiça, então esse projeto Violeta ele tem toda uma normativa que um policial precisa seguir. Então isso é passado para o policial, ele toma ciência através de uma ordem de serviço, com cópia de todo o protocolo do projeto Violeta, para que ele

possa saber como ele vai atuar. [...] é escrita, exatamente, eu escrevo. Então eu vou dar uma justificativa, por exemplo, do projeto Violeta, ‘... considerando que foi criado recentemente o projeto Violeta entre a Polícia Civil e o Tribunal de Justiça, sendo aderido pelos seguintes Juizados de Violência Doméstica e Familiar... abrangidos pela área tal... tal... tal... determino que:’... aí eu coloco ‘... número 1, o policial ao tomar conhecimento que a vítima sofreu crime na área do projeto Violeta, deverá atuar da seguinte forma...’, aí eu vou especificar todo o detalhamento da forma como o policial vai ter que agir. E aí eu dou para o agente de núcleo, que é o policial designado para fazer esse tipo de coisa, o policial do agente de núcleo vai pegar essa ordem de serviço e vai dar ciência para cada policial lotado na Delegacia (Entrevista EE1, p. 15-16).

Analisando as potencialidades de interação entre os agentes foi possível observar que existia um espaço de fala para todas as policiais, no entanto, havia uma centralidade no lugar da responsável pelo serviço para a tomada de decisões, mesmo que estas decisões unitárias levassem em consideração outras vozes. Pode ser observada, também, a importância de que os lugares institucionais fossem bem definidos para o desempenho das funções individuais na colaboração com o todo do trabalho institucional:

Aqui acaba acontecendo muito trabalho individual... porque você senta, você atende... as decisões são tomadas em cima de coisas que você sabe que tem que fazer. Você sabe como tem que ser o registro, você estudou para fazer aquele registro. Assim... ao meu ver... se você tem alguma dúvida... você vai sentar e vai fazer o teu trabalho... entendeu?, essa coisa do trabalho em equipe... eu preciso, vamos supor, de alguém para entregar a intimação para mim... tem a equipe que faz isso (Entrevista EE3, p. 18-19).

No que se refere à comunicação entre os agentes, observamos a prevalência de um tipo de comunicação relacionada à troca de informações entre as profissionais. Os policiais compartilhavam informações sobre os procedimentos, demandavam ações de outros policiais, apontavam para alguma falha no trabalho anterior que impactaria na ação seguinte, basicamente em um nível instrumental da relação comunicativa. Para facilitar a troca de informações, assim como em outros setores, as agentes se utilizavam de um grupo de *whatsapp* da equipe.

Um relato de um policial retratou com clareza a dinâmica de articulação entre as ações e as relações entre os sujeitos:

[...] porque realmente foi um trabalho em equipe. Por que?, porque assim que essa mulher deu entrada aqui na Delegacia, a policial que fez o atendimento, que foi a policial I., ela fez uma excepcional ocorrência... anotou muito bem anotadinho todos os detalhes da ocorrência. Ela já verificou no primeiro momento que, junto com o nosso policial da inteligência, ou seja, conexão diretamente com o policial da inteligência, que o indivíduo tinha mandado de

prisão, e isso já chega para o meu conhecimento e consequentemente da delegada titular. E aí a gente já começa uma investigação no nascedouro dela... quando ela está vindo a gente está iniciando bem no começo da investigação. Então isso... já tem êxito... a gente não conseguiu prendê-lo porque ele está foragido. Mas nós já fizemos diversas diligências, inclusive pedimos a prisão daquele rapaz. Inclusive o vídeo... considero até curioso... Então, é um trabalho em equipe. Mas tem outros que são... acho isso... quando você tem... a policial tem um visão... ela já levou para o setor de inteligência, para que?, para confirmar que essa informação... ela colheu várias informações interessantes que já auxiliaram no desenrolar das investigações. Então são casos que teve interação (Entrevista EE4, p. 22-23).

Sobre as decisões acerca do projeto assistencial que seria empreendido para os casos, uma das policiais relatou:

[...] depende do caso. Se a gente sentir dificuldade a gente pergunta para o EE4 ou para EE1. Sempre assim. Mas quem decide primeiro é a gente. A não ser que a parte fale já diretamente com EE4 ou EE1. Se falar diretamente com eles aí eles que vão dizer para a gente como fazer. Agora, a gente que lida com a parte aqui no balcão, entendeu, a gente que lida, então a gente que vai decidir. A não ser que tenha alguma dificuldade, alguma coisa assim... que possa dar algum tipo de problema. Aí eu pergunto para o EE4 ou EE1 – EE1, é isso, isso e isso, como capitulo, não sei, a gente pergunta, no institucional também pergunta... tem liberdade. Ou até para o colega – estou com uma dificuldade aqui, como que eu faço? -, - e aí, como que capitulo isso?, é crime mesmo?, não é? -, que também tem essa. A gente tem dificuldades de saber se é crime ou não. – E aí, é crime mesmo? -, já aconteceu há tanto tempo... e aí, como que a gente faz? -, quando tenho dificuldade eu sempre pergunto (Entrevista EE2, p. 24).

Não foi possível à pesquisadora acompanhar uma reunião de equipe, espaço em que consideramos ter mais elementos para a análise das construções dos projetos assistenciais, tendo em vista que não houve nenhuma no período da pesquisa. Temos, portanto, somente informações das entrevistadas sobre as reuniões de equipe:

[...] normalmente no início do ano a gente faz uma reunião com o Departamento de Polícia da Mulher, que coloca as metas que a gente tem que alcançar durante o ano. E em função disso eu faço... eh... reuniões periódicas com os meus policiais para passar, fazer um balanço do que foi bom e do que foi ruim no ano anterior, e do que a gente precisa melhorar no ano seguinte, ou do que está bom e a gente precisa continuar. Então assim, eu procuro fazer isso. Fora isso nós criamos um grupo de *whatsapp* dentro da Delegacia, que é um facilitador. Então a gente trabalha com esse grupo de *whatsapp* e aí serve tanto para passar as questões realmente da Delegacia quanto também para fazer outras coisas que possam suavizar um pouco a nossa profissão. Então o dia do aniversário de alguém a gente manda um parabéns através desse grupo, uma piada, alguma outra coisa (Entrevista EE1, p. 15).

O fato de o grupo no aplicativo *whatsapp* ser citado no momento em que a entrevistada falava sobre os espaços de reunião de equipe, como um meio de atender às

demandas de comunicação do cotidiano do serviço, constituiu uma pista do caráter informativo das reuniões de equipe neste serviço. Em concordância com EE1, EE4 afirmou, também, que o grupo no *whatsapp* e o contato diário com os policiais eram formas de irem estabelecendo as diretrizes. O policial relatou, ainda que as reuniões eram realizadas anualmente:

[...] para estabelecimento de metas e fechamento de rotinas a serem implementadas na Delegacia (Entrevista EE4, p. 9).

Sobre a reunião de equipe:

As reuniões com a equipe toda elas tem tanto um viés disciplinar, para que a gente possa regularizar os padrões como um de metas, porque a gente também vai estipular o que a gente quer para a nossa delegacia, o que a gente quer para o nosso trabalho. Também tem o viés de elogio, porque a gente vai ver o que deu de positivo, o que a gente tem que ressaltar e educacional. Então, tem toda essa questão. Com mais frequência eu faço reunião com EE4[...] quase dia sim, dia não, que a gente faz reunião (Entrevista EE1, p. 27).

De acordo com EE3, as reuniões eram convocadas para “aparar as arestas”. Outra policial seguiu esta linha no seu relato sobre as duas reuniões que participou na delegacia:

[...] para a doutora, justamente, padronizar o trabalho, aí ela fala tudo que ela vê de errado... – esses erros estão se repetindo...-, entendeu?, até para padronizar, como em qualquer trabalho... entendeu?, a gente se reúne, geralmente mais voltado para o pessoal do plantão mesmo, que lida diretamente com a parte e registros de ocorrência... Mas ela fala no geral, sobre o sistema de trabalho normal, como ela quer que seja durante o ano... entendeu?, das melhores, das piores, das críticas, dos elogios... tudo é tratado em reunião, como é tratado por fora, sem problema nenhum, entendeu. Mas tem reunião periódica sim (Entrevista EE2, p. 24).

Dessa maneira, no cotidiano do serviço, como já observado, havia uma rotina individualizada de trabalho, em que cada policial realizava suas funções pré-estabelecidas de forma individual, não obstante um espaço aberto de fala entre as policiais e entre as policiais e as autoridades policiais para casos mais complexos. Todavia, este canal aberto de troca de informação entre policiais e autoridades se refere mais a uma relação hierárquica em que o poder de decisão de questões mais complexas era dado às autoridades policiais, do que um canal de diálogo e compartilhamento das decisões. Sendo assim, considerando o referencial teórico em que se baseia este

trabalho, não se observou, no cotidiano do serviço, uma prática de construção de um projeto assistencial comum nas intervenções realizadas.

4.3.7 Orientação jurídica: caracterização geral

Com a promulgação da Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, popularmente conhecida como Lei Maria da Penha, o Sistema de Justiça foi convocado a ocupar um lugar de maior destaque no enfrentamento à violência doméstica e familiar contra a mulher e, conseqüentemente, nas questões relacionadas à violência de gênero em geral. A criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, a expansão dos Núcleos especializados de atendimento às mulheres no âmbito das Defensorias Públicas, do Ministério Público, o deslocamento das equipes multiprofissionais do Judiciário para a atuação junto aos casos de violência doméstica e de gênero tem sido um dos caminhos para o enfrentamento à violência doméstica e familiar contra as mulheres e a violência de gênero, no âmbito das políticas públicas.

Entende-se que a Lei 11.340/06 (Lei Maria da Penha) impõe o desafio de ampliação de uma nova cultura jurídica que fortalece a equidade de gênero ao propor “[...] práticas de enfrentamento e eliminação e eliminação de estereótipos, preconceitos e discriminação sociais, que se refletem na ação institucional” (Rio de Janeiro, 2017) [não paginado].

O sistema de justiça, todavia, não constitui uma porta de entrada para a mulher a partir de demanda espontânea. Este é acionado após o RO e denúncia por parte do Ministério Público. Considerando que a presente pesquisa incluiu exclusivamente serviços de porta aberta para as mulheres em situação de violência, somente foi possível incluir na mesma, diante desse critério de inclusão/exclusão, um serviço de orientação jurídica para mulheres em situação de violência, localizado no território adstrito.

O serviço Especializado² se referia a um serviço de orientação jurídica em que mulheres em situação de violência eram atendidas por equipe multiprofissional com vistas a orientações iniciais sobre direitos e elaboração de peças jurídicas para dar início

aos processos criminais e cíveis no escopo da defesa dos direitos das mulheres em situação de violência.

A instituição funcionava, também, como um espaço de formação de estudantes de graduação. À época da pesquisa atuavam no campo estudantes de direito, mas de acordo com relatos, a equipe recebia estudantes de graduação de psicologia e serviço social, também. O acompanhamento do cotidiano do serviço propiciou a compreensão de que a divisão do espaço físico estava conformada de modo a facilitar a supervisão dos estudantes pelas profissionais. Com poucas salas privativas separadas por divisórias, um grande salão acomodava várias mesas pequenas com cadeiras e computadores onde as estagiárias atendiam as mulheres. Em uma mesa grande no fundo da sala, a profissional responsável pelos atendimentos e pelas estagiárias se posicionava de forma privilegiada para a observação de todo o espaço e conseguia interferir nos atendimentos das estagiárias, caso considerasse necessário. A disposição espacial facilitava, ainda, o contato das estagiárias com profissionais responsáveis nos casos de esclarecimentos e dúvidas. É notável que se por um lado, a disposição espacial propiciava o acompanhamento das estudantes, por outro lado, poderia comprometer a privacidade dos atendimentos, tendo em vista que não havia nenhuma divisória entre as mesas.

Neste mesmo salão atuavam, também, uma advogada que assessorava as responsáveis pelo serviço, as estagiárias e o assistente administrativo. Havia, ainda, uma mesa grande e redonda em que algumas pessoas podiam aguardar atendimento e na entrada da sala estava posicionada a mesa da recepcionista em que eram recebidas todas as pessoas que chegavam ao serviço.

Logo na saída do elevador, antes de entrar neste grande salão, havia um espaço com nove cadeiras para as mulheres aguardarem o atendimento. O porteiro ficava sentado neste espaço, permitindo ou não a entrada das pessoas no serviço.

Em espaços adjacentes ao salão, algumas divisórias permitiam a atuação mais privativa da equipe técnica, assistente social e psicóloga, e as coordenadoras tanto do Especializado² quanto da Coordenadoria a qual o serviço estava ligado. A assessora da Coordenadoria também ocupava este lugar mais reservado juntamente com as coordenadoras. Ao longo do andamento da pesquisa, desde o primeiro contato com a coordenadora do serviço, até a finalização do trabalho de campo, o serviço passou por um período de transição, tendo em vista a implantação da Coordenadoria e os

deslocamentos de lugares institucionais, físicos e de definições de atribuições, decorrentes dessa implantação.

De acordo com as entrevistas, o objetivo do serviço em questão era realizar o atendimento da mulher em situação de violência de forma integral e orientá-la não só quanto às questões jurídicas, mas também, sobre outras demandas que eventualmente surgissem no atendimento, efetuando, assim, os encaminhamentos necessários.

As ações desenvolvidas pelas profissionais/estagiárias do serviço eram: Recepção da mulher; acolhimento para identificação das demandas; atendimento da mulher e elaboração das ações; retorno da mulher para um segundo ou terceiro atendimento para entrega de documentações e eventuais dúvidas; atendimento psicológico; atendimento social; atendimento psicossocial; atendimento em conjunto do jurídico com a equipe técnica; sensibilização de profissionais do Sistema de Justiça sobre a temática; capacitação de estagiárias; palestras externas; rodas de conversa externas; participação das profissionais do direito em conselhos de direitos; participação em comissões; participação em eventos sobre a temática de violência de gênero; ações externas para divulgação do serviço; organização do encontro das equipes técnicas.

Em geral, para o atendimento à mulher em situação de violência, inicialmente, a recepcionista recebia a mulher, se certificava de que era uma demanda de violência de gênero, iniciava o preenchimento da ficha de cadastro e encaminhava a mulher para uma profissional de direito da instituição. A profissional fazia uma escuta da demanda da mulher para identificar quais as ações seriam elaboradas e a encaminhava para uma escuta mais aprofundada pela estagiária. A estagiária ouvia a história da mulher, elaborava as ações a serem distribuídas, entregava para ela uma lista de documentação e marcava um retorno para outro atendimento no qual seriam entregues os documentos, dirimidas as dúvidas e distribuídas as ações.

Dependendo do caso, a mulher poderia, também, ser encaminhada para um atendimento social, ou psicológico, ou psicossocial. Este atendimento pela equipe técnica também poderia ser realizado em conjunto com profissional ou estagiária de direito, de acordo com a demanda.

Após a elaboração das peças jurídicas pelas estagiárias, a profissional de direito as conferia antes de serem encaminhadas para as Varas e Juizados.

Cabe ressaltar que o serviço deflagrava as ações, mas não as acompanhava. Sua atribuição era este atendimento inicial de identificação da demanda e elaboração das peças jurídicas.

A organização do Encontro das equipes técnicas que atuavam nos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência era feita pela equipe do serviço e realizada semestralmente. No período da pesquisa, estavam promovendo o 5º Encontro.

Em relação aos sujeitos deste serviço, o Especializado2 contava com quatro profissionais do direito, uma psicóloga, uma assistente social, um assistente administrativo, uma assessora da Coordenadoria, uma recepcionista, um porteiro, uma auxiliar de serviços gerais, entre catorze e dezesseis estagiárias de Direito e durante a pesquisa uma profissional de direito foi deslocada para a Coordenadoria em fase de criação.

O termo equipe técnica era utilizado para se referir à assistente social e à psicóloga.

As profissionais do direito eram concursadas, a equipe técnica e o assistente administrativo eram contratados por cargo comissionado, a recepcionista, o porteiro e a auxiliar de serviços gerais eram terceirizadas, os estagiários eram contratados via Centro de Integração Empresa-Escola (CIEE)⁵⁷.

As estagiárias se revezavam em turnos, o turno da manhã e o turno da tarde e dentro de cada turno elas se revezavam entre as que estariam de plantão para atendimento de primeira vez e as que marcariam retorno para aqueles dias.

Em uma descrição das ações por sujeitos, temos como segue:

Coordenação: trabalhar a unidade e a aproximação das profissionais da Justiça especializada; representar o serviço nas reuniões da Rede, eventos da Rede e nas comissões; coordenação do encontro das equipes técnicas; coordenar o funcionamento da equipe da instituição; secundariamente fazer atendimento.

Profissional do direito: prioritariamente atender a mulher; explicar-lhe o trabalho no serviço; coordenação das estagiárias; capacitação de estagiárias; organização do serviço no trato com as estagiárias; secundariamente representação política da instituição em eventos, palestras; correção das peças elaboradas pelas estagiárias.

Recepcionista: Receber a mulher no serviço; preencher o cadastro inicial para registrar os seus dados básicos.

⁵⁷ Disponível em: <https://portal.ciee.org.br/>.

Estagiária: realizar o atendimento aprofundado e elaborar a peça sob a orientação das profissionais do direito.

Equipe técnica: demandas não jurídicas; encaminhamentos para as redes (especializada, saúde mental etc.); escuta para clarificação da demanda, tradução da demanda da mulher para as profissionais do direito, caso a mulher esteja muito fragilizada e essa profissional não tenha conseguido entender; relatório do caso para as profissionais do direito; atendimento em conjunto psicologia e serviços social.

Assistente social: demandas do âmbito social; atendimento social; realização de contato com secretaria de educação para vaga em escolas, creches; visita domiciliar; encaminhamento para emissão de documentos; atendimento às mulheres em privação de liberdade no presídio; encaminhamentos para as redes de serviços; elaboração de relatório social.

Psicóloga: atendimento psicológico pontual; capacitação das estagiárias; acompanhamento pós-capacitação para dar continuidade ao processo de sensibilização da capacitação; elaboração de laudo sobre violência psicológica para anexar na ação; relatório psicológico.

4.3.8 Orientação jurídica: potencialidades para o trabalho em equipe

Da mesma forma que as análises das vocações assistenciais anteriores, para pensar sobre a possibilidade de atuação em equipe no setor Orientação Jurídica, daremos voz primeiramente à compreensão das profissionais e estagiárias deste serviço sobre ‘trabalho em equipe’:

No Especializado², as profissionais apontaram para uma definição de trabalho em equipe ligada à **complementaridade das ações individuais**, focada na relação em que estas ações se enredam:

[...] que se somem as ações (Entrevista EE5, p. 32).

Todo mundo tem um papel [...] é todo mundo fazer bem o seu trabalho, que não vai sobrecarregar ninguém... vai sair o trabalho... se todo mundo cumprir

bem o seu papel o trabalho vai ficar bom, sem prejuízo de todo mundo colaborar, né? (Entrevista EE7, p. 22).

[...] jogo de voleibol... trabalho de equipe é... [...] uma recebe, a outra levanta, o outro corta. E eu dependo sempre do outro para fazer alguma coisa... ninguém trabalha sozinho. (Entrevista EE6, p. 19).

Uma perspectiva de **ajuda mútua** entre as profissionais também esteve presente nas falas das profissionais sobre o significado de trabalho em equipe:

[...] ajudar um ao outro (Entrevista EE7, p. 22).

Todo mundo se ajuda... Às vezes em um dia que o outro está atendendo demais... o outro que não está naquele dia de atendimento se disponibiliza a atender para o outro não atender tanto... não ficar tão sobrecarregado. [...] Às vezes por já estar tarde... ter mil coisas para fazer a gente ajuda o outro a tirar xerox, a explicar alguma coisa para a assistida (Entrevista EE11, p. 23)

As profissionais do Especializado2 também colocaram a perspectiva do **trabalho em conjunto** para a compreensão sobre trabalho em equipe, apesar de esta noção estar mais próxima da categoria ‘complementaridade das ações individuais’, pois como se verá, falam mais sobre a articulação entre os diferentes trabalhos pontuais. Incluímos estas falas nesta outra categoria, por considerar que ao falar sobre esta perspectiva, as entrevistadas incluíram o elemento da decisão em conjunto sobre a atuação junto ao caso, a importância do compartilhamento dos casos para que os múltiplos olhares sejam considerados na atuação:

Trabalho em equipe... ah... é um trabalho em conjunto... eh... que as coisas sejam discutidas... [...] Um trabalho em que os vários olhares sobre aquela mulher, por exemplo, vão ser... vão ser vistos e discutidos (Entrevista EE5, p. 32).

[...] troca... a gente buscar do colega, lógico, respeitando o meu olhar, que não é o olhar do colega, o meu afazer, que não é o afazer do colega... né... a colega psicóloga, mesmo da D.... – doutora, eu atendi a assistida, mas a questão dela é essa... do direito... -, então vou lá, busco a doutora, ela me explica e... o que eu posso trazer para o serviço social para atuar junto a minha usuária. Então, equipe é isso... é a gente buscar trocar... não sou absoluta... o serviço social não é independente do Especializado2... O serviço social não trabalha independente da psicóloga. [...] a gente está sempre trocando. [...] A gente está integrado em tudo, para a gente pode trocar (Entrevista EE8, p. 17-18).

[...] a gente troca, a gente tira dúvidas [...] é importante a gente trocar (Entrevista EE9, p. 21).

Há que se destacar o fato de parte da equipe considerar que trabalho em equipe se refere a um **objetivo em comum** na atuação entre as profissionais:

Todo mundo compreende qual o objetivo comum... todo mundo tem um papel, todo mundo cumpre o seu papel naquele objetivo comum... e... eh... para... todo mundo cumpre o papel, seu papel, para atingir o objetivo comum... [...] um objetivo comum aqui, que é o atendimento... o bom atendimento às mulheres... e aí todo mundo tem seu papel definido nesse... objetivo (Entrevista EE7, p. 22).

Todos trabalhando em prol de um mesmo resultado (Entrevista EE10, p. 22).

[...] atuam juntas no mesmo objetivo. Acho que... se a gente entender que o objetivo do Especializado2 é interromper ciclos de violência, o trabalho da nossa equipe é conjuntamente alcançar a interrupção desses ciclos de violência. Mesmo que sejam individuais... a gente como equipe procura o mesmo objetivo (Entrevista EE12, p. 20-21).

Retomando a categoria apresentada pelo técnico de enfermagem, no setor saúde, **integração entre os saberes**, uma das profissionais do Especializado2 apontou nessa direção, colocando a importância dos limites entre os saberes serem mais flexíveis e haver mais fluidez nos papéis institucionais:

[...] trabalho em equipe eu acho que primeiro é quando cada um tem ideia do que cada um faz, do que pode fazer para... eh... participar também do trabalho do outro (Entrevista EE9, p. 21).

A partir deste quadro conceitual sobre as representações das entrevistadas acerca da concepção de trabalho em equipe, ficou evidente a compreensão geral de que esse trabalho se refere ao desempenho individual de cada profissional no que se relaciona a um todo do trabalho institucional junto à mulher.

Em experiência positiva de trabalho em equipe, EE6 contou um caso em que a equipe técnica atuou de acordo com as respectivas *expertises*. E que cada atuação foi relevante.

De outro lado, ao afirmar que atuavam em equipe, uma estagiária salientou:

[...] mesmo com essa individualidade, a gente procura trocar informações mesmo de procedimentos, como a gente pode melhorar... às vezes a gente conta os casos um para o outro para a gente – puxa, o que eu posso fazer para melhorar isso? -, então existe essa troca, sim. A gente trabalha em equipe, sim (Entrevista EE12, p. 21).

Aproximando, assim, a noção de trabalho em equipe para uma efetiva troca relacionada ao caso com o objetivo de construção da intervenção em conjunto.

Conquanto a compreensão de que trabalho em equipe se refira a uma atuação em prol de um objetivo comum, como se aproxima o referencial teórico em que se fundamenta este trabalho, esta proposição presente nas entrevistas tem a ver mais com uma atuação individualizada e setorial em benefício desse objetivo, não uma construção conjunta dele e uma atuação coletiva em seu entorno, como se esperaria de acordo com referencial proposto.

Claro que cada um tem o seu papel... mas eu acho que cada um também tem uma peculiaridade, cada um também tem uma capacidade melhor para alguma coisa. E entender isso é bacana. Então também assim... eh... eh... não sei te dar um exemplo, mas assim... várias vezes a gente conseguiu várias vitórias bacanas aqui no atendimento... e um fez a petição, o outro foi despachar com o juiz... e a assistente social conseguiu abrigo... porque acho que esse é o trabalho em equipe... porque todo mundo quando está imbuído nesse **fim maior**, acho que isso é bacana. Você saber... – bom, ela fez a petição, mas eu vou lá ligar e despachar, porque ela está atendendo outro...- mas pegou aquela petição, pegou aquela assistida, foi lá no Juizado para despachar aquela medida protetiva. Então acho que é isso, quando todo mundo participa... porque sabem que o importante é conseguir aquilo... então assim... tenho vários... desde que estou aqui várias coisas exitosas, que é muito bacana. E do estagiário sair daqui e ir com a assistente social... e lá conseguir abrigo... E a gente pega... porque ela vai sozinha?, não, vamos lá. Independentemente de qualquer coisa, vamos, a assistente social vai junto, porque acho que é isso. Junta todo mundo e vai assim... Não é porque é a minha, não é... seu dia... primeiro dia... a petição não era dela... mas tem que despachar... e assim... todo mundo... Acho que quando o objetivo é atender eu tenho vários assim (Entrevista EE7, p. 22-23) [grifo nosso].

Em contraposição a essa ideia do comum, como experiência negativa de trabalho em equipe, EE6 se lembrou de algumas decisões unitárias, aproximando assim, sua compreensão da categoria **trabalho em conjunto**.

Ao serem questionadas sobre a interação entre os sujeitos do serviço, EE7 considerou que existe interação entre as profissionais, pois cada uma atua dentro da sua área, entende a importância da profissional de outro campo e se ajudam mutuamente de acordo com suas áreas específicas; EE8 considerou que existe interação entre as profissionais, tendo em vista que quando a profissional do direito encaminha um caso para a equipe técnica, elas dão um *feedback* após o atendimento sobre o que foi feito com o caso, corroborando a perspectiva da **complementaridade entre as ações individuais** e da **ajuda mútua**, como já descrito acima.

Citação muito representativa de uma lógica de concepção de trabalho em equipe em que as ações individuais se complementam em um todo:

A interação se concretiza mais na mulher mesmo (Entrevista EE12, p. 17).

Isto tendo em vista a realidade institucional em que a mulher circulava por cada mesa, cada profissional/estagiária, era alvo de ações, intervenções, escutas qualificadas e era ela quem realizava a interação destas diferentes ações realizadas pelos diferentes sujeitos, era a mulher quem sintetizava todas estas intervenções individuais efetuadas em um único caso.

Sobre o que o material de pesquisa apresenta em relação à possibilidade de articulação das ações, podemos afirmar que havia uma preocupação de que o fato de a mulher ser atendida por diferentes profissionais (recepcionista, profissional do direito, estagiária, equipe técnica) não a revitimizasse. Em diferentes momentos, foi possível observar um zelo das profissionais no que se refere aos limites de conteúdo e tempo de contato de cada profissional com a mulher. Uma tentativa de que a mulher falasse somente as informações da ficha com a recepcionista e somente um relato geral do ocorrido para a profissional do direito fazer uma análise conjectural. A história completa deveria ser contada somente para a estagiária. O atendimento com a equipe técnica, também, deveria ocupar um lugar pontual em toda a trajetória institucional.

Desta forma, havia uma intenção de articulação das ações, tendo em vista que a mesma mulher era atendida por diferentes profissionais, de forma pontual, com o objetivo de que as suas demandas fossem atendidas de forma integral. Assim, cada profissional desenvolvia uma ação junto a esta mulher, que se pretendia articulada com as demais ações que seriam desenvolvidas ao longo da inserção da mulher no serviço.

Na sequência, uma citação longa, mas bastante elucidativa sobre a lógica de articulação das ações entre as profissionais:

[...] eh... então... assim... na maioria... o dia a dia, esse atendimento, como ele é feito... assim... acho que a grande parte do nosso trabalho é o atendimento à mulher, que é feito... a gente procura... que a gente estabeleceu uma rotina que a mulher... primeiro é atendida pela nossa recepcionista que faz a ficha... para ter um cadastro, para ter os dados principais e a gente ter isso registrado. A gente gosta que ela passe primeiro, a primeira escuta, a primeira oitiva, passe pelo defensor público, que aí a gente vai fazer o acolhimento... e uma introdução, explicar... e tentar... eh... escutar pra identificar qual é a demanda dessa usuária... até entendendo o que é importante, para a gente explicar o

que vai fazer, de onde ela vem, quais são as demandas, se já tem medida protetiva, então fazer essa identificação é importante, e até explicar para ela o que vai acontecer aqui, o que que a gente vai fazer, qual é o nosso trabalho... Então a gente sempre tenta que ela seja escutada, primeiro passe por um dp., né?, então sou eu ou a EE6... Caso a gente não esteja aqui por algum outro compromisso externo, que a gente também possa ter, né... eh... a M. que é a nossa funcionária concursada, tem nível superior também... ela faz isso para a gente... e daí a gente até explica para eles que a gente... vai passar esse... identificar o que ela precisa, qual a demanda... a gente passa para o estagiário que vai elaborar... vai elaborar a peça que precisa, vai fazer o atendimento sob a nossa orientação, que a gente vai ficar sempre aqui, orientando... e sempre sob a nossa orientação. Qualquer dúvida pode vir falar com a gente... enfim... Acho que rotina principalmente é essa, depois a gente corrige as peças, tira as dúvidas... e... Acho que efetivamente o dia a dia é esse... sempre tem encaminhamentos... a gente já identifica nessa primeira escuta, que é importante, se a equipe técnica tem que estar envolvida, porque a gente também... eu... a gente entendeu que o nosso trabalho é jurídico, então... e essa usuária traz outras demandas que não são nossas de resolver... E essas outras demandas e esses outros encaminhamentos geralmente quem faz é a equipe técnica, então assim... se identifico que tem que ser encaminhada para a Rede, para a rede de saúde, ou saúde mental, ou rede especializada... então a gente já encaminha diretamente... fala – olha, depois passa pela equipe técnica, ou psicóloga ou assistente social para que ela faça um encaminhamento, para que ela identifique se é um tratamento psicoterapêutico, se é rede especializada... e aí avalie e faça... se tem algum atendimento... questão de assistente social, para escola... creche, vaga... também encaminha. Então já sinalizo, já passo, já oriento... e... a gente faz esse tipo de encaminhamento, então aí a equipe técnica assume essa parte... para fazer... e... e aí se a pessoa também... a gente tem esse apoio, porque se a pessoa está muito fragilizada, a gente não consegue identificar... tem dificuldade para escutar, a gente já chama para ter esse apoio, para primeiro passar pela equipe técnica, peço um suporte – EE9, marca, avalia, faz um relatório para a gente, tenta identificar a demanda... porque não estou conseguindo.. ela está muito fragilizada... não... não estou conseguindo entender -, e aí também a gente se apoia... muda um pouquinho a rotina para ela ouvir primeiro, trazer para mim... traduzir um pouco, né, essa demanda (Entrevista EE7, p. 5-6).

No que se refere às relações entre os sujeitos e potencialidades de interação, de modo geral, foi possível observar que, talvez até por conta da disposição espacial do serviço, como já apontado, as pessoas circulavam na sala, falam umas com as outras, interferiam no trabalho de uma e de outra, solicitavam apoio e suporte em determinadas atuações, dentre outros aspectos.

Havia um clima descontraído e cordial no ambiente de trabalho. Principalmente entre as estagiárias, em que elas utilizavam os horários sem atendimento para conversarem sobre assuntos diversos, relacionados a feminismo, às aulas, à situação política do país, e outros mais pessoais. Este ambiente de descontração era reforçado pela atitude de EE6, que buscava sempre fazer uma brincadeira com alguém e iniciava assuntos aleatórios, como ‘futebol’. Há que se atentar para a importância de posturas

como esta que, em meio a uma dinâmica de trabalho com temas relacionados à violência, certa personalidade e incentivo a conversas sobre temas não associados a ela podem contribuir para um clima de mais leveza no dia a dia de um serviço especializado no atendimento a mulheres em situação de violência.

No que se refere aos papéis institucionais, foi possível perceber uma centralidade no papel da EE6, profissional do direito, tendo em vista que era esta quem fazia a primeira escuta mais aprofundada, logo após o preenchimento da ficha pela recepcionista, antes da escuta da mulher pela estagiária, e era a EE6 quem dizia para a estagiária quais seriam as ações a serem elaboradas por ela, já orientando esta escuta. Era a EE6, também, que em geral iria definir o encaminhamento da mulher para a equipe técnica e também coordenava habitualmente todo o funcionamento do Especializado2.

Na percepção de um lugar privilegiado hierarquicamente da profissional do direito em relação aos outros atores institucionais, uma das profissionais afirmou: “aqui é uma casa do Direito” (Entrevista EE9, p. 22).

Uma dinâmica de apoio ao trabalho das estagiárias foi observada por parte das profissionais. Todas estavam atentas à atuação das estagiárias, interviam nos atendimentos conduzidos por estas e estavam disponíveis quando as estagiárias solicitavam ajuda para sanar alguma dúvida ou dirimir alguma questão:

E tem uma mesa que fica aqui fora, no salão, que é minha. Fica no salão exatamente para eu ter olhos e ouvidos em tudo. Então, eu consigo perceber, estando aqui, consigo perceber um sofrimento maior de alguma assistida, uma dúvida, uma reticência do estagiário ao esclarecer alguma coisa... e nesse momento me aproximo e a gente conversa. Quando não sou solicitada pelo próprio estagiário a ir até lá e conversar. Então, existe essa troca, né... a todo momento (Entrevista EE6, p. 17-18).

Um instrumento que facilitava o compartilhamento de informações entre as agentes era uma rede compartilhada de computadores em que todos os casos podiam ser acessados de qualquer computador individual.

Uma questão a ser ressaltada no âmbito da discussão sobre a interação entre os sujeitos se refere a uma fala da assistente social em que, apesar de ser da área do serviço social, não da área do direito, afirmou que opta por participar das reuniões com os estagiários para poder tirar dúvidas deles com mais propriedade, no caso de ausência das profissionais do direito. Esta apropriação de saberes não relacionados à própria

profissão entre técnicas de diferentes áreas pode ser um indicativo de um movimento de interação entre esses saberes com o objetivo de transcender os rígidos limites entre conhecimentos científicos e profissionais:

Mas eu como sou ‘abelhuda’ sempre participo... eu gosto de participar, até para ver o que ela está passando, porque eu não entendo nada de Direito, mas às vezes eles vêm me perguntar alguma coisa. Às vezes, por algum motivo, agora mesmo, por exemplo, elas estão em uma reunião no Tribunal de Justiça. A M. até está aqui, mas, sei lá, M. foi almoçar... – EE8, a assistida está perguntando se pode fugir com o filho -, - não, mulher não foge...-, a gente explica... às vezes quer ir para outro Estado, elas acham que vão responder por sequestro... então às vezes eles trazem isso para a gente. Então, eu gosto de participar... a última reunião a doutora falou a questão do e-mail, explicou... então, são coisas que não fazem parte do meu trabalho, mas que eu posso, se identificar e falar – mas você lembra que na reunião a doutora falou... que não pode? -, entendeu... por isso que eu gosto de participar. Não que eu vou influenciar, porque não tem nada a ver com o meu trabalho. Mas eles às vezes trazem algumas coisas para gente, entendeu?, então por isso que eu sempre gosto de participar (Entrevista EE8, p. 14-15).

Este aspecto pode estar relacionado à concepção **de integração entre os saberes** presente na compreensão sobre trabalho em equipe. Esta se refere a um entendimento de trabalho em equipe que flexibiliza a rigidez dos lugares disciplinares nas instituições, a partir de uma perspectiva de troca entre os saberes, há uma fluidez na hierarquia destes lugares de saber-fazer, tão arraigados em determinadas instituições.

Para a análise sobre a possibilidade de construção de um projeto assistencial comum não foi possível a participação da pesquisadora como observadora nas reuniões de equipe do serviço, como foi feito nos setores saúde e Centros de Referência.

De acordo com as entrevistas, nesta instituição elas realizavam dois tipos de reuniões, uma periódica entre a EE6 e as estagiárias e uma reunião com todas as profissionais, sem as estagiárias, realizada sem periodicidade regular. Não foi permitida a participação da pesquisadora na primeira reunião por entenderem que este é um espaço para as estagiárias e elas poderiam ficar inibidas com a sua presença na reunião. E a segunda reunião, teoricamente, não ocorreu no período da pesquisa, e foi justificado o fato pelo momento de transição institucional por que passava o serviço.

Temos, contudo os relatos das profissionais e estagiárias sobre a dinâmica destes encontros:

[...] basicamente a gente trabalha com os estagiários a questão do atendimento... dificuldades que a gente percebe que eles estejam tendo... então a gente às vezes dá aula... de determinados assuntos... a gente trabalha

essas ideias. E com o resto da equipe na verdade do andamento do Especializado2... do que aconteceu, problemas que surgem... assuntos do dia a dia... administração do Especializado2, do andamento (Entrevista EE5, p. 30).

Nessa reunião a gente apresenta um tema a ser discutido, que os estagiários apresentam. [...] o primeiro momento da reunião é essa apresentação do tema, com discussão a respeito do tema... e a segunda parte são as questões inerentes ao Especializado2 mesmo. Seja o atendimento da gente... e tal. Tanto é que... nessa preocupação com a revitimização da mulher... quem me chamou a atenção para isso foi um estagiário em uma dessas reuniões... Eu era novata aqui, não tinha nem um mês aqui, e a estagiária virou para mim... na época ainda me chamava de Dra. EE6... E... ela me disse – a assistida está falando com você e depois está falando comigo, está ruim para ela -. E eu falei – é verdade, eu vou fazer um recorte para deixar que ela fale dos detalhes só com vocês... e depois.. Obviamente... porque isso tudo é colocado em uma ficha, é feito um relato de fatos... e esse relato de fatos obviamente está na rede, e quando a gente faz a correção da ação a gente vê... mas de qualquer maneira (Entrevista EE6, p. 16).

[...] é... nós temos... mas já tem um tempo que a gente... que a gente chama de 'reunião de funcionários', mas assim já tem um tempo que não tem... Todo mundo leva as suas... as suas... como é que eu vou falar?, o que está observando na questão mesmo dos atendimentos... algum caso que chegou para você... e que a gente acha necessidade de que todos tenham... participem do que aconteceu para que não venha acontecer com outros... ou se acontecer a gente já sabe, porque a gente... decidiu ali como vai proceder vindo um outro caso (Entrevista EE8, p. 12).

Como apresentado na discussão sobre a articulação das ações e da interação entre os sujeitos, há que se observar certo espaço de escuta entre as profissionais e as estagiárias. Todas tinham voz para falar sobre as impressões acerca do caso, sobre compreensões divergentes das orientações dadas inicialmente, havia espaços de atendimento em conjunto com profissionais de diferentes áreas, uma relação de ajuda mútua entre as agentes. Como ficou claro, também, havia uma centralidade no lugar das profissionais do direito e uma diretriz condutora da ação fundamentada nas decisões das profissionais do direito sobre o caso. Não obstante a licenciosidade para as diferentes vozes se colocarem, há uma definição primeira e última da profissional do direito sobre o projeto assistencial a ser realizado junto ao caso.

Necessário é destacar, ainda, a importância dada à voz da mulher na condução das intervenções. Se entre as profissionais de diferentes áreas, compreende-se certa centralidade do campo do direito na definição do fazer neste setor, foi possível compreender a partir das entrevistas que a construção do projeto assistencial neste serviço tem como protagonista principal a mulher.

[...] acho que cada um tem o seu método de atendimento... [...] a EE6 tem o dela... eu tenho o meu... eu... acredito e construo muito com ela... Então assim... para começar, primeiro a gente verifica o que ela já tem... se ela já tem RO, se já tem medida protetiva... e aí... sempre construo com ela... - o que eu posso te ajudar? O que você quer? - então... e aí... sempre passar os dados da realidade... se ela está em risco... se não está... o que... você avalia de que forma... e vou construindo, o que ela precisa, vou perguntando para ela, passando... - mas você tem certeza? -, porque muitas vezes, apesar de muitas coisas, ela não quer criminalizar, judicializar alguma questão... quer outras. Então, vou construindo - sim, mas aí você veio para cá, para que? -, e aí assim... e aí a gente vai construindo juntos... dou os caminhos possíveis... E... e com ela vou construindo... e aí a gente fecha - então, tá, a gente vai fazer assim, assim, assim...-, e aí eu passo isso...[...] sempre com ela..., e aí eu passo isso para o estagiário... comento com ele... explico como é que foi... e... e... e aí é assim (Entrevista EE7, p. 15).

4.4 A trama de serviços para o atendimento às mulheres em situação de violência: o potencial de serviço em rede

4.4.1 Compreensão das profissionais sobre o conceito de rede

Assim como fizemos com o conceito de trabalho em equipe, antes de analisarmos a trama estabelecida entre os serviços para a atenção às mulheres em situação de violência, bem como seu potencial de trabalho em rede, veremos a compreensão das profissionais sobre o conceito de rede, considerando que a compreensão destas poderá impactar para a atuação interinstitucional entre os serviços.

As entrevistas revelaram que para alguns profissionais uma rede requer um **objetivo comum** entre os serviços:

[...] para que a gente atinja um objetivo em comum. (Entrevista ES36, p 20).

[...] a gente se unir em um propósito maior do que só o da unidade (Entrevista EE16, p 34-35).

[...] em diferentes áreas atingir o mesmo objetivo [...] retirar a mulher do ciclo de violência [...] em prol do mesmo objetivo, que é retirar aquela mulher daquela situação (Entrevista EE12, p 24).

Esta perspectiva sobre o objetivo em comum para o trabalho em rede se refere basicamente ao atendimento da mulher, com qualidade, para a superação da situação de

violência. Mas a colocação situa-se em termos bastante genéricos sobre o que seria tal superação. A falta de menção direta a conteúdos mais concretos e particulares sobre o que é superar a violência ou sair dessa situação de violência, nos leva a concluir por uma disposição ético-política de elaborar projetos comuns na assistência, uma adesão a esse valor, todavia ainda não se haver consolidado essa disposição em termos materiais. Não há, de fato, o gesto prático correspondente a uma tal intenção de construir um projeto assistencial comum entre os atores, o que como propõe d'Oliveira e Schraiber (2006), somente se realiza quando a articulação das ações é parte da interação dos agentes.

A **complementaridade das ações** no trabalho, uma conexão entre trabalhos parcelares, também foi apontada como definidor do conceito de rede, na percepção das profissionais:

[...] é a possibilidade de cada instituição complementar o trabalho do outro (Entrevista EE18, p. 31).

[...] mas – oh... fulano, estou te passando uma situação...- que é um carretel de linha... ele faz lá a parte dele e depois ele traz de volta (Entrevista ES36, p. 20).

Também as noções de **localização espacial**, geográfica, facultando conexões, estavam presentes nas falas, bem como a importância da **comunicação** entre os serviços ou a existência de um **leque de diferentes ações assistenciais**, como se pôde notar nas distintas falas:

[...] a gente compõe a rede... em termos de território, do Conselho Tutelar, do CRAS G, do CRAS I, do CREAS S. ... a gente tem um contato com a Maternidade M, assim como F. ... a própria creche, as escolas... são pontos em que a gente dialoga mais. Está mais presente (Entrevista ES36, p. 21).

[...] uma rede é um emaranhado de possibilidades, de caminhos possíveis dentro de um território assim (Entrevista ES19, p. 23).

Que eu acho que o principal do trabalho em Rede é essa comunicação, que se você não tiver comunicação o trabalho não flui (Entrevista EE10, p. 29).

[...] trabalho em rede é exatamente você ter esse diálogo (Entrevista EE17, p. 23).

E você contar com diferentes serviços de diferentes disciplinas ou setores envolvidos na assistência daquela pessoa que precisa (Entrevista ES33, p. 24).

Em complemento, para uma **atenção integral**, referida nas falas, as noções de **ter conhecimento sobre os serviços e construir a ligação** entre eles, foram mencionadas:

[...] é a integralidade da assistência do paciente. Pra você poder oferecer um atendimento integral àquela pessoa (Entrevista ES33, p. 24).

[...] a gente poder pensar esses usuários como um todo, não só o indivíduo, mas pensar como um todo... e que um indivíduo não é só uma mulher que sofre violência... ela precisa de saúde, de educação, de cultura... ela precisa do direito (Entrevista EE16, p. 34-35).

Preciso saber quem é a minha rede, para poder estar criando esse cuidado, de ter essa atenção maior com essa mulher... e com o cuidado integral mesmo (Entrevista ES28, p. 35).

[...] não é 'o que você tem para me oferecer, o que eu tenho para oferecer para você -, não é uma troca, mas como é que eu vou dizer... é um entrelaçamento na verdade (Entrevista EE17, p. 23).

Na construção das ligações surgiu uma questão: a **afinidade ideológico-política** entre correntes de pensamento acerca da concepção do que seja a violência contra as mulheres e a partir daí o que seja a melhor intervenção assistencial, considerando a existência de correntes de pensamento diversas na base dessa concepção e de como pode ser explicada tal ocorrência enquanto fato da sociedade, se a partir da perspectiva de gênero, se a partir de uma perspectiva familiarista, se a partir de uma perspectiva patologizante, se a partir de uma perspectiva vitimista etc.. A fala a seguir denota esse aspecto apontado:

O meu maior parceiro, meu CREAS mais parceiro [...] não é o CREAS daqui (Entrevista EE13, p. 40).

Após dizer qual a área do CREAS com que se relaciona, EE13 justificou:

[...] porque tem um entendimento da política... das políticas de forma mais apropriada (Entrevista EE13, p. 40).

Esta noção se aproxima da análise de Santos (2015) que constata a existência de diferentes redes alinhadas por diferentes abordagens sobre violência doméstica contra a mulher. A autora observa que a cultura jurídico-política estatal no que concerne aos direitos das mulheres é heterogênea. Por vezes atua-se na direção de uma perspectiva de gênero, em outras redes a partir de uma perspectiva familiarista e há quem disponha de uma abordagem feminista interseccional. Cecília Macdowell Santos considera que o

Estado é “bipolar” ao sustentar uma política para as mulheres com base na perspectiva de gênero e a política de assistência social e de segurança pública fundamentadas em um regime familiarista.

Chama a atenção, ainda, uma resposta que associou o conceito de trabalho em rede com a compreensão sobre trabalho em equipe:

[...] eh... eu vejo muito uma correlação com a pergunta anterior, sobre o que significava a equipe, né? Só que de uma forma mais ampla. Não casos pontuais assim. Entendo que é isso, uma rede é um emaranhado de possibilidades, de caminhos possíveis dentro de um território assim... e aí que eu vou trilhar conforme cada situação demande, né, e precise. Então, acho que entendo isso... que a rede é uma interligação de equipamentos assim... para poder... como se fosse uma rede mesmo... o que a gente consegue englobar dentro dessa rede assim... eu acho que é isso. Cada parceria vai abrindo outros links para outras coisas (Entrevista ES19, p. 23).

Tal como sua definição de trabalho em equipe, ES19 apontou para uma perspectiva relacionada a diferentes atuações individuais que se cruzam para complementar a atenção. Apesar destas noções de trabalho em equipe e de trabalho em rede, apresentadas por ES19, não serem as mesmas apresentadas pelo referencial teórico que fundamenta este texto, uma vez que também essa noção de equipe traz, sobretudo, a conexão das ações, cabe destacar que nosso referente para o conceito de rede vale-se de uma compreensão de trabalho em rede bastante convergente com o de trabalho em equipe, mas também vê nesta não só a justaposição dos profissionais senão sua integração, resultado de suas interações dialógicas nesse trabalho de equipe (Peduzzi, 1998).

Cabe, no entanto, destacar que algumas profissionais, maioria médicas, demonstraram não familiaridade com o conceito de rede. Dois médicos entrevistados tiveram dificuldade de compreender a pergunta⁵⁸, demoraram para responder como se fosse um conceito muito distante da sua realidade cotidiana (ES29, ES20). Uma médica e uma policial não souberam dizer o que significa o trabalho em rede (ES25; EE2).

Como apresentado, notamos que há uma compreensão majoritária sobre o trabalho em rede a partir de uma perspectiva de complementaridade das ações parcelares, em que os diferentes serviços justapostos promoveriam o atendimento integral à mulher em situação de violência, na medida em que os diferentes setores contemplariam as diversas necessidades que as mulheres apresentam para uma potencial

⁵⁸ “O que você compreende por trabalho em rede?” – como consta nos roteiros de entrevistas no Anexo B.

rede. Trata-se aqui, assim, de uma compreensão de rede mais limitada ao acesso, ou a uma maior oportunidade de acesso, a diferentes serviços, não necessariamente contemplando o propósito assistencial de cada serviço ou sua qualidade interna nesta “rede”. Por isso vamos designar essa potencial rede, quando tratando da fala e compreensão das profissionais entrevistadas como **serviços de mútuo acesso** ou **trama**, para diferenciar no texto do conceito de **rede** que tomamos como referencial da análise interpretativa e crítica ora empreendida.

Se até aqui abordamos especialmente as respostas dadas à pergunta ‘O que você compreende por trabalho em rede?’⁵⁹ podemos, no entanto, apreender outros aspectos dessa compreensão ao longo da narrativa das entrevistadas. Assim, outra afirmação a que daremos destaque amplia o conceito de rede, em relação aos aspectos já mencionados, por captar a importância do **protagonismo do usuário** na formação desta rede, apesar de, também, aportar para a noção de conjunto de trabalhos individualizados:

[...] o trabalho em rede é justamente isso, cada um estar em um ponto muito mais distante ou próximo do que o outro... e a gente começa a... a tecer essa malha jogando... jogando não no sentido de largar, mas – oh... fulano, estou te passando uma situação...- que é um carretel de linha... ele faz lá a parte dele e depois ele traz de volta... e a gente vai fazendo isso... **de forma que o usuário possa se agarrar**. Metaforicamente é isso... é esse trabalho de rede, em que cada um faz a sua parte, para que a gente atinja um objetivo em comum (Entrevista ES36, p. 20) [grifo nosso].

Nesta linha, mais uma fala que, apesar de assumir que o serviço atua “um pouco” em rede, coloca as necessidades do usuário, que terá em que “se agarrar”, no centro da construção desta rede, o ator que promove a própria necessidade de atuação em rede:

Porque a própria situação do usuário faz com que você seja obrigado a fazer uma rede. Que não dá conta... a saúde sozinha não dá conta... a assistência social sozinha não dá conta... a Secretaria de Habitação sozinha não dá conta, porque o mesmo usuário... uma série de situações de necessidade (Entrevista ES24, p. 22).

Cabe lembrar que estimular a coparticipação do usuário é distinto de apenas pensar na construção de uma rede a partir da necessidade dos serviços e de seus recursos. Algumas profissionais afirmaram que existia a tentativa de atuação em rede,

⁵⁹ Presente nos roteiros de pesquisa, como consta no Anexo B.

mas apontaram para a precariedade de seus serviços como questão para essa tentativa, além da precariedade da própria rede, no que se refere às dificuldades de ofertas de serviço, de quadros técnicos e de acesso. Ademais notamos que, no caso de uma das entrevistadas, seu próprio serviço não parecia estar implicado na rede, como se a rede estivesse aí para servir o seu particular serviço e não fosse uma construção conjunta. Nesse caso a preocupação em ter uma rede serviria apenas à necessidade de suprir ausência de recursos de alguns dos serviços e não pela qualidade assistencial ampliada, em uma atenção mais integral, em consideração às necessidades dos casos.

A gente sempre procura essa rede, mas nem sempre a rede consegue nos responder à altura do que precisamos, por conta da demanda deles. O CRAS, o CREAS... o CRAS é mais presente... mas o CREAS que está se reestruturando nesse momento com uma nova equipe, é um caso (Entrevista ES36, p. 20).

A preocupação unilateral para com o serviço específico em que a profissional estava inserida apontou para certo obstáculo à construção conjunta da rede, expressando a contraface da preocupação rígida de atender às normas, as quais uma vez tendo apontado para a necessidade da construção da rede, poderia gerar ações no sentido do cumprimento de um itinerário que não necessariamente corresponderia à concretude do caso e suas necessidades particulares. Tal advertência ora destacada, embora não tenha havido nenhum relato desse tipo, constitui uma preocupação no referencial teórico que embasa nossa interpretação das falas examinadas, enquanto valoriza necessariamente a noção de ‘comum’, seja dando ênfase a um projeto assistencial, remetendo então para a discussão dos modelos assistenciais e a qualidade dos cuidados e intervenções subjacentes, seja no que respeita a articulação de ações e então a noção de um sistema de referência e contrarreferência enquanto parte da proposta comum das profissionais envolvidas. É dado, portanto, grande valor à presença de algo ‘em comum’ nas narrativas dessas profissionais.

De outro lado, quando as próprias entrevistadas lembraram a coparticipação do usuário, essa também constituía um ‘comum’ a ser valorizado, como aponta Ayres (2004) quanto à definição do que é o cuidado em saúde, ou Teixeira (2015) quanto a crítica das atuais condições fragmentárias das políticas de saúde. Mas há que se ter cuidado em não se radicalizar essa presença do usuário, colocando-o no centro da formação de uma rede o que pode por vezes significar também uma ausência de

definição institucional para a política assistencial, e repassar a responsabilidade institucional de assistência longitudinal, conceito bem estruturado no setor saúde, apenas para esse protagonismo dos usuários dos serviços, como se fosse um problema do consumidor e não do direito à atenção e dever do Estado, na responsabilidade assistencial da política pública.

Alguns ‘jargões’ foram utilizados pelas profissionais na definição do conceito de rede e os destacaremos, aqui por, também, representarem o entendimento das profissionais sobre a questão:

Porque uma andorinha só não faz verão, né? (Entrevista EE4, p. 28).

[...] grande abraço (Entrevista EE14, p. 24).

[...] de mãos dadas... (Entrevista EE6, p. 30).

[...] carretel de linha (Entrevista EE36, p. 20).

[...] uma teia de aranha mesmo (Entrevista ES24, p. 22).

Grande parte das profissionais considerou que os próprios serviços atuavam em rede, na medida em que estavam abertos aos outros serviços e realizavam contato com estes, também, corroborando, assim, a ideia dos ‘serviços de mútuo acesso’ acima referida:

Estar sempre aberta a qualquer... um que ligar... a gente... está...- pode vir aqui a qualquer momento, a gente troca, a gente atende, a gente... informa -, quer dizer, eu acho que isso é muito importante (Entrevista EE9, p. 27).

A gente está ali... os outros serviços... né... às vezes trocando, às vezes não, mas a gente fazendo os serviços trabalharem também... junto com a gente... (Entrevista EE8, p. 31).

Na mesma linha, outras profissionais consideraram que não atuavam em rede com outros serviços. Uma delas justificou, tendo em vista que só existia um serviço para encaminhar a mulher em situação de violência no território, se referindo ao Especializado⁴, de acordo com o conhecimento que ela tinha sobre o assunto (ES36).

Por fim, uma das profissionais que já atuava em serviço de enfrentamento à violência de gênero há 20 anos, afirmou:

Não, a gente não tem rede, a gente tem parceiros de trabalho (Entrevista EE5, p. 27).

De acordo com a entrevistada:

[...] a ideia de rede está [...] está completamente diluída, a gente não se encontra [...] a gente sabe quem são os nossos parceiros, a gente reconhece os serviços e trabalha junto com os serviços... mas o trabalhar junto não significa necessariamente trabalhar em rede... (Entrevista EE5, p. 27).

A gente não tem mais aquelas reuniões onde a gente discutia um caso... que tinha passado por todo mundo, para a gente saber o que ia fazer em conjunto... Agora... eu tenho... esses dias convidei a EE13 para uma reunião para discutir um caso que eu peguei... que eu entendi que D. sozinha não dá conta. Então fizemos uma reunião, ela participou... mas a gente não tem essa rede em funcionamento, em contato constante... a gente não tem... a gente tem parceiros, é diferente (Entrevista EE5, p. 27).

Não obstante as diferentes concepções sobre o trabalho em rede e as divergentes opiniões sobre se os serviços atuavam em rede ou não, cabe registrar que não houve profissional entrevistada que não considerasse o trabalho em rede como fundamental para a atenção a mulheres em situação de violência.

No âmbito da discussão sobre a importância do trabalho em rede, ressaltamos três citações que, sob perspectivas diferentes, aportavam para a importância da intersetorialidade e da integralidade da atenção.

Partindo de uma perspectiva de atenção integral, EE13 considerou que atuar em rede seria a única forma possível de trabalho com mulheres em situação de violência:

De verdade, não vejo de outra forma... eh... eu acho que se a gente atende isoladamente, não atendo a mulher, atendo a violência... entendeu? [...] se eu não olhar para essa mulher como uma pessoa humana, como uma pessoa integral, como uma pessoa... eh... Não olhar para a dignidade da pessoa humana, para o desenvolvimento da pessoa humana... isso implica à pessoa humana... eu não estou olhando o sexo, não estou olhando a orientação sexual... não estou olhando a classe sócio econômica. Estou olhando a pessoa que me chega, na maioria das vezes em uma situação de violência, quase sempre doméstica... mas muitas chegam aqui... população de rua... Posso... não, a gente entende que essa mulher passou por tantas violações... que no mínimo é uma violência estrutural, né, no mínimo. Mas não é uma violência daquelas que a gente... não é uma violência interpessoal... E aí a gente vai fazer o atendimento... porque estou atendendo a pessoa... não estou atendendo violência (Entrevista EE13, p. 44).

De outro modo, com o foco na concepção de insuficiência dos setores para a atenção à mulher em situação de violência, considerando que a mulher tem diferentes necessidades e que nem o direito, nem a saúde são campos que podem dar conta da questão atuando de forma isolada:

O trabalho em rede é importante, que a gente não pode se fechar na nossa caixinha do ‘direito’ e achar que a gente é o mais importante ou que só a gente resolveria tudo, eu acho que não (Entrevista EE12, p. 25).

É importante, é importante porque são olhos a longa distância, né? A gente consegue fazer um cuidado mais apurado e a longa distância. A gente tem uma outra equipe... uma outra... uma outra forma de resolver o paciente... não fica simplesmente só focado aqui dentro dessa parede... desse consultório. A gente consegue ir para outros caminhos, consegue ter um monitoramento maior. Dá mais possibilidades para o paciente também (Entrevista ES21, p. 33).

4.4.2 Obstáculos e facilitadores

Neste tópico, apresentaremos os dados sobre os obstáculos e facilitadores para a construção de uma rede de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e já os discutiremos com base no material produzido na pesquisa de campo e também nos artigos do levantamento bibliográfico empreendido e já apresentado no item ‘Rede’ do capítulo ‘Referencial Teórico’.

Para fins de análise distribuímos os obstáculos e facilitadores para o trabalho em rede presentes nos materiais a partir de quatro planos: O **plano gestão**, que se refere às questões relacionadas à gestão das políticas, aos investimentos públicos para a implementação e manutenção dos serviços, ao plano macro; o **plano interinstitucional**, que está relacionado ao plano da relação entre as diferentes instituições e setores e relacionado ao que surge do interior destas conexões ou da falta destas conexões; o **plano institucional**, ligado ao interior de cada serviço; são questões relacionadas ao funcionamento institucional; o **plano práticas profissionais**, voltado para o âmbito técnico-profissional da discussão, na dimensão diretamente produtora das ações de cuidado. Sabemos, contudo, que, na prática, os planos se sobrepõem, na medida em que são interdependentes entre si na construção de um todo.

4.4.2.1 Plano Gestão

Uma rede de atendimento à mulher pressupõe a existência de uma política pública de atenção à violência de gênero, impulsionadora dos agentes locais e facilitadora ou mobilizadora das relações entre órgãos-governamentais e não governamentais, que ao mesmo tempo atribua a um órgão específico o papel de articulador dos serviços, fomenta as ações intersetoriais e crie condições favoráveis à implementação e à continuidade do trabalho (Brasil, 2006c, p. 20).

Silva, Padoin e Viana (2015) e Brigagão, Santos e Spink (2016) destacam a importância do apoio dos organismos locais, regionais, estaduais e nacionais que financiam e orientam as políticas de enfrentamento à violência contra as mulheres para a formação de redes de serviços orientadas para este fim.

A experiência apresentada por Brigagão, Santos e Spink (2016), o Iluminar Campinas⁶⁰, se tratou de uma ação pública municipal, uma das iniciativas relacionada ao Programa Gestão Pública e Cidadania do Centro de Estudos de Administração e Governo da Fundação Getúlio Vargas, em São Paulo, que atuou junto à identificação e multiplicação de experiências inovadoras no âmbito do serviço público.

Seja por referência a facilitadores ou a obstaculizadores para o trabalho em rede, os resultados da pesquisa de campo e da revisão bibliográfica sobre o tema relacionam os impactos diretos da política pública sobre o trabalho entre as instituições na tentativa de atuação em rede.

Para d'Oliveira et al. (2009), um obstáculo para a atuação em rede se refere a questões macro como a instabilidade e a fragilidade da própria política de atenção a mulheres em situação de violência e a dificuldade de dimensionamento das necessidades dos serviços, quando são implantados:

De um lado, sua fragilidade está dada no intenso movimento de fechamentos e aberturas de serviços, em boa parte devido ao fato de que as políticas públicas acabam sendo transformadas a cada novo governo, comprometendo a estabilidade e adensamento da rede. De outro, as propostas de abertura não necessariamente levam em conta os dimensionamentos dos casos, como estudos de prevalência, perfis de uso dos serviços pela possível clientela, etc. (p. 1049).

De acordo com as entrevistadas da presente pesquisa, esse dado foi reiterado, pois a descontinuidade do trabalho constituía um obstáculo para a atuação em rede. Esta descontinuidade, como apontada no material de pesquisa, era inerente às mudanças de

⁶⁰ O Iluminar Campinas se refere a construção de uma rede de atenção a pessoas em situação de violência sexual no município de Campinas, São Paulo (Brigagão, Santos e Spink, 2016).

governo, considerando que cada governo recém-instituído implementava mudanças nos quadros profissionais, nas orientações técnicas, de organização institucional, etc. Além desta questão, a crise financeira também foi apontada como um interveniente que atuava diretamente na descontinuidade do trabalho.

Quanto à crise financeira do governo, especificamente no Rio de Janeiro, como já discorremos no tópico ‘Considerações sobre a Conjuntura Atual’, cabe acrescentar que, como consta das entrevistas, os fechamentos de serviços e/ou a precarização institucional por falta de financiamento era um importante obstáculo para a consolidação do trabalho em rede:

Que está funcionando e daqui a pouco muda a gestão e acontece que não tem financiamento e para de funcionar, e daqui a pouco volta a funcionar (Entrevista ES27, p. 22).

Nesse sentido, a frequente mudança de gestão, muitas vezes dentro de um mesmo mandato governamental, gerava modificações, até mais de uma vez no mesmo mandato de secretários, subsecretários, superintendentes etc., o que impedia a consolidação de qualquer política pública, repercutindo diretamente na construção de uma rede de atenção.

Outra questão relacionada a esta foi a fragilidade dos vínculos empregatícios, considerando o tipo de contratação via OS, como nos casos da Saúde, ou via cargos comissionados, como no caso da política para as mulheres, da política de assistência social e da Justiça. A fragilidade dos vínculos de trabalho, a facilidade para demissão e nova contratação de funcionários possibilitava que a cada nova gestão fossem efetivadas alterações significativas nos quadros técnicos.

Positivamente, a permanência das equipes nos serviços foi apresentada como um facilitador para o trabalho. Em entrevista, EE13 discorreu sobre como o trabalho fluía melhor se realizado entre equipes que permaneciam nos serviços ao longo dos anos, e já se conheciam e se relacionavam:

Ela não se sente instável... ela não se sente ameaçada... ela não se sente avaliada... a profissional... e nem a equipe... Ela se sente muito confortável... para trocar, para acolher... (Entrevista EE13, p. 41).

Ainda sobre a constituição dos quadros de equipes técnicas, no âmbito do planejamento das políticas públicas a disponibilidade de recursos para contratação de

pessoal é inferior às necessidades dos serviços. Constatou-se que os serviços não contam com o número de profissionais que necessitam para o trabalho. Neste sentido, Menezes, et al. (2014) alertam: “o déficit de recursos humanos limita o poder de articulação entre os serviços da Rede: [...]o quantitativo de profissionais atuantes nos serviços reflete na dificuldade de desenvolvimento de ações integradas com outros setores.” (p. 782).

A escassez de ofertas de serviços para o atendimento intersetorial integral, também, foi um ponto verbalizado nas entrevistas sobre os entraves para o trabalho em rede:

São poucos recursos... Quero encaminhar uma paciente, sei lá, para um curso de artesanato, informática, aula de dança, qualquer outro local... a gente não tem aqui nessa região... (EntrevistaES27, p. 22).

Com os poucos recursos em funcionamento, estes acabavam por ficarem sobrecarregados:

Tem o que? o São Francisco oferece algumas atividades, mas também está super inchado, então não tem recebido mais (Entrevista ES27, p. 22).

A gente tem um papel que diz quando precisar para ir para tal lugar... mas a gente nunca tem disponibilidade naquele lugar. [...] sabe que existem as redes... só tem dificuldade de acessá-las. Como são muitas unidades e poucas... e pouca ajuda... então acaba sobrecarregando muito também... tem esse lado também, de estar muito sobrecarregado e a gente não conseguir acessar (Entrevista ES21, p. 33).

Outro obstáculo a ser apontado se refere às dificuldades enfrentadas para a atuação em rede a partir de uma construção de políticas públicas historicamente baseada em modelos hierárquicos e verticalizados da atenção. Uma questão macro, portanto, considerando o nível estrutural em que este modelo está arraigado no interior das lógicas institucionais.

De acordo com d'Oliveira et al. (2009), o modelo hierarquizado verticalmente pelo qual o setor Saúde tradicionalmente tem sido operacionalizado gera dificuldades para atuar em rede, considerando que rede se refere a um modelo de trabalho a partir de relações horizontais. Lettiere e Nakano (2015) também apontam para o modelo hierarquizado em que são centrados os serviços que compõem a rede como um

obstáculo para a construção de uma rede de atenção a mulheres em situação de violência não fragmentada.

Uma ação proposta por essas autoras, que seria de incumbência de um nível mais central da gestão, se refere à elaboração e implementação de um “sistema de informação ampliado” congregando as informações sobre os atendimentos às mulheres em situação de violência realizados por todos os serviços da rede, este sistema integrado seria, portanto, um facilitador para o trabalho em rede intersetorial.

4.4.2.2 Plano Interinstitucional

No plano interinstitucional, um dos principais dados presente nos artigos se refere à questão da articulação institucional entre os serviços. De acordo com grande parte dos artigos selecionados, um dos principais obstáculos para o trabalho em rede se refere à atuação desarticulada e fragmentada entre os serviços (Arboit et al., 2017; Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Costa et al., 2017; d'Oliveira et al., 2009; Dutra et al., 2013; Gomes et al., 2013; Lettiere e Nakano, 2015; Porto, Bispo Junior e Lima, 2014; Silva, Padoin e Viana, 2015; Rolim e Falcke, 2017; Santos, 2015; Santos e Vieira, 2011, Vieira et al., 2015).

Neste sentido, Arboit et al. (2017) são enfáticas ao afirmar que “De acordo com os depoimentos das profissionais de saúde, as limitações da rede no cenário estudado estão relacionadas com os serviços que atuam de modo desarticulado.” (p. 4).

Por outro lado, em sentido afirmativo, a importância de uma relação articulada entre os serviços para o desenvolvimento de uma atuação em rede é apontada por Arboit et al. (2017); d'Oliveira et al. (2009); Silva, Padoin e Viana (2015); Gomes et al., (2012); Gomes et al., (2013); Menezes et al. (2014).

Para a implementação desta articulação, de acordo com as entrevistas, foi possível apreender que o conhecimento mútuo entre os serviços constitui um facilitador para o funcionamento em rede:

É... a relação institucional mesmo, né, de conhecer que há aquela instituição... Eu especificamente ES19 não fui conhecer todos... as

instituições, mas a instituição UBS1 já se relacionou com todas as instituições do território em algum momento da sua existência, tanto para fazer uma discussão de esclarecimento, de funcionamento de cada instituição... tipo para que serve aquela instituição... de que forma está no território para apoio... quanto a gente, também, colocar, né... para que serve a UBS1... Acho que tem esse tipo de relação assim (Entrevista ES19, p. 22-23).

O conhecimento dos diferentes serviços que compõem a rede e seu funcionamento é, portanto, um fator facilitador para a construção da rede, como apontam d'Oliveira et al. (2009); Gomes et al. (2013); Menezes et al. (2014); Porto, Bispo Junior e Lima (2014): “Conhecer os diversos serviços que compõem a rede de atenção e prevenção da violência é um passo importante para a articulação intersetorial.” (Porto, Bispo Junior e Lima, 2014, p. 796).

Cortes, Padoin, Kinalski (2016); d'Oliveira et al. (2009); Gomes et al. (2012) apontam para a importância da comunicação para a interação entre os profissionais e o conhecimento do trabalho entre os serviços.

Em texto sobre o cruzamento de redes na atenção às mulheres em situação de violência, Santos (2015) denomina de ‘falta de linha’ a falta de comunicação entre os profissionais ou o desconhecimento dos outros serviços e ‘na linha’ a relação entre os serviços marcada por boa comunicação.

Neste sentido, Dutra et al., (2013) destacam que a desarticulação dos serviços está relacionada aos escassos espaços de troca entre os profissionais que atuam nos diversos serviços: “Assim, há uma ruptura na rede, pela falta de espaço para discutir e planejar o atendimento a ser oferecido a cada mulher, a partir da sua situação concreta.” (p. 1300).

Para d'Oliveira et al. (2009), todas as estratégias para facilitação do contato são válidas: reuniões internas, supervisões de equipe, fóruns intersetoriais, listas de telefones e e-mails, contatos pessoais, visitas aos serviços.

Em sentido afirmativo nessa mesma discussão, um dos principais tópicos apontados pelas autoras como um facilitador, ou até uma formação necessária para a articulação em rede, é a criação de espaços de diálogo entre os profissionais. d'Oliveira et al. (2009) e Gomes et al. (2012) discorrem sobre a importância dos espaços de encontro e comunicação intersetorial para a efetivação deste processo de construção de rede de serviços.

De acordo com Silva, Padoin e Viana (2015) a superação dos limites da prática assistencial em rede pode ser viabilizada a partir da criação de espaços de discussão que propicie o diálogo entre os setores e objetive a elaboração de fluxos e protocolos para

orientação da prática assistencial coletiva. Na mesma linha, Brigagão, Santos e Spink (2016) relatam uma construção de trabalho em rede, tendo como etapa importante para o sucesso da ação, a implementação de reuniões de articulação técnico-políticas, nas quais foram elaborados os desenhos de fluxos da rede:

Em um passo importante, retrospectivamente, as reuniões de articulação técnico-políticas com os diferentes setores e instâncias governamentais possibilitaram pactuar as sequências de atividades, os encaminhamentos e as responsabilidades de cada serviço, além de permitir que os problemas de diferentes setores para o atendimento a essas pessoas fossem discutidos e algumas soluções fossem buscadas em conjunto. A partir do momento em que os fluxos estavam desenhados, eram publicados, na página da prefeitura na web, em material impresso e distribuído para as diversas instituições (p. 364).

Sendo assim, um importante facilitador para a construção de um trabalho em rede se refere às reuniões interinstitucionais em que participam profissionais e gestores de diferentes serviços de diversos setores, de acordo com os resultados de pesquisa.

As reuniões interinstitucionais podem ser reuniões mais restritas com objetivos específicos e pontuais, ou reuniões de rede, propriamente ditas.

No primeiro caso, temos como exemplo o Grupo de Trabalho (GT) para criarem estratégias de atuação dos agentes de segurança junto às mulheres em situação de violência, em que participavam uma representante do Especializado⁴, a chefe das DEAMs, representante da PM, representante da Saúde do Estado; representante da política para as mulheres do Estado, Guarda Municipal, entre outros:

Começa com um grupo de trabalho... que a gente está vendo... que está tecendo uma rede e trocando também, se fortalecendo, porque a gente percebe que está cada um muito isolado (Entrevista EE16, p. 33).

Ou como apontado pela revisão bibliográfica como uma das principais ações para promover o trabalho em rede, as reuniões interinstitucionais de rede são potenciais para a articulação entre os serviços, a interação entre os sujeitos e o compartilhamento das ações intra e intersetoriais.

De acordo com uma das entrevistadas, as reuniões de rede são facilitadores para o trabalho, tendo em vista que nessas reuniões as profissionais dos diversos serviços podem se conhecer e estabelecer aproximações nas relações entre si (EE6, p. 27).

No caso em questão, durante a pesquisa se realizaram encontros, promovidos pelo serviço de orientação jurídica, em que as diversas profissionais dos diferentes serviços específicos ou não para atenção às mulheres em situação de violência participavam para discussão de um determinado tema proposto previamente.

Os encontros de equipes técnicas nasceu de uma necessidade que a gente percebeu... da dificuldade das mulheres que eram atendidas pelo Especializado², que depois que a gente distribui a ação vão para Vara de Família. Às vezes elas voltam e contam da dificuldade com a equipe técnica do Tribunal de Justiça... da dificuldade com promotor [...] Então, esse foi um trabalho que surgiu dessa dificuldade que as mulheres estavam falando... das equipes técnicas com o Tribunal, que estão muito duras com as mulheres... [...] Eu não vou dizer como o Tribunal deve trabalhar, mas eu posso colocar uma equipe de um Centro de Referência, com a equipe do Ministério Público... com a equipe do Tribunal de Justiça... com a equipe... eh... de um CREAS, com a equipe da Defensoria Pública, dialogando sobre temas... onde eles possam, no diálogo, mudar, entre si... acho que a conversa que muda... Então, foi... foi um trabalho que surgiu dessa maneira [...] mandamos um convite para todos os serviços, todos os centros de referência do Estado. Mandamos para o Tribunal de Justiça, para todas as equipes que quiserem, é um evento aberto. Para o MP, mandamos para algumas ONGs que fazem esse serviço. Mandamos para os CREASs... a gente abre geral, entendeu? [...] é um momento de diálogo e é interessante... e foi muito bem acolhido. A gente percebeu que faltava um espaço aonde os serviços pudessem conversar sobre as suas dificuldades. É diferente dos encontros de Rede, diferente de outros encontros. Um espaço aonde as pessoas podem falar das suas dificuldades, discutir temas e tudo, então a gente está continuando, né?, e sempre assim... a expectativa, a cobrança (Entrevista EE5, p. 12-13).

Uma reunião de rede bastante citada nas entrevistas com as profissionais da rede especializada de atendimento às mulheres foi a reunião da Rede Capital que até o ano de 2016 esteve em funcionamento na capital do Rio de Janeiro. Sobre a Rede Capital, nos deteremos mais especificamente no tópico ‘Rede Capital’, adiante.

Com referência à revisão bibliográfica, alguns artigos relatam experiências com reuniões intersetoriais de serviços de atendimento às mulheres em situação de violência.

Santos (2015) apresenta dois grupos de rede em São Paulo que se encontravam periodicamente: a Rede Sul, impulsionada, organizada e articulada pelo Centro de Referência da região, que sediava os encontros mensais; e a Rede de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra a Mulher Zona Leste – São Paulo (Rede Leste) que se reunia mensalmente, articulada por um Centro de Defesa e Convivência da Mulher (CDCM) da região.

Menezes et al. (2014) relacionam o Grupo de Trabalho (GT) para o enfrentamento da violência contra a mulher em Salvador, Bahia, como uma “[...] alternativa para a consolidação da rede de atenção às mulheres em situação de violência.” (p. 782).

Em concordância quanto à importância da implementação de reuniões de rede para a efetivação desta rede de serviços, Cortes, Padoin e Kinalski (2016) destacam a importância da existência de Grupos de Trabalho com esse fim, como o Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências de Santa Maria-RS., foco de sua pesquisa. “[...] reforça-se a importância de espaços coletivos e interdisciplinares como o GT, cenário do estudo, bem como a necessidade de institucionalização de processos coletivos, intersetoriais de discussão e trabalho.” (p. 8).

Menezes et al. (2014) apontam para a possibilidade de reuniões sistemáticas como uma forma de superação dos déficits comunicacionais entre os serviços:

O estudo também sinaliza para a importância de encontros e reuniões sistemáticas no sentido de superar a deficiência de comunicação intersetorial, sugerindo serem estas estratégias que favorecem o fortalecimento da rede de atenção a pessoas vítimas de violência: [...] As falas sinalizam para maior necessidade de socialização de problemas, conhecimentos e ideias que auxiliem conjuntamente para o progresso e conquistas do enfrentamento da violência (Cortes, Padoin e Kinalski, 2016, p. 782).

No Grupo de Trabalho Integrado de Enfrentamento às Violências, em Santa Maria, Rio Grande do Sul, um tópico de discussão é a construção coletiva de um instrumento de comunicação entre os serviços para facilitar a articulação entre estes (Cortes, Padoin, Kinalski, 2016).

A construção de fluxos e protocolos de funcionamento em rede é apontada como um facilitador na efetivação desta rede não só por Silva, Padoin e Viana (2015), como mencionado, mas também por Brigagão, Santos e Spink (2016); Cortes, Padoin e Kinalski (2016); Gomes et al. (2013); Lettiere e Nakano (2015); Dutra et al. (2013).

Como parte do processo de articulação entre os serviços é dado destaque, ainda, à visibilidade das informações sobre os serviços através da construção de guias impressos ou da disponibilização das informações na internet (Menezes et al., 2014; d'Oliveira et al., 2009).

Considerando tanto a construção de fluxos e protocolos quanto sua devida divulgação como facilitadores para o trabalho em rede, Brigagão, Santos e Spink (2016) destacam:

A definição clara dos fluxos, o seu desenho e a sua publicação parecem ter sido um fator fundamental para o sucesso do trabalho em rede. Ou seja, pactuar o que será feito por cada serviço, escrever os fluxos e divulgar essa informação entre todos os atores da rede permite que os profissionais saibam exatamente o que fazer e para onde encaminhar as demandas. Os protocolos escritos e tornados públicos assumiam um papel central no atendimento e são, até hoje, um material que compõe o conjunto de instrumentos desenvolvidos pelo Iluminar (p. 364).

Para tanto, há que se mencionar um trabalho anterior à divulgação, que se refere ao próprio mapeamento da rede, como ação fundamental para o trabalho em rede, como apontam d'Oliveira et al. (2009) e Lettiere e Nakano (2015).

Para além da questão do conhecimento dos serviços, da definição de fluxos e mapeamento, Santos (2015) aponta para a necessidade de que os serviços compartilhem a abordagem sobre violência, fundamentando-se assim no mesmo referencial teórico-político para lidar com a questão. Este tipo de atuação a partir do compartilhamento de abordagem em comum é denominado pela autora de ‘na linha’. Esta é uma noção que se relaciona com a compreensão de rede apresentada por EE13, que apreendemos na categoria **afinidade ideológico-política**, como já apontado.

4.4.2.3 Plano Institucional

Um facilitador para a atuação em rede, no âmbito do plano institucional, se refere à inserção de um dos serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência (Especializado4) como polo de estágio para a residência multiprofissional em Saúde da Família de um Hospital do Rio de Janeiro. Consideramos importante, para a atuação em rede, a inserção das residentes no Especializado4, pois o conhecimento sobre o trabalho desse serviço serviria como subsídio quando estagiassem em outros setores. Os dados da pesquisa confirmam essa premissa na medida em que as profissionais na UBS2 apresentaram as residentes como fundamentais para informar as equipes sobre a rede de atendimento às mulheres em situação de violência, assim como sobre a existência e papel do Especializado4.

Outra ação importante para a definição da atuação em rede se refere às reuniões de equipe no interior de cada serviço. De acordo com Lettiere e Nakano (2015):

A discussão em equipe tem como finalidade a decisão do tipo de atendimento requerido e também a delimitação do que consideram ser ou não de sua competência. Mesmo que timidamente, estes profissionais apresentam uma visão da transversalidade da atenção à mulher, ao se proporem a discutir as particularidades do caso, em conformidade com as ações do serviço, colocando-o no contexto da rede de atenção (p. 5).

Como obstáculo para o trabalho em rede, o funcionamento a partir de lógicas próprias em cada serviço, diferentes umas das outras. Este tipo de funcionamento contribui para a desarticulação dos serviços, como salientam Costa et al. (2017) e Lettiere e Nakano (2015).

4.4.2.4 Plano Práticas Profissionais

Considerando a complexidade do trabalho junto a mulheres em situação de violência, bem como da atuação profissional a partir de uma perspectiva de rede intersetorial, a formação/capacitação profissional foi considerada um aspecto fundamental nesta discussão.

Tanto a ausência da capacitação profissional considerada um obstáculo para o trabalho em rede: “Quanto à prática assistencial dos profissionais das equipes de saúde da família na rede de atenção, constata-se que os profissionais não estavam preparados para trabalhar a violência contra a mulher e na perspectiva de rede por falta de qualificação,” (Silva, Padoin e Viana, 2015, p. 253); quanto à proposta de capacitação para atuação em rede como um facilitador para este tipo de atuação (Cortes, Padoin e Kinalski, 2016; Menezes et al. 2014; Silva, Padoin e Viana, 2015).

A parceria das universidades e de órgãos governamentais e não governamentais em projetos que deem suporte à criação de práticas assistenciais em rede pode reorganizar as práticas com base em um modelo coletivo, para consolidar serviços mais eficientes e, ao mesmo tempo, contribuir para formação e qualificação dos profissionais com referenciais de rede (Silva, Padoin e Viana, 2015, p. 257).

Em apresentação de uma experiência bem sucedida de trabalho em rede, Brigagão, Santos e Spink (2016) apontam para a capacitação dos profissionais, especificamente no que se refere à sensibilização para trabalhar com violência e construção de procedimentos-padrão para que todos os profissionais “falem a mesma língua”, como um facilitador para a construção de uma rede de serviços. Ao descrever os objetivos da capacitação para o trabalho em rede de atenção a vítimas de violência sexual nesta experiência relatada, os autores destacam: “[...] sensibilizar os profissionais para o tema, desenvolver uma atitude empática com as pessoas que sofreram violência, treinar procedimentos-padrão para todos os envolvidos e indicar os passos que deveriam seguir para realizar os encaminhamentos dentro da rede.” (p. 364).

Gomes et al. (2012) também apontam para a capacitação continuada como um aspecto importante para a continuidade do trabalho em rede, tendo em vista que a rede é dinâmica e se transforma constantemente, exigindo atualização dos profissionais: “A capacitação é um passo fundamental para se articular o trabalho em rede, de modo a fortalecer os direitos de cidadania e assegurar o acesso pleno e a qualidade do serviço prestado às mulheres em condição de vulnerabilidade.” (Santos e Vieira, 2011, p. 105).

Pensando por esse aspecto, podemos refletir sobre o lugar da formação profissional nessas instituições. Não obstante a importância da capacitação de quadros técnicos para o trabalho junto a mulheres em situação de violência e a importância da experiência prática profissional para a formação dos estudantes, pode ser foco de questionamento o fato de o funcionamento de um serviço estar estruturado a partir de programas de residência profissional e estágio. No serviço de orientação jurídica, por exemplo, eram aproximadamente doze estagiárias que protagonizavam os atendimentos a mulheres em situação de violência e atuavam no serviço pelo período máximo de dois anos. O serviço realizava, portanto, periodicamente nova seleção, para renovar o quadro de estagiários que compunha o atendimento, na medida em que seu número superava o de profissionais atuantes. Mas não sabemos o quanto nessa troca dos estagiários havia uma preocupação não só com a continuidade assistencial dos casos, mas, sobretudo, com a qualidade e uniformidade das ações assistenciais.

Na saúde, uma das unidades que por terem uma atuação marcante das residências de saúde da família e multidisciplinares de saúde, contavam com estes profissionais residentes como protagonistas de algumas equipes em funcionamento no serviço (UBS3). Desta forma, a rotatividade inerente ao contrato de residência e de estágio,

colocava em questão a estrutura de funcionamento da institucional nos frequentes períodos de transição de equipes, por conta das mudanças de turmas. Outras duas unidades, contudo, contavam com a atuação de estagiárias e residentes de caráter complementar ao trabalho das equipes dos serviços; as estagiários não configuravam a estrutura fundamental de quadro profissional das unidades. Há que se considerar que possui impactos diferentes o funcionamento estrutural baseado na atuação de estagiárias e/ou residentes em um serviço de atuação pontual junto a cada mulher, como no primeiro caso relatado (Especializado2), e outro serviço com proposta de acompanhamento longitudinal da mulher, como na experiência da Estratégia de Saúde da Família.

O fato de que os profissionais têm pouco ou nenhum conhecimento sobre os serviços que compõem a rede, para aonde encaminham as mulheres, está relacionado por Cortes, Padoin, Kinalski (2016); Gomes, et al. (2013) e Rolim e Falcke (2017) como um entrave para a efetivação dos encaminhamentos intersetoriais. Em pesquisa com profissionais de saúde, Osis, Duarte e Faúndes (2012) ressaltam que há um desconhecimento dos profissionais sobre a própria existência de uma rede especializada de atenção a mulheres em situação de violência no município.

Outro fator que obstaculiza a atuação articulada em rede se refere à sobrecarga de trabalho enfrentada pelos profissionais: como apontam Gomes et al. (2012), as condições de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços constituem obstáculos para que estes profissionais atendam às demandas de trabalho articulado, como uma formação em rede exige, na medida em que não conseguem atuar de forma criativa.

Com referência às práticas profissionais, o estabelecimento da relação entre os profissionais que nem sempre são relações institucionais, mas baseadas no conhecimento interpessoal foi discutida a partir de diferentes pontos de vista.

Por um lado, a não institucionalização do funcionamento em rede em termos dos desempenhos profissionais, mas da formação de conexões, mesmo as de acesso somente a partir de conhecimento e favorecimentos pessoais foi mencionada como um obstáculo para o trabalho em rede:

Que às vezes a gente vê muito... que a questão pessoal acaba sobrepondo, porque a gente sabe que quando é a defensora que a gente está acostumada ou a assistente social, a psicóloga, a juíza... fulana de tal... a gente sabe que vai ser tudo ok, que o atendimento vai ser ótimo, que a gente tem o telefone, que a gente entra em contato... tem uma... um *feedback* muito bom. E quando a

gente vê que aquele profissional ou está de férias ou saiu daquele local, a gente entra em desespero... é triste... [...] ...que a gente vê que é o empenho pessoal do profissional, e isso é muito ruim... [...] porque hoje a EE1 está aqui como Delegada Titular, mas amanhã posso não ser eu e aí a gente fica pensando 'será que a Delegacia vai continuar funcionando do jeito que funciona?', com o mesmo empenho?', da mesma forma como eu falo das defensoras, das juízas... a gente sabe que tendo a juíza x, y, z, vai funcionar tudo ok. Mas e quando ela não estiver lá? Isso é muito ruim, muito ruim (Entrevista S1, p. 35).

Como destaca Dutra et al., (2013), a troca entre as profissionais, no cotidiano, se dá a partir de rede de relações pessoais, informalmente, o que se dissolve na medida em que há mudança de posição entre os atores. Quando o profissional sai de cena, leva consigo sua rede de apoios e contatos. As autoras relacionam isto à ausência de fluxo interinstitucional.

d'Oliveira et al. (2009) vão além e consideram que esta rede de relações informais pode ser o próprio fluxo interinstitucional, e não a ausência deste, e alertam para o fato de que os fluxos interinstitucionais não devem ser baseados somente nas relações pessoais entre os profissionais, tendo em vista, que quando estes trocam de posição provocam a descontinuidade destes fluxos, se estabelecidos dessa forma; ressaltam, portanto que estes fluxos devem estar articulados às gerências locais para garantir sua institucionalização e consequente continuidade.

Esta rede de informalidades pode ser compreendida a partir de outro fator dificultador da articulação em rede que é, exatamente, o desconhecimento dos serviços que atuam com a temática e, até, da própria rede intersetorial.

Apesar de os profissionais afirmarem conhecer a existência de determinados serviços que atendem às vítimas de violência, relataram não conhecer a existência de uma rede intersetorial para atenção às vítimas. Observa-se que a atitude dos profissionais em orientar a busca por serviços fora da área da saúde ocorre de maneira informal, descontextualizada e não constitui rotina institucional a partir da articulação do setor saúde com os outros segmentos (Porto, Bispo Junior e Lima, 2014, p. 796).

Por outro lado, a compreensão de que o estabelecimento de relações pessoais é um facilitador para a efetivação do trabalho em rede, e não um obstáculo, também esteve presente nas entrevistas:

EE14 afirmou que o contato pessoal com as profissionais de outros serviços é importante para a efetivação dos encaminhamentos:

[...] a gente acaba ficando amiga... (ri) [...] É isso, são pessoas que a gente já procura direto pelo nome... (Entrevista EE14, p. 21).

Normalmente, quando falei – a gente tem mais amizade – trabalha mais assim... não é a instituição e fim... mas o que você conhece da outra pessoa, da colega. Então fica mais pessoal do que o institucional, mas não deixa de ser... você está trabalhando com a instituição... Por exemplo, quando falo do Hospital M, lembro da C., que é a assistente social que tem lá. Então, quando eu ligo para lá já vou atrás da C.. Quando falo do Especializado2, então eu já tenho a minha colega que é do serviço social... entendeu a situação?, então a gente criou vínculos com os profissionais de Rede... E a gente já sabe exatamente... é um macete, né?, mas é isso, é um grande abraço (Entrevista EE14, p. 24).

Parece, assim, que as relações de caráter mais pessoal podem ampliar ou melhorar as relações institucionais, mas conexões baseadas apenas nessa interpessoalidade, sem a base institucional, tendem a se perder ao longo do tempo.

No campo da Saúde, também, uma das médicas entrevistadas considerou os encaminhamentos via contato pessoal com profissionais de outros serviços de seu círculo pessoal como uma saída para a precariedade de acesso à rede institucionalizada:

Às vezes não consigo na Rede, mas eu consigo com um colega que me faz o favor de encaixar a criança num programa... em outro hospital, que tem ambulatório, que vai acompanhar com neuro... entendeu? Por exemplo, encaminho crianças às vezes fora da Rede também, para fisioterapia, atendimento especializado, TO... essas coisas assim.. às vezes eu consigo em outros setores também, e que me dão auxílio quando não consigo aqui. [...] fora da Rede assim... na Rede você solicitar... assim... quando eu preciso de algum psicólogo eu encaminho para cá... e se ela não pode agir aqui ela – olha, ES26, eu encaminhei para o CAPSI... encaminhei para outro lugar... falei com não sei quem... -, aí parte dela também encaminhar, entendeu? Quando não tem aqui no setor eu tento me virar por fora. Mas se tiver aqui eu encaminho aqui (Entrevista ES26, p. 20-21).

Há, contudo, que se diferenciar estabelecimento de relações de trabalho a partir de relações pessoais, que visa o acordo interpessoal, a não institucionalização, bem como a individualização das ações, da promoção do mútuo conhecimento entre os serviços para fomentar, assim, as ações em rede, conhecer os profissionais dos serviços a fim de facilitar o trabalho em conjunto, do estabelecimento de relações de trabalho a partir de ‘relações pessoais’. Apesar de não constituir parte dos artigos da revisão bibliográfica empreendida que estão sendo trabalhados neste tópico, optamos por incluir nesta argumentação uma citação do texto da Norma Técnica das DEAMs que chama a atenção para este último aspecto como um facilitador para o trabalho:

É importante ressaltar, entretanto, a importância de que os(as) profissionais de segurança pública conheçam os serviços disponíveis na Rede de Atendimento de sua localidade, não só por meio de panfletos, mas que façam visitas a esses serviços e acordem um nome, de um(uma) profissional, a quem a mulher vítima de violência de gênero atendida pela Especializada deve ser encaminhada. O fato de saber o nome de quem procurar no serviço para qual foi encaminhada, fortalece a mulher, na medida que traz mais pessoalidade (Brasil, 2006b, p. 39-40).

Outro fator considerado um obstáculo para o trabalho diz respeito à desresponsabilização das profissionais de cada serviço referente ao encaminhamento dos casos, mais como uma forma de livrar-se dele do que referi-lo por necessidade técnica. Foi denominado de ‘empurródromo’ o não acompanhamento daquilo que ocorrerá com o caso encaminhado a um novo serviço.

Esse entendimento, de que tem que ser... equipe, tem que ser coletivo. Se a pessoa não tiver esse entendimento, dificulta... porque se for um mero despacho... deixar a pessoa aqui, sair correndo... ou... se tiver esse entendimento de que é só deixar aqui e ir embora... acho ruim. Então, o que pode dificultar é essa visão de passar a questão para o outro... e o que tem que ser, na verdade, é compartilhar... essa história... que aí por meio do compartilhamento... é que a gente vai ter uma solução melhor... tanto para a equipe quanto para a pessoa que está sendo atendida (Entrevista EE17, p. 22).

Lettiere e Nakano (2015) mostram que o encaminhamento sem compromisso dos casos entre as instituições é um fator de desarticulação dos serviços. Fazendo referência a este artigo anteriormente referenciado⁶¹, Cortes, Padoin e Kinalski (2016) afirmam a importância da superação da lógica de encaminhamento sem compromisso entre os serviços para a aproximação com a lógica de acompanhamento intersetorial dos casos. Na mesma perspectiva, Porto, Bispo Junior e Lima (2014) alertam para o fato de que os encaminhamentos das mulheres como forma de “se livrar do problema” são obstáculos para a formação em rede. Por fim, d'Oliveira et al. (2009) orientam que o encaminhamento das mulheres não deve “se tornar apenas uma forma de se ‘livrar’ do caso, o que é dito pelos profissionais como ‘passar a batata quente’”. A existência de uma rede não pode significar a transformação de cada ponto dela em apenas um centro de triagem ou encaminhamento para os demais” (p. 1049).

Levantando tema relacionado, Silva, Padoin e Viana (2015) constataam que o não retorno das instituições para as quais os casos foram encaminhados (contrarreferência)

⁶¹ Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. Rev Eletr Enf. 2015 [citado 2016 out 10];17(4):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i4.32977>.

sobre os desdobramentos do mesmo são obstáculos para o atendimento articulado e integrado em rede.

EE17 compreendia que a corresponsabilização pelos casos é importante: uma atuação a partir de um modelo de diálogo, de trocas entre as instituições para compartilhar os mesmos. Nesse sentido, um facilitador para a formação em rede é a comunicação entre os profissionais de diferentes serviços.

Dessa maneira, diversos trabalhos apontam para o cuidado com os processos de encaminhamentos, referência e contrarreferência, acompanhamento dos casos entre os serviços (d'Oliveira et al., 2009; Lettiere e Nakano, 2015; Menezes et al., 2014; Porto, Bispo Junior e Lima, 2014).

Diante da perspectiva da integralidade do cuidado, torna-se fundamental que os encaminhamentos se façam de maneira articulada com o setor de destino e que o vínculo do usuário seja mantido em ambos os serviços, de maneira que se fortaleçam os pontos de encontro e a articulação que devem existir na rede (Porto, Bispo Junior e Lima, 2014, p. 797).

Outro aspecto presente na revisão bibliográfica se refere às dificuldades de relação entre os serviços, considerando as diferentes perspectivas de atuação profissional e institucional.

d'Oliveira et al. (2009) alertam para o fato de que as diferentes concepções sobre o fenômeno geram tensões na vida cotidiana entre os profissionais e os diferentes serviços.

Santos (2015) denomina de ‘curto-circuito’ os conflitos no que se refere à abordagem dos serviços sobre a temática da violência doméstica contra as mulheres. Para esta autora, a confusão conceitual sobre violência e os dissensos acerca da constituição da rede de enfrentamento são obstáculos para a aproximação entre os profissionais das diversas instituições. Esta questão, também está ligada à compreensão sobre rede apontada anteriormente a partir da entrevista de EE13, no que se refere à importância da **afinidade ideológico-política** para o trabalho em rede.

Nessa linha da importância das concepções teórico-metodológicas dos profissionais sobre violência para a atuação em rede, de acordo com Costa et al. (2017), a desarticulação da rede está ligada à compreensão dos profissionais dos serviços de que a questão da violência de gênero não é de caráter público. Dessa forma, para as autoras, o despreparo dos profissionais para atuar com o problema impacta diretamente na qualidade do atendimento e no funcionamento da rede.

Similarmente a tais questões, Dutra et al. (2013) alertam que os diferentes profissionais, dos diversos serviços, operam a partir de posturas e procedimentos que não se relacionam umas com as outras, o que pode promover insegurança na mulher que transita pela rede.

Lettiere e Nakano (2015) propõem que a atuação profissional deva se fundamentar a partir da construção de uma nova forma de pensar, de um **saber fazer em comum**, como se apresenta:

Assim, no sentido de contribuir para o cuidado em saúde e de enfermagem é importante que os profissionais que lidam com essas mulheres apropriem-se de novos saberes de diversas áreas do conhecimento, bem como das discussões interdisciplinares e intersetoriais para subsidiar e aprimorar sua prática. Portanto, somente será possível instituir a atenção integral e transversal e em rede quando houver uma considerável transformação da forma de pensar, do *saber-fazer* e do *saber fazer em comum* (p. 7) [Grifo das autoras].

Um último obstáculo a ser destacado a nosso ver e com base na observação dos serviços é o próprio modelo assistencial em curso na Atenção Básica da Saúde, fundamentado na atuação dos profissionais voltada para responder o máximo de demandas possível em uma única instituição, como percebido na prática da Saúde da Família. Esteve presente nas entrevistas de médicas e enfermeiras a noção de que o atendimento em Saúde da Família objetiva dar conta da maior parte das demandas de saúde dos usuários, em contraposição ao regime anterior em que havia uma excessiva especialização das questões, e tudo era encaminhado, agora, na Saúde da Família, as demandas são majoritariamente absorvidas no âmbito da UBS e somente encaminhadas em casos específicos. Este posicionamento, conforme Entrevista (ES20) foi, por exemplo, a justificativa para o fato de uma médica não ter encaminhado uma mulher em situação de violência para os serviços especializados, na medida em que a médica de família seria a responsável pelo cuidado dessa pessoa, os encaminhamentos necessários seriam realizados posteriormente, caso ela avaliasse a necessidade, todavia, a mulher não retornou para o atendimento.

4.4.3 Tramas: os fluxos institucionais

O foco do presente trabalho, como tem sido delineado, se relaciona à análise de uma trama de serviços, com potencial atuação em rede, a partir do referencial teórico proposto por d'Oliveira e Schraiber (2006), que compreendem a formação de uma rede de serviços a partir do estabelecimento de articulação das ações, interação entre os sujeitos e projeto assistencial comum.

Elaboramos, para este tópico, os desenhos que expõem as tramas estabelecidas entre os serviços/setores relacionados aos encaminhamentos das mulheres em situação de violência. Cada desenho foi construído a partir das falas das profissionais que atuavam em determinada vocação assistencial. Sendo assim, o desenho 1 – Centros de Referência - foi elaborado a partir das seis entrevistas realizadas com as profissionais e coordenadoras dos Centros de Referência para Mulheres da região (Especializado3 e Especializado4); o desenho 2 – Policial - de acordo com as quatro entrevistas realizadas no serviço especializado deste setor (Especializado1); o desenho 3 – Orientação Jurídica - fundamentado nas oito entrevistas empreendidas com profissionais e estagiárias do serviço em questão (Especializado2); e o desenho 4 – Atenção Básica à Saúde - baseado nas dezoito entrevistas com profissionais e gestoras de unidades de saúde de Atenção Básica selecionadas no território para a pesquisa (UBS1, UBS2, UBS3).

Por fim, reunimos as informações obtidas nas trinta e seis entrevistas e formulamos um desenho, da trama estabelecida entre os sete serviços participantes da pesquisa com o objetivo de conhecer o fluxo de encaminhamento das mulheres em situação de violência neste contexto.

4.4.3.1 Trama Setor Centro de Referência

Figura 4 – Trama Setor Centro de Referência

De acordo com o desenho elaborado, os dois Centros de Referência participantes da pesquisa possuíam uma relação de mútuo acesso com serviços de saúde, em geral, ONGs, educação, assistência social, Centros de Referência de outras localidades, setor segurança pública especializado e não especializado, serviços de justiça especializada e não especializada. Os profissionais dos Centros de Referência relataram, também, que encaminhavam as mulheres em situação de violência para as casas abrigo, para órgãos de Trabalho e Renda e para o Conselho Tutelar.

A título de esclarecimento, apesar de termos um especial interesse na relação dos serviços especializados com a ABS, considerando que a Atenção Básica à Saúde estabelecia uma relação de reciprocidade no que se refere aos encaminhamentos das mulheres, da mesma forma que o setor saúde como um todo, incluímos todos os níveis de atenção à saúde em uma mesma figura representando o setor "Saúde".

A seta unilateral representando os encaminhamentos das mulheres atendidas nos Centros de Referência para o abrigo especializado e sigiloso para mulheres em situação de violência se refere ao fato de que os Centros de Referência são os serviços responsáveis pela avaliação dos casos a serem encaminhados para abrigo. Este é o

fluxo nacional em vigor estabelecido pela SPM-PR (BRASIL, 2011a). Sendo assim, como visto nessa primeira representação e também se observará nas figuras posteriores, para os casos de abrigamento, os outros serviços encaminham a mulher para o Centro de Referência, para que este avalie e faça o encaminhamento para o abrigo sigiloso.

De acordo com as entrevistas, e como será visto na Figura 8, ambos os Centros de Referência tinham uma relação significativa com o serviço de Orientação Jurídica no que se refere à reciprocidade dos encaminhamentos.

As profissionais dos dois Centros citaram repetidas vezes os encaminhamentos das mulheres para o setor de saúde mental, também representados na relação entre Centro de Referência e setor saúde.

Foi possível notar que apesar de ambos os serviços se referirem à relação de reciprocidade com serviços de segurança pública e com o setor saúde, destacamos que as entrevistas do serviço Especializado⁴ apresentaram uma relação mais frequente com o setor saúde, enquanto o Especializado³, provavelmente por estar localizado na rua ao lado de uma delegacia especializada, apresentou uma relação mais significativa com o setor segurança pública, de acordo com as entrevistas.

4.4.3.2 Trama Setor Orientação Jurídica

Figura 5 – Trama Setor Orientação jurídica

Como visualizado na figura 5, o serviço que representa o setor orientação jurídica nesta pesquisa (Especializado2) possuía uma relação de reciprocidade no encaminhamento de mulheres com outros serviços do sistema de justiça (especializado e não especializado), serviços de segurança pública (especializados e não especializados), UBSs e Centros de Referência, que por sua vez eram responsáveis pelo encaminhamento das mulheres para as casas abrigo.

O serviço de orientação jurídica ainda realizava encaminhamento de mulheres para serviços de saúde, serviços de documentação, setores educação e assistência social.

Como o serviço de orientação jurídica constituía, também, o sistema de justiça especializada para o atendimento a mulheres em situação de violência, formalmente, diferenciado na pesquisa apenas para que as tramas estabelecidas entre os serviços ficassem mais visíveis, nas entrevistas, as profissionais e estagiárias falaram das relações com os serviços dos sistemas de justiça comum e especializada (as defensorias, os Juizados, as Varas, dentre outros), mas no momento de considerar os principais serviços com os quais funcionam em ‘rede’, optaram por serviços que não fazem parte dos sistemas de justiça, talvez pela compreensão de que a relação com outros serviços do sistema de justiça seria uma relação setorial, não intersetorial. Cabe um destaque para o fato de que, no cotidiano, o serviço de orientação jurídica mantinha uma relação

bastante próxima com os serviços que compõem os sistemas de justiça, comum e especializada.

No que se refere à rede intersetorial, as entrevistadas deram especial atenção à relação de reciprocidade e proximidade estabelecida com os Centros de Referência, especialmente os da região (Especializado3 e Especializado4), como se visualizará na figura 8.

Os serviços de saúde foram reportados como um dos principais setores para os quais há encaminhamentos, com destaque para os de saúde mental. As Clínicas da Família foram mencionadas, especialmente, por constituírem porta de entrada para a RAS e operarem o SISREG. Mas, em geral, a relação com os serviços de saúde de atenção básica foi citada como pouco significativa ou inexistente.

4.4.3.3 Trama Setor Policial

Figura 6 – Trama Setor Policial

De acordo com a figura 6, o serviço policial recebia encaminhamentos de Centrais telefônicas, os ‘Disques’, e de Unidades Básicas de Saúde. O serviço somente encaminhava para outros serviços de saúde, que não a AB, e possuía uma relação de

mútuo acesso com outros serviços de Segurança Pública, especializados e não especializados, sistema de justiça especializado e não especializado e Centro de Referência. Tanto os Centros de Referência quanto o plantão judiciário para abrigo, em horário alternativo ao funcionamento dos CRs, encaminhavam as mulheres em situação de risco para as casas abrigo.

O serviço de orientação jurídica foi incluído no ponto ‘sistema de justiça’ da trama, tendo em vista que, também, estabelecia relações de reciprocidade de encaminhamentos com o serviço Policial, assim como outros órgãos do sistema de justiça, como consta nas entrevistas.

Foi observada uma relação mais presente do setor policial com o sistema de justiça. Mais especificamente com o Ministério Público que era o órgão que recebia as investigações realizadas pelo serviço policial.

[...] a nossa ligação mais é com o poder judiciário, Ministério Público, Defensoria (Entrevista EE4, p. 28).

Cabe destacar que, como também verificado no trabalho de d’Oliveira e Schraiber (2006), o trabalho no serviço Policial está intimamente relacionado com o sistema de justiça.

4.4.3.4 Trama Setor Atenção Básica à Saúde

Figura 7 – Trama Setor Atenção Básica à Saúde

Como apontaram as entrevistadas do setor Atenção Básica, os encaminhamentos das mulheres em situação de violência deste setor eram para os serviços de assistência social, serviços especializados da segurança pública e centros de referência, que por sua vez eram responsáveis pelo encaminhamento das mulheres para as casas abrigo.

A ABS estabelecia uma relação de reciprocidade nos encaminhamentos das mulheres com o sistema de justiça e outros serviços de saúde, de diferente níveis de atenção.

Incluídos no ponto ‘Saúde’ na representação da trama, os serviços de saúde mental se destacavam nas entrevistas das profissionais das UBS como possibilidade de encaminhamento da mulher em situação de violência.

No âmbito das entrevistas da Unidade mista, as profissionais da Clínica da Família citaram apenas dois serviços como possíveis pontos de encaminhamento das mulheres (serviço de assistência social e serviço policial especializado), as profissionais do Centro Municipal de Saúde citaram cinco outros serviços de encaminhamento e apresentaram uma apropriação maior no que se refere ao conhecimento mútuo em relação aos serviços mencionados. Uma das hipóteses para tal ocorrência pode estar relacionada à maior rotatividade das profissionais da Estratégia de Saúde da Família, que por não atuarem muito tempo na unidade, não dispõem de tempo suficiente para o conhecimento da carteira de serviços do território. Já as profissionais do CMS, que atuavam no serviço há anos, em alguns casos décadas, tinham disponibilidade maior para o estabelecimento destas relações interinstitucionais.

Uma forma recorrente de apresentação de um caso de violência para a equipe da unidade básica de saúde foi o contato via CAP 1.0. De acordo com as profissionais, a CAP recebia a notificação de outro serviço que recebeu a mulher em situação de violência, como um hospital, por exemplo, e ao localizar o endereço da mulher, a CAP solicitava que a Clínica da Família de referência fizesse o acompanhamento do caso.

4.4.3.5 Trama serviços da pesquisa

Figura 8 – Trama serviços da pesquisa

Como ilustrado, o serviço que mais recebia encaminhamentos dos demais que participaram da pesquisa era o Especializado4. Este recebia tanto encaminhamentos das três unidades básicas de saúde, quanto do outro Centro de Referência (Especializado3) e do Especializado2. Somente o Especializado1 não mencionou encaminhamentos para o Especializado4, isto pode ser justificado pelo fato de o Especializado1 e o Especializado3 serem localizados em ruas muito próximas. Dessa forma, o

Especializado1 encaminharia todos os casos para o Especializado3, dada a proximidade geográfica, e não se relacionaria com o Especializado4, que se refere à mesma vocação assistencial do Especializado3. Por outro lado, o Especializado4 realizava encaminhamentos para o Especializado1, o que o colocava em um lugar privilegiado nesta trama de sete serviços em que somente o Especializado4 se relacionava com todos os outros, seja em uma relação mútua de encaminhamento como é com o Especializado3, o Especializado2, a UBS1 e a UBS3, seja em uma relação de recebimento de encaminhamento da UBS2, ou em uma relação de realização de encaminhamento como com o Especializado1.

O Especializado 1 e o Especializado 3 desenvolviam uma relação de mútuo acesso com o especializado2. Esta relação de mutualidade também era estabelecida entre o Especializado3 e o Especializado4. No que se refere à relação do Especializado3 e do Especializado1 com os serviços de saúde, ambos somente recebiam encaminhamentos, o Especializado1 recebia da UBS1 e o Especializado3 da UBS3, conforme foi possível observar a partir dos dados de pesquisa.

4.5 As dinâmicas de trabalho em serviços de mútuo acesso

Observamos que as diversas profissionais atuando em diferentes vocações assistenciais se relacionavam com a noção de rede a partir de perspectivas diversas, o que impactava na prática do estabelecimento das conexões e a intensidade das relações profissionais e institucionais construídas de acordo com as vocações assistenciais a que se vinculavam.

Os Centros de Referência têm como uma das principais diretrizes de trabalho, a articulação da Rede de serviços de atendimento às mulheres: “O Centro de Referência deve articular os equipamentos e os serviços da rede de atendimento para que as necessidades da mulher em situação de violência sejam prioritariamente consideradas, de forma geral e nos casos concretos, e para que o atendimento seja qualificado e humanizado.” (Brasil, 2006c, p. 12).

Seguindo a orientação da Norma Técnica, EE13 compreendemos que o trabalho do Especializado³ se refere, essencialmente, a essa articulação da Rede de serviços. Em vários momentos da entrevista, EE13 relatou com ‘sentimento de dever cumprido’:

Adoro porque a gente subverte o SISREG assim... Da mesma maneira que a gente faz com o CRAS (Entrevista EE13, p. 35).

[...] a gente subverte a rede (Entrevista EE13, p. 40).

Tal afirmação de subversão da Rede dizia respeito à nova conformação dos fluxos e dos sistemas para atender a mulher em situação de violência, a despeito do que estava estabelecido pelos fluxos previamente.

Um dos trabalhos das profissionais do Especializado³, por exemplo, era atender a um ‘Disque’ para oferecer orientação aos serviços ou informações sobre os serviços especializados para mulheres e outros serviços.

[...] quase sempre são profissionais que entram em contato conosco. Por exemplo, uma delegacia... alguém de outro centro de referência, de outro município... [...] E aí eles vêm por esse contato, para pegar informação e a gente orienta no que precisa (Entrevista EE14, p. 29).

Ao longo das entrevistas e da observação institucional nos dois Centros de Referência, foi possível perceber que este tipo de serviço era responsável pela garantia, ou ao menos por propiciar um acesso aos diversos serviços, de uma possível integralização do cuidado da mulher em situação de violência. Dessa forma, além das ações oferecidas no próprio serviço (atendimentos interdisciplinares, grupos de reflexão etc.), as profissionais estavam sempre em contato com outros serviços, para garantir o acesso da mulher em situação de violência ao cuidado integral. Nesse sentido é interessante notar que ao propiciar acesso, muitas já entendem esse primeiro passo da possível integração de cuidados como sendo a efetivação dessa integração, mesmo que não saibam se a integração de fato ocorrerá em termos dos conteúdos e qualidade dos serviços prestados, seja quanto ao tipo de complementaridade de ações que ocorrerá, seja pelo imprescindível objetivo comum a ser alcançado em termos assistenciais, nessa complementaridade.

Dos serviços pesquisados, a atuação nos Centros de Referência consistiu no tipo de atuação mais aproximada à possibilidade de construção de trabalho em rede, na medida em que buscavam a criação de espaços de diálogos e de trocas com outros

serviços na lida dos casos no cotidiano. Havia lacunas na articulação das ações, na integração das profissionais e na construção de um projeto assistencial comum, como observado, todavia, podemos destacar o esforço das profissionais destes serviços na interface com outros serviços a partir de uma perspectiva dialógica.

Neste tópico discutiremos as dinâmicas do trabalho entre os serviços, no qual poderemos visualizar com maior clareza o lugar dos CRs no que se refere ao protagonismo de articulação dos serviços. Como apontam d'Oliveira e Schraiber (2006), “Centros de Referência são recursos importantes e centrais em uma rede” (p. 13).

A centralidade dos Centros de Referência no que se refere à atuação em rede para o atendimento a mulheres em situação de violência pôde ser evidenciada na presente pesquisa. Em crítica ao fato de a assistência ficar nucleada ao judiciário, a partir da Lei Maria da Penha, uma das profissionais do direito que atuava no serviço Especializado2, apontou para a necessária centralidade dos Centros de Referência para a atenção em rede:

Eu entendo que a mulher deveria ir ao Centro, entendo que de todas as instituições o que tem que ser valorizado é o Centro de Referência; que efetivamente é nesse serviço que a mulher faz referência. É nesse serviço quando ela tem ligação que ela vai e volta, [...] e no Centro de Referência... é que ela efetivamente... quando ela é atendida ali... ela tem aquilo como... referencial para ela... então... se acontece alguma coisa... ela vai falar com o Centro de Referência, que aí encaminha para a Defensoria (Entrevista EE5, p.25-27).

De acordo com as entrevistadas do Especializado2, de fato os serviços para aonde mais encaminhavam as mulheres em situação de violência eram os Centros de Referência. Isto, considerando o reconhecimento das profissionais do Especializado2 sobre a centralidade dos Centros de Referência para o acompanhamento das mulheres em situação de violência no percurso pelas tramas estabelecidas entre os serviços para a superação da violência.

Há que se considerar que os Centros de Referência ocupavam lugar privilegiado na articulação entre os serviços, tendo em vista a proposta de acompanhamento longitudinal à mulher em situação de violência, em oposição à atuação pontual que o Especializado2 e o Especializado1, por exemplo, propunham. Considerando o Especializado2, um dos serviços integrantes do sistema de justiça, no cotidiano, se relacionava de forma mais próxima com outros organismos do próprio sistema de

justiça. Apesar de manter relações com serviços de diferentes vocações assistenciais, como já explicitado, o Especializado² oferecia uma atuação pontual para a mulher em situação de violência e na medida em que elaborava a petição para protocolar e entrar com o processo em órgão específico do judiciário, após este encaminhamento do processo e, portanto, da mulher para uma das Varas ou Juizados, finalizava o contato com a mulher. Dessa forma, grande parte do trabalho das operadoras do direito no Especializado² dizia respeito a ouvir a mulher para a elaboração da petição e juntar provas para o processo. Os contatos mais frequentes eram, portanto, com outras instituições do sistema de justiça, como já mencionado. Os contatos com os serviços de outras vocações assistenciais como saúde, assistência, Centros de Referência, ficavam a cargo da equipe técnica, composta por psicóloga e assistente social. O trabalho da polícia especializada, também, se referia a uma etapa pontual no percurso da mulher pela trama de serviços, e esta atuação estava intimamente relacionada com a vocação assistencial ‘sistema de justiça’, considerando que todo o trabalho de registro de ocorrência e investigação policial objetivava reunir provas para constar no processo criminal. Provavelmente pela proximidade geográfica, observamos uma linha forte de encaminhamento entre Especializado¹ e Especializado³, sem, contudo, a construção de um trabalho em conjunto, ou discussão de casos, somente um apoio de retaguarda institucional para o policial, ao avaliar que a mulher possuía alguma necessidade de ordem social ou psicológica. Cabe ressaltar que a Norma Técnica das DEAMs privilegia os Centros de Referência no fluxo dos encaminhamentos das mulheres, na medida em que orienta a coordenação das DEAMs a “[...] articular com a rede de serviços, privilegiando o encaminhamento das mulheres em situação de violência aos Centros de Referência” (Brasil, 2006b, p. 32).

A presença do Especializado⁴ nas entrevistas das profissionais de atenção básica à saúde como um dos principais serviços para encaminhamento das mulheres em situação de violência foi marcante. Como discutiremos adiante, o Especializado⁴ se tornou uma referência para os encaminhamentos da Atenção Básica na região.

Os dados em questão apontam, portanto, para os Centros de Referência como serviços-chave para o acompanhamento da mulher em situação de violência no percurso institucional de superação da situação de violência. Este foi um dado de pesquisa relevante, considerando as possibilidades de construção de redes efetivas a partir da institucionalização dos Centros de Referência nos diferentes municípios brasileiros, do

investimento nos que já existem e da capacitação sobre o trabalho em rede para as equipes técnicas que neles atuam.

Semelhantemente, os resultados da pesquisa de d'Oliveira e Schraiber (2006) também apontam para a centralidade do setor psicossocial, em que estavam inseridos os Centros de Referência, por estes serviços estarem mais conectados com os serviços de outros setores. Santos (2015) aponta ainda para a centralidade dos Centros de Referência para a articulação em rede destes serviços.

A discussão a seguir visa esmiuçar as diferentes formas de contatos interinstitucionais relatadas e observadas para pensarmos sobre as formas existentes de comunicação, a construção destas tramas e as potencialidades na efetivação de uma rede de atenção a mulheres em situação de violência.

Os encaminhamentos interinstitucionais das mulheres podiam ser realizados de diferentes formas, via telefone, e-mail, pessoalmente, ou sem a realização de contato interinstitucional, somente através da entrega de um papel, (ofício, guia de encaminhamento, etc.) ou verbalmente.

Os Centros de Referência foram os serviços que mais relataram contatos telefônicos entre as instituições para os encaminhamentos. Esses contatos estavam relacionados, em geral, a fornecer à mulher uma referência no outro serviço ou a discutir o caso para o compartilhamento das possibilidades de atuação na situação específica.

De acordo com EE13, todos os encaminhamentos realizados pelas profissionais do Especializado3, eram precedidos de contato telefônico com o profissional do serviço que atenderia o caso encaminhado. EE13 contou que recebeu uma ligação de um psicólogo de um Centro Municipal de Saúde que estava acompanhando uma mulher, anteriormente acompanhada pelo Especializado3, e conversaram sobre as possibilidades de encaminhamento e acompanhamento por ambos os serviços. Em outra oportunidade, um contato de uma DEAM do interior sobre o encaminhamento para o abrigo sigiloso para mulheres em situação de violência, nessa oportunidade, a profissional do Especializado3 pôde esclarecer para a profissional da DEAM sobre os critérios para abrigamento estabelecendo assim um diálogo sobre o caso (EE13).

O setor Centro de Referência mostrou, portanto, essa cultura de estabelecer um vínculo com o profissional do outro serviço que recebe a mulher encaminhada a partir do contato telefônico. Cultura essa observada, também, no contato do serviço de

orientação jurídica com os Centros de Referência. Em geral, os contatos destes serviços eram realizados por ofício, todavia, alguns telefonemas eram feitos, dentre eles, com os Centros de Referência no compartilhamento de alguns casos mais graves, principalmente.

No serviço policial especializado, o encaminhamento era realizado, principalmente, através de ofício, ou verbalmente pelo profissional do atendimento. Somente nos casos mais graves, a responsável pelo serviço entrava em contato por telefone com o serviço que iria receber a mulher. Todas as policiais podiam realizar encaminhamentos, a qualquer tempo da investigação, mas geralmente era feito pela policial do atendimento, seja no balcão ou no momento do Registro de Ocorrência. Casos mais complexos para encaminhamento, ou o contato direto com a Justiça, eram mais comumente realizados pela delegada.

No campo da saúde, o maior número de encaminhamentos era realizado dentro da própria RAS. ES19 observou que a UBS1 era:

Muito mais ligada à rede de saúde especificamente, [...] enquanto saúde a gente tem uma rede um pouco mais... amarrada, né, mais ligada (Entrevista ES19, p. 23).

Os resultados da pesquisa de d'Oliveira e Schraiber (2006) apontam, também, neste sentido, em que os serviços de saúde, em geral, encaminhavam e recebiam encaminhamento dentro do próprio setor.

No caso do Rio de Janeiro, estes encaminhamentos entre os serviços de saúde dos diferentes níveis de atenção eram realizados através do SISREG. Por isto, geralmente os encaminhamentos se davam via sistema.

Na saúde, outros encaminhamentos eram realizados verbalmente pelas profissionais durante o atendimento ou por escrito. Dependendo da complexidade do caso, podiam ser feitos contatos por telefone. O Especializado⁴ foi citado como exemplo de instituição para onde costumavam ligar antes de fazer o encaminhamento, corroborando a lógica de criação de vínculo institucional que os Centros de Referência, buscavam construir com serviços de outros setores. Algumas entrevistadas relataram, ainda, telefonar para os serviços antes de encaminhar para atualizar informações como horário de funcionamento e endereço para o usuário. Todavia, no cotidiano do serviço, a lógica de encaminhamento se dava entre profissional e usuário, sem envolver o outro

serviço no processo.

Cabe, ainda, dizer que os encaminhamentos das pessoas eram realizados basicamente pela equipe técnica e não por ACS e técnica de enfermagem, no caso da Saúde. De outro modo, o diretor de uma das unidades apontou ainda, que a direção era responsável por determinados contatos institucionais, como para solicitar autorização de algum exame específico etc. (ES32). Além disso, a gerência de uma das unidades, também era responsável pela facilitação do contato interinstitucional, apresentar os recursos presentes no território, incentivar o contato entre os serviços para discussão de caso etc. (ES19, p. 10). Sobre esse lugar de orientação dos recursos para encaminhamento, a médica relatou um pós-atendimento a uma mulher em situação de violência, em que solicitou a orientação da gerente da unidade:

Aí ES19 me deu dois folhetinhos... um sobre... são dois locais aqui perto, não vou lembrar o nome. Um que é 24 horas... [...] que é aqui perto, não sei, tem um que é mais próximo. Um que é 24 horas... que a pessoa pode ir lá, a qualquer momento. E um que é em horário comercial, digamos assim... que a pessoa também pode buscar ajuda. E ela me deu esses panfletos... não tenho mais... mas ela me deu esses panfletinhos... [...] fui falar com a ES19, fui perguntar para ela... que tinha acontecido isso, o que eu fazia... se tinha algum tipo de abordagem que poderia ter feito... que deveria ter feito... Ela me falou desses locais, para a pessoa ter esse contato, caso acontecesse de novo, se ela precisar sair de casa e não tiver ninguém para onde recorrer... que ela pudesse ir (Entrevista ES20, p. 14).

O acompanhamento dos encaminhamentos da mulher em situação de violência, no campo da saúde se dava, principalmente, pelo retorno da própria mulher à unidade básica de saúde. ES28 afirmou que já deixava agendado o retorno exatamente para acompanhar como foi o encaminhamento para o outro serviço e realizar, assim, o acompanhamento da mulher em situação de violência.

Muitas vezes, quem oferecia o retorno para a unidade básica, sobre o caso era a CAP, que monitorava a mulher no percurso institucional, especialmente no que se referia ao caminho que a mulher percorria no campo da saúde.

Como já descrito, uma das ações desenvolvidas pelos Centros de Referência era o acompanhamento da mulher em situação de violência. Por vezes, este acompanhamento incluía o contato com os serviços para os quais foram realizados encaminhamentos das mulheres atendidas pelo Centro. Esse acompanhamento dos atendimentos nos outros serviços podia ser: pessoalmente (profissional acompanhava a mulher pessoalmente ao serviço e participava do atendimento); através do retorno que a mulher levava para o

atendimento no CR sobre como foi o atendimento em outro serviço; ou através de contato telefônico entre ambas as equipes.

EE14 afirmou que entrava em contato com serviços como o Conselho Tutelar e abrigo após encaminhamento para saber sobre a evolução do caso. Salientou que estes serviços também entravam em contato com o Especializado³ para acompanhamento. Relatou ainda que realizava muitas trocas neste sentido com o Especializado².

Nessa lógica do acompanhamento das mulheres,

Sim, nós temos muito contato com os centros de referência, principalmente eu e EE8... que a gente faz essa ponte. Tem casos que nós acompanhamos, e elas vêm aqui para ver como é que está... se ela está vindo a gente liga para ela também... para saber se ela está vindo ou não, o que está acontecendo (Entrevista EE9, p.5).

Depois, lógico, a gente identificou que ela já estava sendo atendida pelo centro especializado... então agora é o centro especializado. Mas até onde nós pudemos... nós fizemos tudo... nós fomos além do que a gente podia (Entrevista EE8, p. 21).

O serviço de orientação jurídica especializada colaborava com os Centros de Referência neste acompanhamento da mulher em situação de violência, todavia, assim como o serviço policial especializado, não realizava atividade de acompanhamento da mulher em situação de violência, tendo em vista a realização de ações pontuais junto aos casos.

Para EE9 os contatos institucionais posteriores aos encaminhamentos só eram realizados quando necessários.

A policial, ao ser questionada se acompanhava o encaminhamento realizado para a mulher, respondeu:

Não, não tem como. Por quê? Porque o meu trabalho é trabalho investigativo... o registro é para investigar, aí ela tem que manifestar o desejo dela de resolver o problema dela junto ao Especializado³... É uma coisa de medida protetiva, a gente pede para dois dias... elas irem lá... ou no 6º ou no [...] 5º...ou no 1º Juizado para poder... agilizar o pedido de medida protetiva. Não tenho como... - não você vai.. - olha só, eu explico, anoto... rasgo um monte de papelzinho, anoto com a minha letrinha, - vai lá, para pedir, em tal andar... - para pedir para agilizar pedido de medida protetiva -, agora a decisão de ir... Tem muita gente (Entrevista EE3, p. 24-25).

Outra ação desenvolvida para o acompanhamento da mulher em situação de violência pelos Centros de Referência era o estudo de caso interinstitucional. Nestes

casos, tanto quando a mulher era encaminhada para o Centro de Referência, como quando outro serviço estava atendendo uma mulher em situação de violência, mas por diversos motivos não podia fazer o encaminhamento dela para o Centro, as equipes técnicas dos Centros realizavam estudos de caso com a equipe que estava acompanhando essa mulher em outra instituição:

Especializado2 já tivemos até discussão de caso aqui, que elas acompanham e nós acompanhamos junto. Isso acontece muito (Entrevista EE15, p. 20).

Às vezes tem um acompanhamento em conjunto do caso... muitas vezes quando é Especializado3 e tal a gente vai fazendo um acompanhamento... faz reunião aqui, discute o caso (Entrevista EE7, p. 13).

O estudo de caso interinstitucional, especialmente entre o Especializado2 e o Especializado3 e entre o Especializado2 e o Especializado4 foi considerado por EE8 como um suporte para a profissional que atuava com mulheres em situação de violência.

Foi relatado, também, o deslocamento das profissionais do serviço especializado para outros locais que atendiam a mulher em situação de violência para discussão de caso:

Marcando os estudos de caso... eu faço agendamento de estudos de caso com parceiros... Isso é uma coisa que a gente gosta muito. Quando os parceiros não podem vir, por exemplo, quando tem *round* na saúde, não tem como trazer a equipe do *round*, então aí eu vou para a saúde. Então agora estou com agendamento em J., por causa de um caso que é nosso que está em J., estou com um caso no M., eu vou, porque não tenho como trazer a equipe médica e toda a paramédica para cá... mas quando posso, posto de saúde, clínica... consultório na rua... CREAS, Conselho Tutelar... o N., que agora está suspenso... vem para cá e a gente faz... os parceiros de psicoterapia... (Entrevista EE13, p. 10-11).

Esses estudos de caso nos outros serviços, em geral eram realizados por EE13, quando havia disponibilidade da agenda da profissional de referência, esta também ia ao serviço para o estudo de caso, juntamente com a EE13.

A discussão de algum caso em que o Especializado4 não atendia a mulher, mas dava esse suporte ao serviço que atende o caso, seja por telefone ou pessoalmente entre equipes, foi denominado por EE16 de ‘assessoria’:

Se a mulher não tem condições de vir para cá, e a equipe avalia que é algo grave, que realmente precisa de acompanhamento... a gente também se disponibilizar a estar junto com essa equipe, que já acompanha essa mulher, já tem um vínculo com essa mulher... para estar dando esse suporte. [...] a própria equipe falou – ela não aceita, a gente falou, ela não aceita -. A gente

falou – ok -, então, o que a equipe faz?, a equipe... a gente sentou, todos... a equipe trouxe todo o caso e a gente foi discutindo com elas... o que elas fizeram, o que elas acham, o que nós faríamos... E é claro que sempre fazendo... a gente tem chamado isso de assessoria. Porque a gente não conhece a mulher, então a gente vai colocando a partir das impressões que eles vão trazendo, e a partir do que... essa mulher traz de fala para eles, e eles reproduzem para a gente (Entrevista EE16, p. 14-15).

Um dos serviços do campo da saúde (UBS3) relatou a realização de estudos de casos interinstitucionais para tratar daqueles acompanhados junto a outras instituições que tratavam o mesmo caso e assim pensarem conjuntamente estratégias de ação, porém nenhum dos relatos estava relacionado a mulheres em situação de violência. Uma das técnicas do Especializado4 contou que outra ação desenvolvida pelas equipes se referia ao atendimento em conjunto com equipes de outros serviços, principalmente em casos de decisão sobre abrigo.

Neste sentido, uma das efetivações de uma atuação em rede foi descrita a partir da interação entre equipes de dois serviços (Especializado4 e UBS1) junto a uma mulher em situação de violência, em que as duas equipes, juntamente com a mulher, decidiram sobre as possibilidades de intervenção e encaminhamento para garantir a sua segurança e construir caminhos de superação da situação de violência. Este caso será relatado em tópico adiante que discutirá mais especificamente sobre a relação entre serviços especializados e atenção básica.

Ficou claro que alguns serviços estabeleciam uma relação dialógica em torno de um caso específico, o que poderia resultar na formulação do projeto comum de assistência. Mas como se pôde notar, em todos os demais contatos entre os serviços, muito dessas conexões se mantinham no plano do acesso, de dar a oportunidade para a mulher ir a outro serviço e ser atendida, mais do que uma tentativa de integrar a atenção prestada em cada um deles.

Outra ação direcionada para a criação de vínculos institucionais se referia ao contato com outras instituições para promover o conhecimento mútuo sobre o interior do trabalho institucional e facilitar os encaminhamentos adequados. Nessa linha de trabalho, ao perceber a frequência dos encaminhamentos de determinada instituição para o Especializado4, sua equipe a contatou convidando para conhecer o serviço e assim alinhar as possibilidades de encaminhamento através do conhecimento do serviço e diálogo entre as profissionais.

Na mesma linha outra prática do serviço de orientação jurídica especializada para estabelecer vínculo interinstitucional se relacionava às visitas institucionais. As profissionais desta instituição se dispunham a ir pessoalmente a outros serviços ou órgãos para apresentar o trabalho, conhecer o que o outro fazia e estabelecer parcerias para facilitar os fluxos de encaminhamentos entre os organismos.

Nas entrevistas, observamos que alguns serviços tinham conhecimento sobre o que se fazia no interior de outros, como por exemplo, o relato da EE9 descreveu o funcionamento dos Centros de Referência no que se refere ao atendimento psicológico. Sobre este aspecto, no dia da entrevista da EE9, ela disse que em seguida, receberia a equipe do Especializado⁴. EE7 relatou que investia em ir pessoalmente aos serviços para favorecer o conhecimento mútuo e fortalecer os vínculos, como mencionado. EE8, também, relatou seu planejamento de ir até a Secretaria de Educação junto com EE7 para estabelecerem vínculo com eles e alinharem possibilidades de atuação, relacionado à facilitação do acesso das mulheres.

A saúde apresentou pouca iniciativa para a criação de vínculos interinstitucionais, mas em uma das entrevistas, a assistente social do CMS afirmou que estava buscando um trabalho em rede com os serviços de Assistência do território, dois CRAS. A profissional relatou que esteve nos serviços e que estes estiveram na UBS¹ e estavam procurando realizar um trabalho em conjunto. Além do PSE, desenvolvido em todas as unidades pesquisadas, representando um vínculo importante entre a saúde e a educação.

EE13 relatou um caso no qual apontou que o Especializado³ foi o canal de comunicação entre dois serviços que atendiam a mesma mulher. Isto foi feito a partir de um contato por telefone com o médico de uma das instituições, pois percebeu que o contato com o terceiro serviço ainda não havia sido feito pelo segundo e então ela fez a ponte, entre os dois serviços.

Para além das ações de interlocução institucional realizadas a partir dos atendimentos a mulheres em situação de violência, os serviços se relacionavam com outros de mesmo setor, ou setores diferentes através de parcerias institucionais.

As profissionais dos Centros de Referência relataram as seguintes parcerias e ações realizadas com instituições parceiras: ações externas com as mulheres relacionadas às atividades de artes e cultura através de parcerias com museus e centros de artes e cultura; eventos internos em que outros serviços também participavam; parcerias interinstitucionais para a realização de eventos; atividades de caráter

preventivo como palestras em escolas e unidades de saúde; parcerias com universidades e Organizações Não Governamentais para promoção do cuidado das mulheres; dentre outras.

O serviço de orientação jurídica desenvolvia parcerias para a realização e participação em seminários, rodas de conversa, palestras em escolas, e vinha realizando um trabalho de sensibilização dos Juizados e Defensorias para a temática de gênero.

As profissionais do serviço policial especializado não desenvolviam outras parcerias para além do serviço já realizado junto ao sistema de justiça e os encaminhamentos realizados, mas também participavam de palestras em eventos sobre violência de gênero e assuntos relacionados.

Todavia era observado um protocolo interinstitucional denominado de Projeto Violeta⁶² integrando a Polícia Civil e o Tribunal de Justiça no que se refere ao deferimento de medida protetiva para a mulher em situação de violência. De acordo com EE4, com este protocolo, específico de uma região de abrangência do município, referente à atuação do Juizado de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, a medida protetiva era solicitada ao Juizado por e-mail e deferida em até quatro horas.

Um trabalho interinstitucional também realizado pelos serviços está relacionado à capacitação de equipes técnicas para o trabalho junto a mulheres em situação de violência. Já mencionamos que tanto as equipes dos Centros de Referência quanto do Especializado2 realizavam trabalhos de sensibilização com a temática de violência em diferentes espaços, para o público em geral, ou para os próprios profissionais. O trabalho do serviço de orientação jurídica especializada junto ao Sistema de Justiça, para sensibilizar os operadores do direito quanto às especificidades do atendimento à mulher em situação de violência pode ser incluído no âmbito da capacitação de serviços, bem como os cursos de capacitação e atividades de sensibilização de equipes para o trabalho junto a mulheres em situação de violência. Foi mencionado nas entrevistas da saúde que o Especializado4 realizou cursos de capacitação sobre violência de gênero e rede de atendimento com as equipes de Saúde da Família.

Com referência ao campo da saúde, as equipes relataram parcerias com educação, universidades, Conselho Tutelar, sistema de justiça, outras UBSs, serviços de assistência, para além da questão da violência de gênero. Parece que estas parcerias

⁶²Disponível em: <http://www.policiacivil.rj.gov.br/exibir.asp?id=20304>; <https://oglobo.globo.com/rio/violeta-projeto-do-1-juizado-de-violencia-domestica-acelera-atendimento-em-casos-de-maior-perigo-14833508>.

ficavam mais a cargo da profissional de enfermagem, pois como observado por uma das médicas entrevistadas (Entrevista ES 20), a profissional de medicina não tinham tempo para ir aos serviços para o estabelecimento de parcerias, então, a profissional de enfermagem se encarregava dessa rotina.

Como observado, no âmbito das parcerias interinstitucionais, o Programa Saúde na Escola (PSE) tinha relevante destaque nos serviços de Atenção Básica. As três unidades pesquisadas incluíam atividades do PSE nas agendas das equipes, como já mencionado. As ações do PSE poderiam ou não incluir atividades relacionadas ao tema da violência de gênero. Ao longo da pesquisa de campo não foi observada nenhuma atividade de PSE que incluísse esta temática no projeto.

Instituído pelo decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007⁶³, o PSE se refere a uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação e seu art.1º aponta, “[...] com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.”

Em uma das entrevistas, a enfermeira relatou como funciona o contato com a instituição escolar e o planejamento das ações do PSE:

Quando é o PSE a gente se encontra um dia específico só com a diretora ou com a coordenadora pedagógica... Eu sempre peço que vá um ACS comigo, né?, levo algum interno, estagiário que estiver aqui... E aí a gente... eu pergunto qual a demanda da escola, o que ela tem percebido que talvez como educação eles não tem conseguido abordar, né?, e ela faz o levantamento com os alunos... algumas das escolas que a gente vai eles tem até dinâmica de ter um representante de turma. Então, esse representante de turma a gente pergunta a ele quais são os assuntos que ele vê que são necessários assim para abordar, né. E aí a gente programa a nossa ação dentro dessa temática. Por exemplo, nós temos duas escolas... as duas trabalham de 8 às 14:30, né? E tem alunos do ensino fundamental e médio. Então, em uma a gente está trabalhando na realidade e a sexualidade, porque tem muitas meninas com idade... eh... de 14 anos, 15... que já ficaram grávidas, né, então a gente trabalha... a gente não vai falar sobre gravidez na adolescência, a gente tenta abordar sexualidade, a importância de conhecer o seu corpo, do planejamento reprodutivo. E em outro a gente tem trabalhado a pediculose, porque aquela história, do piolho, enfim... A gente trabalha também a questão do Bolsa Família, a importância da participação da educação e da saúde, né? Então a gente programa assim... não é nada – ah... tenho que fazer uma ação na escola e aí eu vou fazer qualquer assunto, vou lá e faço, só para cumprir, né, uma... tica... – ah, fiz PSE...-, mas eu não busco fazer isso. E interessante, tem sido muito positiva, quando tem reuniões com os pais, eles nos pedem para ir, então às vezes no sábado que não é o nosso dia a gente vem à unidade para

⁶³Disponível em:

http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1726-saudenaescola-decreto6286-pdf&category_slug=documentos-pdf&Itemid=30192.

participar da reunião de equipe (Entrevista ES22, p. 10-11).

Exceto no que se refere à atuação dos Centros de Referência e às parcerias institucionais já estabelecidas entre os serviços para viabilizar o próprio trabalho interno ou às parcerias instituídas por órgãos superiores, como o PSE, a fala de ES23 refletiu bem a dinâmica do trabalho em serviços de mútuo acesso, considerados pela entrevistada como uma rede. De acordo com a diretora, essa atuação era implementada quando necessária, de acordo com as demandas que chegavam:

[...] é mais realmente quando necessário, né?, não é uma coisa... institucionalizada, vamos dizer assim... – tal dia vou ligar...-, - tal dia tenho uma reunião...-, né?, é uma coisa... através de demandas mesmo. [...] acho que esse caso da menina é um, porque nós fomos para o Ministério Público, para o CRAS... foi envolvido... a própria... como se chama? Conselho Tutelar... no caso o Juizado de Menores (Entrevista ES23, p. 18).

4.6 Rede Capital

Assim como d'Oliveira e Schraiber (2006) encontraram na pesquisa em São Paulo a existência de um Fórum de Serviços especializados para o encontro dos profissionais que atuavam junto a mulheres em situação de violência na capital, na presente pesquisa no Rio de Janeiro os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência se organizavam a partir da Rede Capital.

Algumas entrevistadas da presente pesquisa, que tinham participação ativa na Rede Capital, puderam falar sobre o funcionamento dessa rede. Destacaremos aqui duas entrevistas bastante representativas:

A Rede Capital ela começou muito... de uma maneira muito tímida... porque a gente começou a sentir necessidade de discutir alguns casos, né... de... casos comuns... de mulheres que já tinham passado por vários abrigos, vários serviços e a gente não conseguia... Eu ficava muito agoniada com algumas mulheres que sumiam, e você não tinha mais resposta dessas mulheres... então a gente se aproximou e começou a fazer essas reuniões e tudo e a gente trazia as nossas dificuldades enquanto serviço. Então a ideia era tanto trabalhar as mulheres quanto trabalhar as nossas dificuldades. E aí a gente começou a trazer e... depois começamos cada uma a apresentar o seu serviço... quais eram as dificuldades, o que fazia... porque na verdade a gente nem sempre conhecia o trabalho do outro, né, então isso foi começando

assim... essa discussão... cada um fez a sua apresentação. Depois evoluiu para a ideia... para fazer um protocolo (Entrevista EE5, p. 25).

A gente sentava para discutir com a Rede... casos...né?, e possibilidades... [...] possibilidades para a Rede, da Rede...- não, pode mandar para cá, que eu tenho possibilidade disso - , - não... pode -, Isso era muito bom. Quando a Rede começou a se ocupar muito de montar um fluxo, que foi um perrengue... que ficou tempos nisso, porque aí virou um jogo de força, - não, a porta de entrada é aqui...-, - não, a porta de entrada é ali...-, - não, tem que passar pela Delegacia -, - tem que ter registro de ocorrência -, isso não é uma visão do Especializado3, não é uma visão da área do cuidado, da área da proteção. Isso é uma visão da área da responsabilização. E como a gente sabe que na nossa sociedade se dá mais valor à judicialização das relações em razão do Judiciário estar implicado... o sistema de justiça estar implicado... sendo que o sistema de justiça transcende o Judiciário... aí... aquela proposta inicial da Rede Capital começou a se esvaziar, depois que o fluxo foi fechado e depois que a gente terminou de elaborar a norma técnica do Estado, de abrigo... a elaboração dos parâmetros para a rede de... para o abrigo temporário... eh... a gente começou a discutir muito eh... eventos... a Rede Capital começa como uma rede de atendimento. A Rede Capital começa dentro do Especializado3, as reuniões aconteciam no terceiro andar do Especializado3 (Entrevista EE13, p. 42).

Mencionado em ambas as entrevistas citadas, em um determinado momento dos encontros da Rede Capital foi construído o ‘protocolo de atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência’, como também apontou outra entrevistada:

[...] que teve até quando a gente fez a cartilha da Rede Capital... que é uma cartilha interessante, construída coletivamente em uma reunião (Entrevista EE17, p. 25).

O Protocolo data de 2013, nunca foi publicado, contudo, circulou entre as profissionais que constituíam a Rede Capital à época, inclusive esta pesquisadora. Assim, apesar de não constituir um documento formal devidamente publicado, consideramos relevante para o presente estudo, pois possuiu impacto institucional.

De acordo com o documento⁶⁴, o objetivo da Rede Capital era:

Ter uma atuação articulada e intersetorializada, potencializando ao máximo essas características, para tornar a REDE mais dinâmica, eficaz, onde a rota das mulheres em busca de seus direitos seja curta e rápida, especialmente do acesso, com qualidade, à segurança, à justiça, aos serviços de saúde, à assistência social e aos demais instrumentos e meios necessários à proteção de seus direitos humanos (Protocolo Rede Capital, 2013, p. 4).

⁶⁴ Protocolo de Atuação às Mulheres em Situação de Violência. Rede Capital. Rio de Janeiro. 2013. [Não publicado].

Tendo como características de ação a horizontalidade, multiliderança, corresponsabilidade, compartilhamento, autonomia, diversidade, sustentabilidade e flexibilidade, a Rede Capital, segundo o referido Protocolo, era composta pelos serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência da capital do Rio de Janeiro, de diferentes setores e instâncias governamentais.

A finalidade do Protocolo, conforme o documento, era promover a institucionalização das relações da Rede Capital para facilitar a eficácia do atendimento no município.

O Protocolo apresenta os serviços que compõem a rede, bem como seus setores, e são eles: instituições de defesa, orientação e apoio às mulheres em situação de violência; instituições da saúde; serviços de segurança pública de atenção às mulheres em situação de violência; sistema de justiça; instituições de abrigo temporário. Após isto, o Protocolo propõe o Fluxo da Rede Especializada de Atendimento à Mulher da Capital do Estado do Rio de Janeiro – REDE CAPITAL, conforme mostra a figura 9.

Figura 9 - Fluxo Rede Capital

Fonte: Protocolo Rede Capital, 2013, p.51.

De acordo com as entrevistas, as profissionais dos serviços especializados que participaram da Rede Capital, consideravam a efetividade dela para a atuação em rede de serviços. EE8, ao falar da sua participação na Rede Capital, afirmou que foi através das suas reuniões que ela conheceu as profissionais dos outros serviços. EE5, nessa mesma linha, considerou que a partir das reuniões os profissionais se conheciam e os serviços se tornavam conhecidos mutuamente.

Todavia, como afirmado pelas profissionais, a rede capital já não se reunia mais, à época da presente pesquisa (março a novembro de 2017). Ao ser questionada sobre como era a relação do Especializado3 com a Rede Capital, EE13 respondeu, dando ênfase ao fato de não haver mais as reuniões:

[...] como ERAAA feita... de forma muito próxima, né (Entrevista EE13, p. 42).

EE15 se referindo à Rede Capital:

[...] eu acho que nesse momento a rede está mais que furada... está rasgada (Entrevista EE15, p. 23).

EE5 afirmou que não há mais reuniões de rede,

[...] por conta desse caos do Estado⁶⁵ (p. 24).

Infelizmente hoje a gente não tem mais a Rede Capital... né... não tem tido mais reuniões... o Estado muito desarticulado... (Entrevista EE17, p. 24).

EE9 disse que o Especializado2 participava da rede capital, mas que com a mudança de governo, não tem mais, fez várias críticas à “politicagem”, e como isso impacta no trabalho em rede, na ponta de cada serviço. As profissionais afirmaram que não havia reuniões da Rede Capital há pelo menos um ano e reafirmaram a importância de retornar os encontros da Rede Capital.

Havia, portanto, uma atuação bastante presente do serviço de orientação jurídica e dos Centros de Referência nas reuniões da Rede Capital. No serviço policial especializado não tanto, somente um dos policiais afirmou ter conhecimento sobre ela, apesar de não participar. As outras entrevistadas não conheciam a Rede Capital.

Santos (2015), em seu estudo sobre as redes de atendimento às mulheres em situação de violência em São Paulo, também verifica certo afastamento das policiais nos encontros mensais das Redes. No trabalho essa autora apresenta um dado bastante similar ao encontrado na presente pesquisa no Rio de Janeiro:

Verifica-se, assim, o surgimento de uma nova rede, sendo formada por agentes institucionais no âmbito do sistema de justiça e da segurança pública. E nesse sentido pode-se falar em várias redes, não apenas em uma rede de atendimento e de enfrentamento à violência contra mulheres. Mas as/os agentes das novas redes promovidas por setores do Ministério Público e do Judiciário em regra não participam nas reuniões das redes de enfrentamento à violência constituídas sob a liderança de agentes institucionais da área de assistência social. Apenas as/os técnicas (assistentes sociais) que compõem a equipe do Ministério Público na Vara de Violência Doméstica do Fórum de

⁶⁵ Sobre a situação política e econômica do estado do Rio de Janeiro, ver tópico ‘Considerações sobre a Conjuntura Atual’.

Barra Funda é que participam nas reuniões das Redes Sul e Leste (Santos, 2015, p. 589).

A pesquisa que inspirou o presente trabalho também empreendeu análise semelhante ao destacarem no relatório final que há uma ligação importante entre os serviços jurídicos e as delegacias especializadas, além de uma ligação estreita do sistema de justiça em si mesmo. De um lado observa a conexão entre serviços de justiça e policiais, de outro lado a ligação mais forte entre serviços psicossociais, de orientação básica e de saúde (d'Oliveira e Schraiber, 2006).

De fato, em nossa pesquisa no Rio de Janeiro, foi possível verificar uma relação mais próxima entre o serviço policial e o Sistema de Justiça; de outro modo, maior conexão entre os Centros de Referência e os serviços de Atenção Básica à Saúde. A análise de Santos (2015) ajuda a pensar que há, na verdade, diferentes tramas em ação nas micro relações entre os serviços para dar acesso às mulheres em situação de violência a um atendimento integral, de acordo com o que cada instituição concebe como integralidade da atenção.

Por fim, as três estagiárias do Especializado2 entrevistadas não conheciam a Rede Capital, assim como todas as profissionais dos serviços de saúde entrevistadas. Somente ES23 afirmou já ter ouvido falar, mas disse não ter propriedade para comentar sobre o assunto, nunca teve uma relação direta com a Rede Capital.

4.7 A Atenção Básica à saúde e os serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência

Cabe neste último tópico, nos determos mais profundamente sobre as relações estabelecidas entre o campo da saúde, especificamente da Atenção Básica, e os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, em uma região específica da cidade do Rio de Janeiro. Podemos iniciar, retomando discussão anterior sobre a Rede Capital e o dado da pesquisa que revelou o não conhecimento sobre ela por parte das profissionais de saúde entrevistadas. Esta é uma informação relevante na medida em que constata a não ocupação pela Atenção Básica de um espaço importante de construção de um trabalho em rede para atenção a mulheres em situação de

violência. Por outro lado, a não ocupação deste espaço pode ter a ver com o fato de se compreender que a Rede Capital se refere a um lugar de discussão para serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência e a atenção básica apesar de atuar junto a mulheres em situação de violência, não constitui um serviço especializado para esse tipo de atendimento. Contudo, o fato de somente uma entrevistada da saúde mencionar que já ouviu falar sobre a Rede Capital, apesar de não ter propriedade sobre do que se trata, pode ser um indício de certo distanciamento na relação entre Atenção Básica e serviços especializados.

Havia uma concordância de que a Atenção Básica constitui a porta de entrada não só da saúde, mas também dessa rede especializada de atendimento às mulheres em situação de violência, considerando que a mulher tem maior acesso à UBS do que a outros serviços de atenção especializada, ou mesmo mais distantes de sua residência.

A violência, pela proximidade do território, possibilita muito... que muitos mais casos venham à luz... sejam atendidos... porque talvez essa mulher não vá ao DEAM, não vá ao CEAM... não vá a outros dispositivos, mas ela vem na Clínica para uma consulta (Entrevista ES36, p. 20).

Porque é muito mais fácil a mulher chegar aqui... que está me vendo todos os dias, me conhece... já me chama pelo nome... me adiciona no *facebook*, então tem um vínculo muito maior para ela falar da violência do que ela chegar no hospital, com uma pessoa que ela nunca viu na vida e falar – ah, meu marido me bate -, de repente uma sala cheia de gente. Aqui eu acho que é um espaço muito mais fácil, por isso a gente notifica muito, às vezes, entendeu? Eu acho inacreditável quando às vezes uma Clínica não notifica, - gente, tem alguma coisa errada no acesso ou no vínculo -, porque imagina... se ela falar de violência... muito melhor falar com a pessoa que você está mais próxima, que você já chama pelo nome, tudo. Agora, chegar em um hospital... já trabalhei em hospital e vi situação de violência... [...] a mulher senta na sala e fala alto para todo mundo escutar, é muito difícil (Entrevista ES35, p. 26).

De acordo com o documento da Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres da SPM-PR, as Unidades Básicas de Saúde fazem parte desta Rede de Enfrentamento, como serviço não especializado, compondo a porta de entrada para os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência (Protocolo Rede Capital, 2013).

Considerando que parte das profissionais compreendia que a atenção básica era a porta de entrada desta Rede de atenção a mulheres em situação de violência, o dado de pesquisa relacionado ao desconhecimento das profissionais da saúde sobre a Rede Capital vai se tornando cada vez mais relevante neste contexto para a possibilidade de

se constatar fragilidades na relação entre a atenção básica e os serviços especializados de atendimento às mulheres.

Foi possível constatar, no entanto, que existia certo nível de articulação entre os serviços no que se refere às ações de encaminhamento das mulheres em situação de violência.

Tanto as equipes da UBS3 quanto as equipes da UBS1 encaminhavam as mulheres em situação de violência para os Centros de Referência, para os serviços policiais, no que se refere aos serviços especializados. Havia um contato próximo entre a UBS3 e o Especializado4 para os casos de abrigo de mulheres, tendo em vista que a avaliação de abrigo de mulheres em situação de risco era realizada pelo Especializado4, no âmbito do município do Rio de Janeiro.

Como explicitado no caso a seguir, no que se refere aos encaminhamentos para os serviços especializados, a UBS2 realizava encaminhamentos das mulheres em situação de violência para o Especializado4:

Então, teve uma vez que recebi uma senhora, da área antiga ainda, que ela chegou desabando aqui... Ela chegou desabando e dizendo que o esposo dela era usuário de drogas, que ele bebia bebida alcoólica e que ele batia nela desde sempre, e que ela tem dois filhos e que os filhos dela ficam vendo aquilo e que ela... chegou aqui arrasada. E a minha sorte foi que eu estava com uma residente... eu tinha acabado de chegar na unidade, então assim... eu não sabia muito bem os fluxos, para onde encaminhar essa mulher. Eu chamei a médica para fazer uma interconsulta, a médica passou uma medicação para ela, que ela falou que não estava conseguindo dormir, que ela não conseguia fazer nada... que ela só ficava chorando, já estava com um quadro depressivo... a gente encaminhou para o setor de psicologia que a gente tem aqui no H e a psicóloga... Não... era uma assistente social que estava aqui comigo... ela falou de um... do Especializado4, que tem aqui perto da nossa área, para ela ir lá, conversar... com as pessoas e tal... para a gente tentar fazer esse processo mesmo (Entrevista ES28, p. 19).

Já em relação aos encaminhamentos dos serviços especializados para a atenção básica, as entrevistadas do serviço policial especializado afirmaram não realizar este tipo de direcionamento. As profissionais do serviço de orientação jurídica especializada incluíram a saúde em sua lista de serviços para os quais encaminhavam, especialmente os serviços de saúde mental. A atenção básica recebia encaminhamentos do serviço de orientação jurídica na medida em que constituía porta de entrada da RAS, não necessariamente para o trabalho de cuidado em saúde da mulher em situação de violência na AB, mas para encaminhamento para outros níveis da atenção à saúde:

Normalmente é a Clínica da Família, né, porque a Clínica da Família que faz essa... que faz essa... por causa do SISREG, né... é a Clínica da Família que faz (Entrevista EE8, p. 27).

Dos serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência, a relação mais aproximada com as unidades básicas de saúde se dava a partir dos Centros de Referência. Apesar de as entrevistas mostrarem uma relação mais próxima com os serviços de saúde mental que incluía espaços de estudos de caso interinstitucional e participação das profissionais dos Centros nos *rounds* da saúde, as unidades básicas de saúde, também, foram relacionadas como parceiras para o atendimento das mulheres em situação de violência.

EE13 relatou que tinha ‘boa relação’ com alguns serviços de atenção básica, mas não necessariamente os localizados em sua região, a CAP 1.0.

Já as entrevistas do Especializado4, corroborando as entrevistas da saúde, apontaram para o Especializado4 como o mais importante interlocutor entre a atenção básica e os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência da região.

EE16 e EE18 mencionaram que o campo da saúde era aquele com que mais se relacionavam nos contatos interinstitucionais para o acompanhamento dos casos. A principal Clínica da Família com que se relacionavam era a UBS3, e a UBS1 também foi lembrada como um serviço de APS com o qual se conectavam mais frequentemente.

Sobre atuação junto à UBS1, EE18 relatou:

A gente já fez até atendimentos juntos assim... para abrigo, uma situação que eles perceberam de abrigo e aí... Então... um caso de articulação de equipe e até extra... que foi bem sucedido. Eles atendiam uma moça que... [...] ...ela ia... porque ela ia para o atendimento de... Pré-natal... então acho que era o serviço... a enfermagem... com a ginecologista...era enfermagem e ginecologia a princípio mesmo, que atendia. E elas perceberam que a moça... às vezes ela ia acompanhada do marido, ele ficava do lado de fora assim, e ela entrava para consulta. Uma moça jovem... e aí algumas vezes ela chorou no atendimento e aí relatou, que ela vivia em situação de cárcere... então o cara não deixava ela sair para nada... ele acompanhava as consultas e ficava vigiando. Então, era de casa para... só fazia isso... só essas saídas vigiadas... que ela não aguentava mais, ela morava na casa da família dele... era todo... o tempo todo vigiada. Que ela tinha vontade de sair daquilo ali, mas ela não sabia como fazer... parece que a família dela era de um outro Estado. Aí essa equipe sugeriu... perguntou se não queria abrigo, falou que não... que não ia fazer, que tinha medo dele... Mas aí depois assim... com algumas idas... ela disse que ela gostaria, mas que não sabia como fazer, porque ela tinha medo. Aí elas vieram aqui... contaram o caso e aí... [...] é, acho que foi a enfermeira mesmo com o ACS, que atendia... que é... acho que é aqui perto... ela morava aqui perto a

menina... só que... sempre ia só com ele... Então... até quando ia na visita, que ela fazia visita, chegava lá e ele não deixava elas entrarem... uma coisa meio assim... E um casal jovem assim... Aí... ela marcou... contou para a gente e aí a gente combinou... tinha combinado com a menina, ela falou que era isso que ela queria, que ela queria sair e tal... E combinou na próxima consulta a gente ir até lá e de lá mesmo a gente esquematizar para que ela fosse para... abrigada. Aí foi feito assim... A gente foi para lá, esperou ela chegar, que aí não desconfiava que a gente estava lá, aí a gente fez o atendimento lá... preenchemos o pedido que precisava preencher, levantamos o resto da história e tudo mais. E aí de lá a gente levou ela para o abrigo... e aí... depois ela... a equipe do abrigo conseguiu encaminhá-la... acho que era do Espírito Santo... encaminhá-la para o abrigo, então assim... foi um trabalho junto com a equipe também de saúde, que conseguiu visualizar e tudo mais... e a gente conseguiu articular isso juntos (Entrevista EE18, p. 27-29).

A partir da experiência de encaminhamentos e recebimentos de casos com a Atenção Básica, EE17 apontou para a atuação junto às Clínicas da Família no que se referia à noção de compartilhamento dos casos de modo intersetorial:

As Clínicas da Família, por esse olhar de Saúde da Família, eu acho que elas já têm esse entendimento melhor. E como hoje tem as residências multiprofissionais... então isso facilita também, que a gente já vê na própria preceptoria, quer dizer, trabalhando enfermeira, assistente social... psicólogo juntos... então eu acho que a Saúde está em um olhar mais transdisciplinar, digamos assim... não só interdisciplinar, mas transdisciplinar... está caminhando mais do que a Assistência, do que outros... locais que de repente... eu acho que ainda estão rígidos dentro de uma.. na Educação... essa coisa de não ter uma diversidade, uma pluralidade de profissionais... acho que acaba engessando um pouco (Entrevista EE17, p. 22).

Uma ação realizada entre os serviços de atenção básica e os serviços especializados diz respeito ao trabalho de capacitação em violência de gênero e rede de atendimento efetuado pelas profissionais da rede especializada em unidades básicas de saúde.

EE18 apontou para o trabalho de palestras em unidades de saúde como um trabalho preventivo de violência. Afirmou que no ano anterior foram a alguns postos de saúde do entorno para falar sobre violência de gênero, atendimento à mulher em situação de violência e a rede de atendimento com as equipes de saúde.

ES31 afirmou que já participou de capacitação sobre violência de gênero no Especializado4.

Temos, então, algumas pistas de ações pontuais desenvolvidas de forma articulada entre os serviços, certo nível de interação entre algumas profissionais entre serviços específicos através do contato interinstitucional, do diálogo e das trocas. Todavia, ao serem questionadas sobre a relação entre os serviços de saúde de atenção básica e os

serviços especializados, as afirmações das profissionais de ambos os campos revelaram o afastamento entre o setor Saúde e os demais participantes de uma possível rede de atenção.

As profissionais do serviço de orientação jurídica afirmaram que a relação com os serviços de saúde se dava de forma bastante pontual e as estagiárias entrevistadas salientaram não haver relação com os serviços de saúde, especialmente de atenção básica. De fato, este serviço não foi mencionado em nenhuma das entrevistas no campo da saúde como uma possibilidade de encaminhamento ou de parceria.

As policiais apontaram para uma distância na relação do Especializado1 com os serviços de saúde de atenção básica:

É mínimo, chegar aqui... na realidade nem recordo... já aconteceu, mas eu não consigo me lembrar exatamente... quando chegou uma pessoa ali da saúde... da... um agente de saúde... trazendo uma vítima (Entrevista EE4, p. 28).

Não, Clínica de Família nunca vi, nunca recebi ninguém deles aqui... sendo que não estou fazendo registro ultimamente, desde dezembro, então esses 5 meses não sei te dizer... e... eu faço... com essa coisa do estupro eu faço muito encaminhamento... eu encaminho muitas pessoas para... o Hospital Maternidade F., ali em São Cristóvão... para fazer o atendimento psicológico, claro, e a medicação preventiva. Dessa parte que eu estou fazendo agora, né. E quando fazia registro também fazia dessa forma. (Entrevista EE3, p. 26).

Só esse mesmo, que é a questão de enviar para o médico, fazer o boletim de atendimento médico, depois ela volta à Delegacia, ou vai primeiro ao médico e já traz o BAM... tudo mais... Mas não é uma relação assim... íntima... Mas eu estou falando assim... na minha experiência... no plantão. Lá em cima não sei. Mas no plantão... a única coisa que a gente pergunta – foi ao médico? -, - não foi ao médico?, tá, a gente vai fazer o registro do mesmo jeito -, - foi ao médico?, cadê o número do BAM -. Se a vítima estiver muito machucada vai, depois volta. Que às vezes ela está reclamando de dor de cabeça e não sei... pode acontecer alguma coisa. Mas... como eu te disse, quando elas vêm, nunca nenhuma chegou para mim e falou – não, foi o próprio médico, a própria enfermeira que disse para eu procurar a Delegacia -, vir aqui registrar, comigo. Comigo nunca procurou (Entrevista EE2, p. 31).

Em relação aos Centros de Referência, como já apontado, estes possuíam uma relação mais próxima com as unidades básicas de saúde que as outras duas vocações assistenciais pesquisadas. Com referência ao território da CAP 1.0, esta relação era mais efetiva com o Especializado4. No entanto, ainda era uma relação bastante limitada, como ficou evidente na pesquisa junto às unidades básicas de saúde.

Há que se notar, contudo, diferenças significativas do tipo de atuação entre as unidades básicas.

Na UBS2 e na UBS1 prevaleceu o desconhecimento das profissionais sobre o trato com a questão da violência de gênero e as dificuldades de manejo quanto às possibilidades de encaminhamento dos casos para os serviços especializados.

ES22 afirmou que não havia aproximação da UBS1 com os serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência e que não conhecia a rede para atendimento a mulheres em situação de violência, não saberia para onde encaminhar a mulher em situação de violência:

Mas eu não fui instrumentalizada... assim que fala, né?, eh... sobre esse fluxo de violência aqui na CAP 1.0. Eu não sei quais são as redes que a gente tem... como que a gente faz... o que eu posso... qual o apoio que eu posso oferecer? O que me vem imediatamente é a psicologia, o matriciamento... um momento para eu poder abrir e falar (Entrevista ES22, p. 16).

ES20 disse que não era rotina encaminhar mulheres em situação de violência para outros serviços, por conta da violência.

P: no caso então, voltando um pouco à questão do atendimento à mulher em situação de violência... vocês costumam encaminhar a mulher em situação de violência para outros serviços?

R: não, por isso assim, não (Entrevista ES20, p. 29).

ES20, também, afirmou que não conhecia os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e que não havia relação da UBS1 com os serviços de atenção às mulheres em situação de violência.

ES22 disse que não existia uma relação direta da UBS1 com os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência.

Na UBS1 foi comum ouvir das profissionais de saúde que nunca atenderam mulheres em situação de violência. Considerando que as pesquisas têm apontado para a alta prevalência de violência doméstica e familiar contra a mulher nas populações atendidas em UBSs, e como uma entrevistada de outra UBS mencionou:

Eu acho inacreditável quando às vezes uma Clínica não notifica, - gente, tem alguma coisa errada no acesso ou no vínculo -, porque imagina... se ela falar de violência... muito melhor falar com a pessoa que você está mais próxima, que você já chama pelo nome, tudo. Agora, chegar em um hospital... já trabalhei em hospital e vi situação de violência... [...] a mulher senta na sala e fala alto para todo mundo escutar, é muito difícil... (Entrevista ES35, p. 26)⁶⁶.

⁶⁶ Esta fala já foi transcrita na página 220 do presente trabalho, a repetimos aqui por compreender sua relevância para

Podemos inferir que o não atendimento à mulher em situação de violência pode estar mais relacionado à dificuldade da profissional de manejar a situação, de identificar a violência e lidar com o fato, do que à ausência das mulheres em situação de violência nas unidades básicas.

Concordamos com Berger (2011) que identificar a violência é diferente de rastrear uma doença. Considerando que a atenção em saúde para a questão da violência é insatisfatória, a autora discute os aspectos relacionados à formação profissional em saúde que ainda está fundamentado no modelo biomédico e os processos de trabalho em saúde centralizados no profissional médico. De acordo com a autora essas questões constituem entraves para a atuação do campo da saúde na atenção às mulheres em situação de violência.

Borsoi et al. (2009), a partir de pesquisa realizada em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro, apontam que as mulheres atendidas nos serviços que participaram da pesquisa vivenciam no cotidiano a violência doméstica e que apesar de os profissionais identificarem a situação de violência, existe a dificuldade de lidar com a questão e efetuar encaminhamentos. Nessa linha, Silveira (2006) salienta que ainda na atualidade observa-se certo despreparo dos profissionais de saúde para o acolhimento à mulher em situação de violência.

Ainda que o setor de saúde seja uma porta de entrada privilegiada para os casos de violência, há grande dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com a problemática da violência, especialmente por esta se referir a uma questão de ordem social. De acordo com Diniz (2006), a saúde deve se responsabilizar por “[...] pelo menos identificar esses casos e referi-los adequadamente.” (p. 31).

De acordo com d’Oliveira e Schraiber (2013),

[...] os profissionais nos serviços de saúde têm dificuldades para lidar com problemas como a violência, que são problemas mais identificados ao social e às normas culturais da sociedade ou identificados a comportamentos pessoais. São dificuldades que não se prendem apenas ao quê fazer, dentro de um leque de atuações bem delimitadas como intervenções sobre as doenças, mas dizem respeito, previamente, ao reconhecimento dessa situação de violência como pertinente ao campo de atuação em saúde (p. 135).

Não obstante tal aspecto a argumentação de ES35 traz uma similaridade com o que afirmam Menezes et al.(2014):

Nessa perspectiva, vale mencionar o papel dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família (ESF), isso porque, na maioria das vezes, a Unidade de Saúde da Família (USF) se apresenta como porta de entrada para essas mulheres. Neste sentido, a equipe de Saúde da Família deveria aparecer como protagonista no processo de acompanhamento das mulheres em situação de violência, uma vez que trabalha com uma população adstrita, secundária ao processo de territorialização, o que permite um maior envolvimento com a comunidade, e consequentemente o reconhecimento e a compreensão de suas necessidades (Menezes, et al., 2014, p. 784).

Já a UBS3 é a unidade básica de saúde que mais notificava violência do território e, como afirmou o gerente desta unidade, as equipes eram bastante sensíveis à questão da violência de gênero. De acordo com relatos, os casos de violência eram identificados e, com o apoio do NASF e da gerência, as equipes manejavam os casos e contatavam serviços de outros setores de acordo com a necessidade da mulher. Como já apontado, o serviço especializado mais solicitado a atuar junto aos casos que chegavam na UBS3 era o Especializado4.

Em suma, há que se atentar para algumas linhas de articulação, de interação entre os sujeitos e conversas bastante localizadas para uma definição em conjunto do caminho para assistir à mulher. Longe da construção de um projeto assistencial comum, como talvez outrora tentado com a experiência da Rede Capital, atualmente, observamos ações pontuais de experiências compartilhadas, não podendo ser configuradas uma atuação em rede de atenção a mulheres em situação de violência. Além disso, seja pelos obstáculos configurados na diminuição dos recursos em cada setor, nas descontinuidades políticas ou na precarização do trabalho de modo geral nos diversos espaços, ao que parece não apenas será difícil reestabelecer a Rede Capital, como também conquistar novos avanços nessa proposta de trabalho em rede intersectorial. São tempos atualmente mais de retrocessos do conquistado, do que de novas e melhores conquistas.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

[...] publicados os percursos reflexivos e práticos traçados pelo pesquisador, poderá o conhecimento produzido situar-se, para todos, como possibilidade e limite do conhecimento e da ação, politizando-se. E nisso reside o potencial das ciências para o mundo da vida social. (Schraiber, 2015, p. 54).

A relevância do campo da saúde para a discussão sobre violência de gênero pode ser visibilizada, também, ao considerarmos a centralidade do conceito de integralidade, um dos princípios do SUS, para pensar sobre o atendimento multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial a mulheres em situação de violência, dada a complexidade da questão. Como apontam d'Oliveira et al. (2009), o cuidado integral se refere, não somente à atuação em conjunto entre profissionais de diferentes áreas e de diversos serviços, mas, ainda, à centralidade da mulher nas decisões assistenciais.

De acordo com Mattos (2006), a “integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo.” (p. 65). Dessa forma, uma prática profissional orientada pelo princípio da integralidade é uma prática voltada para escapar aos reducionismos, essencial para o atendimento às mulheres em situação de violência.

No campo da assistência, portanto, o conhecimento sobre as relações entre a Atenção Básica à Saúde e os serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência no que se refere às potencialidades de trabalho em rede se faz necessário considerando a relevância do campo da saúde, especialmente da atenção básica, para a identificação dos casos de violência, o acolhimento dessas mulheres e as possibilidades de referência e contrarreferência com outros serviços de outros setores para o cuidado.

Não se pode questionar a efetiva preocupação da saúde no que se refere ao enfrentamento à violência contra as mulheres desde a década de 1980 (Silveira, 2006). Como aponta Diniz (2006), “um excelente exemplo de infiltração de gênero no desenvolvimento de respostas em violência contra a mulher no Brasil são as políticas de saúde.” (p. 30).

Como salientam D'Oliveira e Schraiber (2013) muitas foram as conquistas no âmbito da implementação de serviços e da proposição de legislações voltadas para o

enfrentamento à violência contra as mulheres, no entanto, muitos são os obstáculos para que estas diversas instituições governamentais e não governamentais construam um mosaico inter-relacionado e bem articulado entre si, promovendo assim a assistência de qualidade às mulheres.

A partir da proposta desta pesquisa buscamos contribuir para a compreensão sobre a constituição das redes de atendimento às mulheres em situação de violência, bem como de que forma o campo da saúde interage com esses serviços, ampliando, assim, o conhecimento da Saúde Coletiva sobre a temática.

Buscando cumprir os objetivos da pesquisa, investigamos sobre as potencialidades da construção de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência no território da AP 1.0, mais especificamente na região Centro da cidade do Rio de Janeiro. Foram incluídos na pesquisa unidades básicas de saúde e serviços especializados no atendimento às mulheres em situação de violência dos setores policial, orientação jurídica e centro de referência.

Consideramos importante para a análise das práticas profissionais, as concepções das profissionais sobre as questões em que nos debruçamos: trabalho em equipe e trabalho em rede. Como verificado, as duas concepções presentes nas falas das profissionais dos quatro setores que participaram da pesquisa sobre ‘trabalho em equipe’ foram a **complementaridade entre as ações individuais** e a **ajuda mútua**. Para as profissionais, trabalho em equipe se referia ao trabalho individual de profissionais de diferentes áreas que se relacionavam de forma complementar, por vezes, interdependente entre si, em uma perspectiva de ajuda mútua para um determinado fim. Nessa linha, a concepção sobre ‘trabalho em rede’, se aproximou, em geral, da noção da complementaridade entre as ações dos diferentes serviços. Dessa forma, um conjunto justaposto de serviços, de diferentes setores, podem promover, através de cada ação no interior de cada setor, a integralidade do cuidado, na medida em que o usuário é visto a partir de diferentes perspectivas, em diferentes locais de atenção. A partir do referencial de Peduzzi (1998) e de d’Oliveira e Schraiber (2006), esta noção de equipe se refere à tipologia de equipe agrupamento, que por sua vez está relacionada à lógica das tramas entre os serviços. A formação de uma equipe integração e a efetivação de uma rede de serviços está relacionada, para além de um conjunto de ações justapostas de diferentes profissionais, serviços, e setores que se complementam, à construção de um projeto assistencial comum entre os atores, na conformação de um

cuidado integral que se produz através do diálogo, da interação entre os agentes, da articulação das ações.

Nesse sentido, algumas falas, ainda sobre as concepções de trabalho em equipe e rede, se aproximaram da lógica da construção coletiva de um comum, da promoção do diálogo, da interação entre os sujeitos, como apontado nas dimensões **objetivo comum, comunicação, trabalho em conjunto, integração entre os saberes, compartilhamento dos casos, atenção integral, afinidade ideológico-política**.

Ainda na discussão sobre as concepções das profissionais, foi possível articular as falas das entrevistadas com a revisão bibliográfica empreendida e analisar os obstáculos e os facilitadores para o trabalho em rede de serviços. Para fins didáticos, dividimos a análise em quatro planos: plano práticas profissionais, plano institucional, plano interinstitucional e plano gestão.

A dimensão da prática profissional se torna relevante, pois para pensar o trabalho em rede é imprescindível olhar para os diferentes atores envolvidos no processo de cuidado e as formas possíveis de relação entre estes. Para tanto, nesse plano discutimos sobre a importância da capacitação profissional para o trabalho multiprofissional, interdisciplinar, intersetorial junto a mulheres em situação de violência e os obstáculos para atuação em rede que se referem ao pouco conhecimento dos profissionais sobre os serviços existentes, à sobrecarga de trabalho dos profissionais, à informalidade das relações entre as profissionais para o estabelecimento de fluxos interinstitucionais, à não responsabilização profissional no que se refere aos acompanhamentos dos casos encaminhados, e aos dissensos quanto às posturas teórico-práticas sobre a questão. Como propõem Lettiere e Nakano (2015): para a integralidade do cuidado, o profissional precisa se apropriar de um ‘saber fazer em comum’ contextualizado à complexidade da questão.

No plano institucional discutimos brevemente sobre os obstáculos e os facilitadores produzidos a partir da dinâmica de funcionamento no interior de cada serviço.

No plano interinstitucional destacamos os aspectos relacionados à comunicação entre os serviços. Para a articulação em rede, o principal dispositivo levantado pelos autores foi a reunião de rede, com o fim de promover o diálogo intersetorial.

No âmbito da gestão, foi possível compreender que experiências bem sucedidas de redes de serviços, também estão relacionadas ao investimento do poder público para

a efetivação de políticas públicas de enfrentamento à violência de gênero. O quadro de instabilidade e fragilidade política e financeira que enfrentavam os serviços constitui importante obstáculo para o funcionamento em rede.

Conquanto tenhamos apresentado em diferentes planos os obstáculos e os facilitadores para o trabalho em rede, de acordo com a revisão bibliográfica e pesquisa empreendidas: plano gestão, plano interinstitucional, plano institucional e plano práticas profissionais; assumimos que os planos são interdependentes entre si no que se refere às potencialidades de um trabalho em rede. Também verificamos que, de acordo com os achados, cada plano de fato possui questões próprias, mostrando-se, contudo, que são apontados mais obstáculos do que elementos facilitadores para a atuação em rede.

Em relação às análises das práticas profissionais, com base no trabalho de Peduzzi (1998), nos ocupamos de conhecer o funcionamento de serviços e analisamos as possibilidades de trabalho em equipe nos serviços pesquisados considerando as articulações das ações, as interações entre as profissionais e a possível construção de um projeto assistencial comum no interior de cada equipe.

Verificamos que as rotinas profissionais eram encadeadas, as ações eram articuladas, na medida em que os diferentes trabalhos individuais estavam em uma relação de interdependência entre si, as profissionais se relacionavam a partir dessa perspectiva, em algumas situações específicas, geralmente em casos mais complexos, podemos afirmar que havia um processo de interação entre as agentes, em que se valiam do diálogo, da troca, da escuta e da construção em conjunto para a definição do projeto assistencial.

Destacamos, ainda, a maior efetividade de trabalho em equipe, nos termos do referencial teórico, no cotidiano dos Centros de Referência. Nesses serviços, especialmente o Especializado⁴, havia uma rotina de troca entre as profissionais, de produção de diálogo, que incluía, inclusive, a mulher atendida na construção do projeto assistencial para o caso.

Mas em linhas gerais, a compreensão das profissionais mais marcante sobre ‘trabalho em equipe’, que se referia à ‘complementaridade das ações individuais’, mostrou-se bastante relacionada com o que foi observado no cotidiano de trabalho em equipe multidisciplinar nos serviços.

A presente pesquisa apontou ainda, para a efetividade da relação entre as dinâmicas de trabalho em equipe e as dinâmicas de trabalho em rede, como registram d'Oliveira e Schraiber (2006).

Na medida em que as equipes reproduziam seu trabalho a partir de uma perspectiva individual de complementaridade das ações, a mesma dinâmica se reproduzia no trabalho em rede, a qual chamamos de trama, como propõem as autoras citadas.

De modo geral, para as profissionais, atuar em rede se refere a promover o acesso das usuárias a diferentes serviços de distintas vocações assistenciais, para garantir a atenção complementar por profissionais diversos em variados serviços chamados de atenção integral. Da mesma forma que destacamos o setor Centro de Referência ao falar sobre trabalho em equipe no que se refere à maior efetividade de um trabalho coletivo, ao analisar as potencialidades de trabalho em rede, também, chamamos a atenção para a centralidade dos Centros de Referência no trabalho de articulação entre os serviços. Não somente a norma técnica dos Centros de Referência⁶⁷ prescreve sua responsabilidade quanto à articulação desta rede, como na prática pudemos observar sua dinâmica. Presentes em todas as tramas descritas⁶⁸, foi possível observar tanto o esforço das profissionais dos CRs para o acompanhamento das mulheres em situação de violência ao longo do seu percurso pelo conjunto de serviços, os empenhos para a criação de espaços de diálogo entre profissionais de diferentes áreas e setores quanto para as discussões dos casos, bem como o reconhecimento das profissionais dos outros serviços quanto à importância dos Centros de Referência para a articulação das diferentes ações e integralização do cuidado.

Enquanto os Centros de Referência buscavam realizar contatos com outros serviços para efetivar o compartilhamento dos casos e construir em conjunto estratégias de atuação, por telefone ou por visitas institucionais, os outros serviços realizavam os encaminhamentos, predominantemente, por escrito ou verbalmente para a própria mulher. Não observamos uma rotina de contatos interinstitucionais para discussões de casos entre os setores saúde, orientação jurídica e policial, somente alguns relatos pontuais relacionados a casos graves e complexos, ou por iniciativa dos Centros de Referência, no contato com esses serviços.

⁶⁷ BRASIL (2006c)

⁶⁸ Figuras 4, 5, 6, 7, 8, do presente trabalho.

Ao longo do texto foram possíveis algumas comparações entre os dados da pesquisa de d'Oliveira e Schraiber (2006), que inspiraram o presente trabalho, e a pesquisa tratada neste texto, guardadas as devidas especificidades que as diferenciam, como a época de realização (períodos pré e pós-implementação da Lei Maria da Penha), amplitude do campo, bem como os próprios desenhos de pesquisa. Sendo assim, destacamos, ainda, que tal como observado na presente pesquisa, d'Oliveira e Schraiber (2006) apontam para o fato de que há conexões maiores entre os serviços jurídicos e policiais de um lado e serviços de saúde e psicossociais (como Centros de Referência) de outro lado. Neste sentido, sob outro referencial, Santos (2015), em sua pesquisa sobre as redes de enfrentamento à violência em São Paulo, observa que parece haver várias redes e uma delas se refere exatamente à relação aproximada entre agentes do setor segurança pública e do sistema de justiça.

Os resultados de pesquisa revelaram, ainda, o avanço da retração do poder público na garantia de sustentabilidade de políticas sociais e de Direitos Humanos, especialmente a partir do ano de 2016. A orientação política macro e a distribuição de recursos que atendam às demandas de implementação dos serviços, manutenção das equipes técnicas e garantia de infraestrutura para o funcionamento são fundamentais para que se inicie qualquer movimento de coletivização das práticas e de diálogo entre os serviços, na direção de um funcionamento em rede.

Foram as limitações deste campo, por exemplo, tendo em vista o que as profissionais chamaram de “crise” do Rio de Janeiro, que engatilhou um processo de desarticulação da Rede Capital, organismo que consideramos fundamental para a promoção do trabalho em rede na localidade. À época da pesquisa, em 2017, a Rede Capital já não se reunia há um ano, de acordo com os relatos das entrevistadas. Avaliamos que os espaços coletivos de diálogo, seja no interior das equipes, como reuniões de equipe, ou entre equipes, como os encontros da Rede Capital, são essenciais para a promoção de projetos assistenciais comuns a partir das articulações das ações e de interação entre os sujeitos.

Neste sentido, assim como nossos dados de pesquisa buscaram apontar, d'Oliveira e Schraiber (2006) afirmam que há que se ter um compromisso do poder público com a implementação e manutenção da rede intersetorial, como uma política efetiva, não facilmente suscetível a mudanças estruturais de acordo com as mudanças de governos

das diferentes esferas. A permanência das equipes está relacionada com as potencialidades nas articulações entre os serviços.

Sendo assim, d'Oliveira e Schraiber (2006) concluem sua pesquisa afirmando que existem muitos elementos que apontam na direção das possibilidades de construção de um projeto assistencial comum, não obstante, a fragmentação ainda observada nas articulações das ações e na interação entre os agentes, o que configura os conjuntos observados como tramas, e não rede de serviços intersetorial.

Da mesma forma, como longamente discutido, não obstante os entraves para a atuação em rede, havia espaços de interação entre as profissionais e entre os serviços, com vistas à construção de projetos assistenciais comuns, algumas construções voltadas para a efetivação de redes, como a experiência da Rede Capital, e a compreensão das profissionais de que o trabalho junto a mulheres em situação de violência, por sua complexidade, exige uma atuação integral, voltada para o estabelecimento de diálogos entre as profissionais, os diferentes serviços e a própria mulher para uma construção efetiva de caminhos de superação da situação de violência.

Consideramos que a presente investigação pode ter grande valia para o cotidiano dos serviços e para provocar os profissionais e os serviços quanto às possibilidades de estabelecer espaços de diálogos para viabilizar a formação de redes. Nesse sentido, pretendemos que as devolutivas desta pesquisa nos locais pesquisados, bem como sua apresentação em outros serviços desta ou de outras regiões, os artigos a serem publicados, e os trabalhos a serem desenvolvidos com base nesta investigação, tenham impacto nos cotidianos profissionais com vistas à construção de redes regionais e intersetoriais para o atendimento a mulheres em situação de violência.

6. REFERÊNCIAS

Abreu MA. Evolução Urbana do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: IPLANRIO, 1997. Disponível em: <https://portalseer.ufba.br/index.php/rua/article/view/3073>.

Abreu SG. Programa Rede Social: Programa Rede Social: Questões de Intervenção em Rede Secundária: Interações; 2003. N.5, p. 67-90.

Almeida F, Naomar D. O que é saúde? I Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. 160 p. (Coleção Temas em Saúde).

Almeida, SS. Essa violência mal-dita. In Violência de gênero e políticas públicas Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2007. p.23-42.

Arboit J, Padoin SMM, Vieira LB, Paula CC, Costa MC, Cortes LF. Atenção à saúde de mulheres em situação de violência: desarticulação dos profissionais em rede. São Paulo: Revista da Escola de Enfermagem da USP; 2017. V. 51. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342017000100408&lng=en&nrm=iso&tlng=pt.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. Saúde soc; 2009. V.18. p.11-23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902009000600003&script=sci_abstract&tlng=pt.

Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. 2004. V.13. n.3 p.16-29. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412902004000300003&script=sci_abstract&tlng=pt.

Bandeira L. Três décadas de resistência feminista contra o sexismo e a violência feminina no Brasil: 1976 a 2006. *Soc. Estado*; 2009. V.24. n.2. p.401-438. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/se/v24n2/04.pdf>.

Bardin L. Análise de Conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto, Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70; 2011. 279 p.

Barsted M, Romani A. Violência contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro: CEPIA; 2014. Disponível em: <http://www.cepia.org.br/guia-cepia-violencia-contra-a-mulher.pdf>.

Batista KBC, Schraiber LB, d'Oliveira AFPL. Gestores de saúde e o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres: as políticas públicas e sua implementação em São Paulo, Brasil. São Paulo: Cadernos de Saúde Pública; 2018. v. 34. p.1-11.

Batista KBC. As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde do município de São Paulo. São Paulo: Tese (Doutorado em Medicina (Medicina Preventiva) - Universidade de São Paulo; 2017.

Becker HS. Problemas de Inferência e Prova na Observação Participante. In Becker HS. São Paulo: Ed. Hucitec; 1994. p. 47-64.

Berger SMD. Violência entre parceiros íntimos: Desafios no ensino e atenção em saúde. Revista Brasileira de Educação Médica; 2011 p. 526-534.

Bonaldi RSG. O trabalho em equipe como dispositivo de integralidade: experiências cotidianas em quatro localidades Brasileiras. Pinheiro R, Mattos RA, Barros MEB., Organizadores, Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 53-74.

Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Botucatu: (online); 2009. V.13. n.28. p.165-174. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832009000100014&script=sci_abstract&tlng=pt.

Brasil. Lei 11340 - Lei Maria da Penha, de 7 de agosto de 2006. Presidência da República. 2006a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 154, de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Diário Oficial da União. Brasília; 2008. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf.

Brasil. Cadernos de atenção básica: Diretrizes do NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2010a. P.152. (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

Brasil. Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – *DEAMs* – Edição atualizada. Secretaria de Políticas para as Mulheres/Presidência da República Secretaria Nacional de Segurança Pública/Ministério da Justiça UNODC - Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime. Brasília; 2010b. P.84. Disponível em: <http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/MJ-2010-Norma-Tecnica-Padronizacao-DEAMs.pdf>.

Brasil. Norma Técnica de Padronização Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher – *DEAMs*. Brasília: Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Presidência da República; 2006b.

Brasil. Norma Técnica de Uniformização: Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2006c. P.45.

Brasil. Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica; 2012a. P.110. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>.

Brasil. Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Presidência da República. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres; 2011b. P.44. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/politica-nacional-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.

Brasil. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Brasília: Diário Oficial da União; 2010c. S.1, p.89. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf.

Brasil. Diretrizes Nacionais para o Abrigamento de Mulheres em Situação de Risco e Violência. Brasília: Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres Secretaria de Políticas para as Mulheres; 2011a. P.44. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/diretrizes-nacionais-para-o-abrigamento-de-mulheres-em-situacao-de-risco-e-de-violencia>.

Brasil. Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2011c. P.72. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres>.

Brasil. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde; 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Brigagão JIM, Santos FBP, Spink PK. A sustentabilidade e a continuidade de redes de articulação: o caso do iluminar Campinas. São Paulo: Saúde Soc; 2016. P. 361-368. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v25n2/1984-0470-sausoc-25-02-00361.pdf>.

Bruyne P, Herman J, Schoutheete M. Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Livraria Francisco Alves Editora; 1977.

Butler J. Cuerpos que importan: sobre los limites materiales y discursivos del “sexo”. Buenos Aires: Paidós; 2002. P. 352.

Campos GWS. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018. p. 15-17.

Camargo JR, Kenneth R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. Pinheiro RM, Araujo R. Organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2017, p.37-46.

Carneiro S. Mulheres em Movimento. 2003. P. 117-132. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v17n49/18400.pdf>.

Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. Pinheiro RM, Ruben A. Organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. P.117-130.

Cerqueira D, Bueno S, Lima RS, Neme C, Ferreira H, Alves PP, Marques D, Reis M, Cypriano O, Sobral I, Pacheco D, Lins G, Armstrong K. Atlas da Violência 2019- Ipea e FBSP. São Paulo. Brasília. Rio de Janeiro. 2019. P.116. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf.

Corrêa RL. O Espaço Urbano. São Paulo: Ática; 1989.

Cortes LF, Padoin SMM, Kinalski DDF. Instrumentos para articulação da rede de atenção às mulheres em situação de violência: construção coletiva. Revista Gaúcha de Enfermagem; 2016. V.37. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1983-14472016000500420&lng=pt&tlng=pt.

Costa EMA, Carbone MH. Saúde da família: uma abordagem multidisciplinar. Rio de Janeiro: Rubio; 2009. P.2009.

Costa MC, Silva EB, Soares JSF, Borth LC, Honnef F. Mulheres rurais e situações de violência: fatores que limitam o acesso. Rio de Janeiro: Revista Gaúcha de Enfermagem; 2017. V.38. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/59553>.

Cruz Neto O. O Trabalho de Campo como Descoberta e Criação. Minayo MCS. Organizador. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.51-66.

Diniz SG. Violência contra a mulher: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). São Paulo: Coletivo Feminista e Saúde; 2006. P.15-44. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/25anos-completo.pdf>.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva. Faculdade de Medicina - FMUSP/MPr; 2006. 75 p. Disponível em: <http://www2.fm.usp.br/preventiva/guia1/rel%20mj%202005.pdf>.

d'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. São Paulo: Revista de Medicina; 2013. p.134-140. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/79953/83887>.

d'Oliveira AFPL. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*; 2009. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000400011&script=sci_abstract&tlng=pt.

Dutra ML, Prates PL, Nakamura E, Villela WV. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. *Ciênc. saúde coletiva*; 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n5/14.pdf>.

Fausto MCR, Almeida PF, Bousquat A. Organização da atenção primária à saúde no Brasil e os desafios para a integração em redes de atenção. Mendonça, et al. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.51-72.

Gomes R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. Minayo MCS. Organizadora. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes; 1994. p.67-80.

Gomes NP, Bomfim ANA, Diniz NMF, Souza SS, Couto TM. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. *Revista de enfermagem: UERJ*; 2012. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4035>.

Gomes NP, Erdmann AL, Mota LL, Carneiro JB, Andrade SR, Regina SK. Encaminhamentos à mulher em situação de violência conjugal. *Mundo saúde (Impr)*; 2013. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&expSearch=756268&indexSearch=ID>.

Gonçalves RBM. 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: Editora HUCITEC ABRASCO; 1994. 278 p.

Guadalupe S. *Intervenção em Rede: serviço social, sistêmica e redes de suporte social*. Imprensa da Universidade de Coimbra; 2009.

Guadalupe S. *Intervenção em rede: serviço social, sistêmica e redes de suporte social*. Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra 2ª edição. 2016. P.142.

Guedes AEL. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. Pinheiro RM, Ruben A. Organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p.131-160.

Hanada H. Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007. 222 p.

Hirata H. Gênero, classe e raça: Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. São Paulo: Tempo Social, revista de sociologia da USP; 2014. V.26. n.1. p. 61-73.

Hollanda HB. Introdução: O grifo é meu. São Paulo: Companhia das Letras; 2018. P. 11-20.

Honorato CRM, Pinheiro R. “Trabalho político”: construindo uma categoria analítica para análise da integralidade como dispositivo do trabalho em equipe na saúde. Pinheiro R, Ruben AM, Barros BEM. Organizadores. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 85-110.

Howe A, Anderson MIP, Ribeiro JM, Pinto LF. Reforma da atenção primária à saúde no Rio de Janeiro: comemorando os 450 anos de fundação da cidade. Rio de Janeiro: Ciência saúde coletiva; v. 21.n.5. Rio de Janeiro: Editorial; 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000501324.

Hüning SM, Guareschi NMF. O que estamos construindo: especialidades ou especialismos. Psicologia & Sociedade; 2005. P. 89-92.

HWO. Constitution of the world health organization. 2006. Disponível em: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>.

Kalishman AO, Ayres JRCM. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00183415>.

Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R(Ed). World report on violence and health. World Health Organization Geneva; 2002. 346 p. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf.

Leite FMC, Amorim MHC, Wehrmeister FC, Gigante DP. Violência contra a mulher em Vitória, Espírito Santo, Brasil. Rev. Saúde Pública; 2017. v. 51. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006815>.

Lettiere A, Nakano AMS. Rede de atenção à mulher em situação de violência: os desafios da transversalidade do cuidado. Revista Eletrônica de Enfermagem; 2015. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/32977>.

Lourau R. Análise Institucional e práticas de pesquisa. Rodrigues HBC Organizador. René Loureau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ; 1993.

Lugones M. Colonialidad y género. Popayán: Editorial Universidad Del Cauca; 2014. P. 57-74.

Luz MT. Demanda em saúde: construção social no campo multidisciplinar da saúde coletiva Pinheiro R, Ruben MA. Organizadores. Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC; 2006. p. 27-34.

Manso FV, Campagnac V. Dossiê mulher 2019. Organizadores. RioSegurança, Instituto de Segurança Pública Rio de Janeiro (ISP-RJ); 2019. ed. 14. 115 p. Disponível em: http://arquivos.proderj.rj.gov.br/isp_imagens/uploads/DossieMulher2019.pdf.

Marteleteo RM. Análise de redes sociais – aplicação nos estudos de transferência de informação. Brasília; 2001. V.30. n.1. p. 71-81. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ci/v30n1/a09v30n1.pdf>.

Mattos PCAM. História Cronológica da SMS. Secretaria Municipal de Saúde. Sub Secretaria da Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Superintendência de |Promoção da Saúde. Núcleo de Publicação e Memória. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2016. p. 293-299.

Mattos RA. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. Pinheiro MR, Araujo R. Organizadores. Construção da Integralidade; cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p. 47-62.

Mattos RA. Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. Pinheiro MR, Araujo R. organizadores. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006. p. 99-117.

Medeiros M. Pesquisa qualitativa em saúde: implicações éticas. Brasília: Ed. UNB; 2007. p. 99-117.

Medeiros PF, Guareschi NMF. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. Estudos Feministas. Florianópolis; 2009. P.31-48. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>.

Medeiros LA. Políticas públicas de enfrentamento da violência doméstica contra a mulher: o processo de formulação para a agenda governamental no estado do Rio de Janeiro (1986-2006). Tese de doutorado. Rio de Janeiro: PUC Rio; 2012. 300 p.

Melo E, Mattos R. Gestão do Cuidado e Atenção Básica: controle ou defesa da vida? Mendonça MHM, et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.95-116.

Melo E, Miranda L. Apoio Matricial na Atenção Básica e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família: das concepções e políticas aos desafios no cotidiano. Mendonça MHM et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 425-452.

Mendes GRB. Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características do processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec/ABRASCO; 1994.

Mendes GRB. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. Cadernos CEFOR; 1992. n.1.

Mendonça MHM et al. Apresentação. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In: Mendonça MHM et al. organizadores Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018a. p .19-28.

Mendonça MHM et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. In: Mendonça MHM et al. organizadores Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018b. p .29-47.

Menezes PRM. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. Saúde Soc; 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000300778&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

Minayo MCS. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. Minayo MCS. Oganizador. Pesauisa Social: Teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 1994. p.9-29.

Morosini MV, Fonseca AF. Configurações do Trabalho dos Agentes Comunitários na Atenção Primária à Saúde: entre normas e práticas. Mendonça MHM, et al. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. P 369-406.

Nogueira C. O gênero na Psicologia Social e as teorias feministas: dois caminhos entrecruzados. Portugal FT, Jacó-Vilela AM. Organizadores. Gênero, Psicologia, História. Rio de Janeiro: Faperj/Nau; 2012. p. 43-68.

OPS (Organización Panamericana de la Salud). Sobre la Teoría y Práctica de la Salud Pública. Un Debate, Múltiples Perspectivas. Washington, D.C.: OPS; 1993. Disponível em: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/1933.pdf>.

Organização dos Estados Americanos (OEA). Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher “Convenção de Belém do Pará”. Comissão Interamericana de Direitos Humanos; 1994. Disponível em: <http://www.cidh.oas.org/basicos/portugues/m.Belem.do.Para.htm>.

Osís MJD, Duarte GA, Faúndes A. Violência entre usuárias de unidades de saúde: prevalência, perspectiva e conduta de gestores e profissionais. Rev. saúde pública. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-89102012000200018&lng=e&tlng=pt.

Osmo A, Schraiber LB. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. São Paulo: Saúde Soc; 2015. v. 24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00205.pdf>.

Pasinato W. Oito anos de lei maria da penha: entre avanços, obstáculos e desafios. Ver Estudos Feministas, Agosto 2015, v. 23 n. 2, p.533-545. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ref/v23n2/0104-026X-ref-23-02-00533.pdf>.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: A interface entre trabalho e interação [Tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev Saúde Pública*; 2001. p. 103-109.

Peduzzi M, Palma JLL. A equipe de saúde. Schariber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB. Organizadores. *Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p. 234-250.

Peduzzi M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. Pinheiro R, Matos RA, Barros, BEM. Organizadores. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO; 2007. p. 161-178.

Pinheiro R, Mattos RA. O fio da meada: implicações da integralidade na gestão da saúde. *in*: Pinheiro R, Matos RA, *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006, p.11-26.

Piovesan F. A Proteção Internacional dos Direitos Humanos das Mulheres. Rio de Janeiro: EMERJ; 2012. v.15. n.57.

Porto RTS, Bispo JJP, Lima EC. Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento. Rio de Janeiro; 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n3/0103-7331-physis-24-03-00787.pdf>.

Pougy LG. Desafios políticos em tempos de Lei Maria da Penha. 2010. V.13 n.1. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v13n1/09.pdf>.

Pougy LG. Desafios no enfrentamento da violência de gênero no Brasil: o desmonte das políticas públicas do Rio de Janeiro. *in*: GIR Políticas públicas em defesa de la inclusión, la diversidad y el género. 2018, Salamanca, Espanha: Edición digital; descarga y online; 2018. Disponível em: <http://girdiversitas.usal.es/wp-content/uploads/2019/03/Poli%CC%81ticas-pu%CC%81blicas-en-defensa-spread.pdf>.

Rede Capital. Protocolo de atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Rio de Janeiro. 2013. p.93. (Não publicado).

Ribeiro D. A questão das mulheres negras precisa ser central. *Problemas de gênero*. Rodrigues BC, Borges L, Ramos ORT. Organizadores. *Problemas de gênero*. Rio de Janeiro: Funarte; 2016. p.21-26.

Rifiotis T. Dilemas éticos no campo da violência: a percepção dos significados da palavra violência a ambiguidade característica de um sistema social pouco afeito à democracia. *Comunicação & Educação*. São Paulo; 1998. p. 26-32.

Rio de Janeiro. Defensoria Pública Geral. Gênero, sociedade e defesa dos direitos: a Defensoria Pública e a atuação na defesa da mulher. Defensoria Pública do Estado do

Rio de Janeiro. Coordenação de Defesa da Mulher, CEJUR. Rio de Janeiro: Defensoria Pública do Estado do Rio de Janeiro. 2017. p.344. Disponível em: <http://www.defensoria.rj.def.br/uploads/arquivos/60c98ffa951349969d5b9612340d7028.pdf>.

Rio de Janeiro. As cinquenta primeiras clínicas da família da cidade do Rio de Janeiro. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde. Rio de Janeiro: SMSDC; 2012. p.272.

Rio de Janeiro. Plano Diretor de Desenvolvimento Urbano Sustentável do Município do Rio de Janeiro - Lei complementar n.º 111, de 1º de fevereiro de 2011.

Rio de Janeiro. Plano Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - PMS 2014-2017. Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. 2013. 111 p. Disponível em: http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/3700816/4128745/PMS_20142017.pdf.

Rolim KL, Falcke D. Violência Conjugal, Políticas Públicas e Rede de Atendimento: Percepção de Psicólogos(as). 2017. v. 37. N .4. p. 939-955. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v37n4/1414-9893-pcp-37-04-0939.pdf>.

Rose SO. Cuerpos y sexualidad en la historia de género. Madrid: AlianzaEditorial; 2012. p. 47-82.

Saffioti HIB. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo; 1999. p.82-91.

Sagot M. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez paises. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/165880/1/9275323348.pdf>.

Santos CM. Curto-circuito, falta de linha ou na linha? redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. Estudos Feministas. Florianópolis; 2015. p. 577-600. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/38878/29356>.

Santos CMS, Izumino WP. Violência contra as Mulheres e violência de gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. Ed. Green, James N. Revista Estudos Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe. Universidad de Tel Aviv. V. 16 . n. 1. 2005.

Santos MA, Vieira EM. Recursos sociais para apoio às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. Interface comun. saúde educ; 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832011000100008&lng=e&tlng=e.

Scheffer M. Sistema Único de Saúde, 25 anos. Cadernos de Saúde Pública. 2013. v.29. p.1921-1923. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013001000001&lng=pt&tlng=pt.

Schraiber et al. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP; 2005.

Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. Rev Bras Epidemiol. 2010. p.237-245. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v13n2/06.pdf>.

Schraiber LB, et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saude e Sociedade. 2000. p.3-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v9n1-2/02.pdf>.

Schraiber LB, et al. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. Athenea Digital. 2012. p. 1-24.

Schraiber LB, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública. 41 (3) 2007. p.359-367. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n3/5820.pdf>.

Schraiber LB, et al. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciência e saúde coletiva. 14 (4) 2009. p.1019-1027.

Schraiber LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. Rev. Saúde Pública.29 (1); 1995. p.63-74.

Schraiber LB. Programação em Saúde Hoje. São Paulo: Hucitec; 1993.

Schraiber LB, Mendes GRB. Necessidades de saúde e atenção primária. Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes GRB. Organizadores. Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica. São Paulo: Hucitec; 2ª ed. Saúde em Debate,96. Série Didática, 2000. p. 29-47.

Schraiber LB. Engajamento ético-político e construção teórica na produção científica do conhecimento em Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. v.1. p.33-57.

Scott JW. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre; 1990. v.16. n.2. p.5-22.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - SMSRIO. Relatório de Gestão CAP 1.0 - Apresentação. SUBPAV. Coordenadoria Geral de Atenção Primária da Ap 1.0 (CAP 1.0). Rio de Janeiro; 2016. Disponível em: http://subpav.org/siap/relatorios_siap/2016/cap10/relatorios/relatorio_de_gestao_cap_1.0_-_apresentacao.pdf.

Silva EB, Padoin SMM, Vianna LAC. Mulher em situação de violência: limites da assistência. Ciênc. saúde coletiva; 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n1/pt_1413-8123-csc-20-01-00249.pdf.

Silveira LP. Serviços de atendimento a mulheres vítimas de violência. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher. Alcances e Limites. Diniz SG, Silveira LP, Mirim LA. Organizadores. Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência ontra a mulher. São Paulo: Coletivo Feminista e Saúde; 2006. p.45-77. Disponível em: <http://www.mulheres.org.br/site/wp-content/uploads/2012/05/25anos-completo.pdf>.

Sinués OA, Jiménez RMM. Los géneros de la violencia: Una reflexión queer sobre la violencia de género. Barcelona, Madrid: Editorial Egales; 2010.

SPMulheres RJ/SEASDH. Uma vida sem violência: “Em briga de marido e mulher o Poder Público mete a colher”. Rio de Janeiro, 2013.

Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco, Ministério da Saúde; 2002.

Tavares MFL, Rocha RM, Magalhães R. Promoção da Saúde e o Desafio da Intersectorialidade na Atenção Básica no Brasil. Mendonça MHM et al. Atenção primária à saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p. 177-196.

Teixeira M, Matta GC, Silva J, Gomes A. Modelos de Gestão na Atenção Primária à Saúde: uma análise crítica sobre gestão do trabalho e produção em saúde. Mendonça MHM et al. Atenção Primária à Saúde No Brasil: conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2018. p.117-142.

Teixeira RR. As dimensões da produção do comum e a saúde. Saúde Soc. São Paulo; 2015. v.24. supl.1. p.14-31.

Teixeira RR. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. Pinheiro MR, Arauji R. Organizadores. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e p´raticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2007. p. 91-114.

Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Editora Atlas AS, 1987.

Ventura M. Saúde feminina e o pleno exercício da sexualidade e dos direitos reprodutivos. Barsted LL, Pitanguy J. Organizadores. O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU mulheres; 2011. p.304-338. Disponível em: <http://www.unifem.org.br/sites/700/710/progresso.pdf>.

Vieira LB, Souza IEO, Tocantins FR, Pina-Roche F. Apoio à mulher que denuncia o vivido da violência a partir de sua rede social. Rev. latinoam. Enferm; 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/pt_0104-1169-rlae-23-05-00865.pdf.

Vieira LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é Saúde Coletiva? Paim JJ, Almeida Filho N. Saúde Coletiva – teoria e prática. Rio de Janeiro: MEDBOOK; 2014. p.03-12.

Waiselfisz JJ. Mapa da Violência: Homicídio de Mulheres no Brasil. 1ª Edição. Brasília. Distrito Federal; 2015. p.79. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf.

ANEXOS

Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido^{69, 70}

Pesquisa: A integração do campo da saúde com a rede especializada de atendimento às mulheres em situação de violência na capital do Rio de Janeiro

Você, profissional, diretor(a), coordenador(a) ou gerente de uma unidade de atenção básica à saúde ou de um serviço especializado de atendimento às mulheres em situação de violência do município do Rio de Janeiro, está sendo convidado(a) para participar dessa pesquisa. O objetivo consiste em investigar a possível integração de serviços de saúde de atenção básica com serviços que compõem a rede de atendimento às mulheres em situação de violência no município do Rio de Janeiro. Sua participação é voluntária e se dará por entrevista gravada, que contém perguntas sobre sua atuação profissional, bem como o funcionamento institucional no que se refere aos encaminhamentos realizados para as mulheres em situação de violência. Você tem liberdade para escolher quais perguntas responder, como responder, assim como desistir de sua participação na pesquisa, a qualquer momento. Sempre que achar necessário, você pode pedir mais informações sobre a pesquisa, podendo entrar em contato com a pesquisadora pelo e-mail emmanuelaneves@yahoo.com.br.

Todas as informações são estritamente confidenciais e para fins da pesquisa. Também será dado anonimato a todos os participantes. Você não terá nenhum tipo de despesa, tampouco será remunerado por participar dessa pesquisa.

A responsável pela pesquisa é Profa. Lilia B. Schraiber, no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170, São Paulo - SP ou pelo telefone 011-30617085. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da USP –Av. Dr. Arnaldo, 455/1º andar, São Paulo/SP (Instituto Oscar Freire). Tel: 3061-8004 / Fax: 3061-8004. E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br, ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da

⁶⁹ Baseado na Resolução N° 466, de 12 de dezembro de 2012 e adaptado de Moura e Ferreira (2005).

⁷⁰ Contatos. Pesquisador: emmanuelaneves@yahoo.com.br; Comitê de Ética: cep.fmusp@hcnet.usp.br; Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP): cns@saude.gov.br.

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro - Rua Evaristo da Veiga, 16/4º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ. Tel: (21)2215-1485. E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br.

Eu discuti com a pesquisadora Emmanuela Neves Gonsalves 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 voluntária, isenta de despesas e que em caso de necessidade recorrerei à responsável pela pesquisa ou à pesquisadora nos endereços e contatos acima referidos. Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

NOME

ASSINATURA

NOME DA PESQUISADORA

ASSINATURA DA PESQUISADORA

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

Anexo B - Roteiros de entrevistas

Roteiro 1

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS(AS) GERENTES DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO ATUAL:

1. Caracterização Institucional e atuação profissional

- a. Há quanto tempo o serviço funciona nesta localidade?
- b. Qual a área de abrangência do serviço que você coordena?
- c. Qual o objetivo do serviço que você coordena?
- d. Qual o público alvo do serviço? E qual o público que vocês efetivamente atendem?
- e. Qual o volume da demanda de usuários(as)? Existe diferença de volume de usuários(as) ao longo dos meses?
- f. Como é a porta de entrada? (É livre demanda? Marcação? Encaminhamentos de outros serviços? Qualquer pessoa que queira ser atendida pode procurar qualquer profissional da equipe?
- g. Que tipo de demandas chegam para a equipe?

- h. Fale sobre a dinâmica do serviço. Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço? Como vocês planejam as atividades? E como avaliam o que planejam e efetuam? A comunidade participa desses processos de planejamento e avaliação?
- i. Fale sobre sua atuação no serviço enquanto gerente:

2. Trabalho em Equipe

- a. Como é o vínculo empregatício dos(as) profissionais do serviço em que você atua?
- b. Em geral, qual é o tempo de permanência de um(a) técnico(a) na equipe? (Você percebe que há continuidade no trabalho, ou que existem mudanças que interrompem o trabalho que vem sendo construído?)
- c. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?
- d. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?
- e. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Se um(a) agente de saúde sugerir uma forma de trabalhar com um(a) usuário(a), essa forma é aceita? Ou normalmente, só o(a) médico(a) sugere e o projeto de intervenção é aceito pelos(as) demais?)
- f. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa das reuniões? Você considera que, na prática, as reuniões têm atendido aos propósitos?
- g. O que você compreende por trabalho em equipe?
- h. Você observa que, na prática, os profissionais do serviço trabalham em equipe? Justifique:
- i. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:
- j. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

3. Violência de Gênero

- a. O que você compreende por violência contra as mulheres? (explorar a questão da violência doméstica e da violência de gênero)

- b. Você considera que existe alguma especificidade no atendimento às mulheres em situação de violência?
- c. Como funciona o reconhecimento da situação de violência no que se refere ao atendimento às mulheres?
- d. Ao reconhecerem uma situação de violência, vocês prosseguem no atendimento às mulheres em situação de violência no serviço?
- e. Se sim, existe algum protocolo específico de recepção desta mulher e de continuidade no atendimento? E na prática, como funciona?
- f. Descreva em detalhes como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua: (Aqui explorar o fluxo de atendimento, quem atende antes, quem atende depois.. desenhar todas as possíveis rotas)
- g. Existem atividades específicas no serviço para o trabalho junto a mulheres em situação de violência ou para tratar sobre a questão da violência contra as mulheres?
- h. Existe alguma capacitação institucional formal sobre violência de gênero para os(as) profissionais do serviço que você coordena? Se sim, como é a dinâmica desta capacitação?
- i. Existem profissionais específicos para o atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como é a atuação destes profissionais?
- j. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que trabalham junto às questões de violência de gênero?

4. Encaminhamentos / intersectorialidade / Rede

- a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?
- b. Se sim:
 - b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para aonde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)
 - b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?
 - b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)

- b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?
- c. Vocês desenvolvem atividades em parceria com serviços de outros campos como educação, assistência? Se sim, como funciona?
- d. Existe relação entre o serviço em que você atua e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como funciona?
- e. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?
- f. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?
- g. Você conhece a Rede Capital?
- h. Se sim:
- h1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?
- h2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?
- h3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?
- i. Você considera que o trabalho em rede é importante?

5. Considerações Finais

- a. Vocês têm alguma publicação institucional sobre violência contra as mulheres?
- b. Questões a partir da observação institucional (específico para cada serviço)
- c. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro 2

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS(AS) PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO ATUAL:

1. Formação profissional / capacitação

- a. Em que ano você se formou?
- b. Fez pós-graduação? Se sim, em que área(s)?
- c. Na grade curricular da graduação e da pós, caso tenha cursado, existem disciplinas sobre violência contra as mulheres e/ou políticas públicas neste campo e/ou trabalho em equipe e/ou trabalho em rede?
- d. No âmbito da instituição em que você atua, existe capacitação para a equipe técnica? Se sim, como funciona? (explorar se existe capacitação sobre violência de gênero)
- e. Você considera que seu processo de formação acadêmica e capacitação profissional, caso tenha experienciado alguma, prepararam você para o trabalho em equipe junto a mulheres em situação de violência?

2. Caracterização Institucional e atuação profissional

- a. Qual o objetivo do serviço em que você atua?
- b. Qual o público alvo do serviço em que você trabalha? E qual o público que vocês atendem de fato?
- c. Fale sobre a dinâmica do serviço. Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço? Como vocês planejam as atividades? E como avaliam o que planejam e efetuam? A comunidade participa desses processos de planejamento e avaliação?
- d. Descreva sua atuação profissional no serviço:

3. Violência de Gênero

- a. O que você compreende por violência contra as mulheres? (explorar a questão da violência doméstica e da violência de gênero)
- b. Você considera que existe alguma especificidade no atendimento às mulheres em situação de violência?
- c. Como funciona o reconhecimento da situação de violência no que se refere ao atendimento às mulheres?
- d. Ao reconhecerem uma situação de violência, vocês prosseguem no atendimento às mulheres em situação de violência no serviço?
- e. Se sim, existe algum protocolo específico de recepção desta mulher e de continuidade no atendimento? E na prática, como funciona?
- f. Descreva em detalhes como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua: (Aqui explorar o fluxo de atendimento, quem atende antes, quem atende depois, se ele sabe o que faz quem atende antes e quem atende depois... desenhar todas as possíveis rotas)
- g. Existem atividades específicas no serviço para o trabalho junto a mulheres em situação de violência ou para tratar sobre a questão da violência contra as mulheres?
- h. Existem profissionais específicos para o atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como é a atuação destes profissionais?
- i. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que trabalham junto às questões de violência de gênero?
- j. Você já atendeu alguma mulher em situação de violência? Se sim, descreva:

4. Trabalho em Equipe

- a. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?
- b. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?
- c. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Se um(a) agente de saúde sugerir uma forma de trabalhar com um(a) usuário(a), essa forma é aceita? Ou

normalmente, só o(a) médico(a) sugere e o projeto de intervenção é aceito pelos(as) demais?)

- d. Como funciona o fluxo de atendimento entre os(as) profissionais da equipe com quem você trabalha? (Quem atende antes e depois de você? O que o(a) outro(a) profissional faz?)
- e. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa? Você considera que, na prática, as reuniões têm atendido aos propósitos? Considera que sua opinião corresponde à opinião dos outros profissionais da equipe técnica?
- f. O que você compreende por trabalho em equipe?
- g. Você observa que, na prática, os(as) profissionais do serviço trabalham em equipe? Justifique:
- h. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:
- i. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

5. Encaminhamentos / intersectorialidade / Rede

- a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?
- b. Se sim:
 - b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para onde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)
 - b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?
 - b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)
 - b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?
- c. Vocês desenvolvem atividades em parceria com serviços de outros campos como educação, assistência? Se sim, como funciona?
- d. Existe relação entre o serviço em que você atua e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como funciona?
- e. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?

f. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?

g. Você conhece a Rede Capital?

h. Se sim:

h1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?

h2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?

h3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?

i. Você considera que o trabalho em rede é importante?

6. Considerações Finais

a. Questões a partir da observação institucional

b. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro 3

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS(AS) COORDENADORES(AS) DOS SERVIÇOS DA REDE ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE ATENÇÃO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO ATUAL:

1. Caracterização Institucional e atuação profissional

- a. Há quanto tempo o serviço funciona nesta localidade?
- b. Qual a área de abrangência do serviço que você coordena?
- c. Qual o objetivo do serviço que você coordena?
- d. Qual o público alvo do serviço? E qual o público que vocês efetivamente atendem?
- e. Qual o volume da demanda de usuários(as)? Existe diferença de volume de usuários(as) ao longo dos dias da semana ou dos meses?
- f. Como é a porta de entrada? (É livre demanda? Marcação? Encaminhamentos de outros serviços? Qualquer pessoa que queira ser atendida pode procurar qualquer profissional da equipe?
- g. Que tipo de demandas chegam para a equipe?
- h. Fale sobre a dinâmica do serviço: Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço? Como vocês planejam as atividades? E como avaliam o que planejam e efetuam? A comunidade participa desses processos de planejamento e avaliação?
- i. Como é sua atuação no serviço no lugar de coordenação?

2. Violência de Gênero

- a. O que você compreende por violência de gênero? (Explorar violência contra as mulheres e violência doméstica)
- b. Você considera que as teorias feministas orientam o trabalho no serviço em que você atua?
- c. Como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua?
- c. Existem atividades específicas para mulheres em situação de violência no serviço em que você atua? Se sim, como elas funcionam?
- d. Existem profissionais específicos para o atendimento a mulheres em situação de violência no serviço em que você trabalha?
- e. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que atuam junto às mulheres em situação de violência?

f. Existe alguma capacitação institucional formal sobre violência de gênero para os(as) profissionais? Se sim, como ela é efetivada?

3. Trabalho em Equipe

a. Como é o vínculo empregatício dos(as) profissionais do serviço em que você atua?

b. Em geral, qual é o tempo de permanência de um(a) técnico(a) na equipe? (Você percebe que há continuidade no trabalho, ou que existem mudanças que interrompem o trabalho que vem sendo construído?)

c. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?

d. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os(as) profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?

e. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Como são as hierarquias na hora de decidir o projeto de intervenção)

f. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa? Você considera que, na prática, as reuniões têm sido efetivas aos propósitos?

g. O que você compreende por trabalho em equipe?

h. Você observa que, na prática, os(as) profissionais do serviço trabalham em equipe? Justifique:

i. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:

j. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

4. Encaminhamentos / intersetorialidade / Rede

a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?

b. Se sim:

b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para aonde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)

b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?

- b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)
- b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?
- c. Vocês desenvolvem atividades em parceria com outros serviços de outros campos, como saúde, educação, etc? Se sim, como funciona?
- d. Como é a relação com os serviços de saúde, especialmente os de atenção básica?
- e. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?
- f. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?
- g. Você conhece a Rede Capital?
- h. Se sim:
- h1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?
- h2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?
- h3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?
- i. Você considera o trabalho em rede importante?

5. Considerações Finais

- a. Vocês têm alguma publicação institucional sobre violência de gênero?
- b. Questões a partir da observação institucional:
- c. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro 4

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS(AS) PROFISSIONAIS DA REDE ESPECIALIZADA DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL:

TEMPO DE ATUAÇÃO NA ÁREA DE ATENÇÃO À VIOÊNCIA CONTRA AS MULHERES:

TEMPO DE ATUAÇÃO NA INSTITUIÇÃO ATUAL:

1. Formação profissional / capacitação

- a. Em que ano você se formou?
- b. Fez pós-graduação? Se sim, em que área(s)?
- c. Na grade curricular da graduação e da pós, caso tenha cursado, existem disciplinas sobre violência de gênero e/ou políticas públicas neste campo e/ou trabalho em equipe e/ou trabalho em rede?
- d. No âmbito da instituição em que você atua, existe capacitação para a equipe técnica? Se sim, como funciona? (explorar se existe capacitação sobre violência de gênero)
- e. Você considera que seu processo de formação acadêmica e capacitação profissional, caso tenha experienciado alguma, prepararam você para o trabalho em equipe junto a mulheres em situação de violência?

2. Caracterização Institucional e atuação profissional

- a. Qual o objetivo do serviço em que você atua?
- b. Qual o público alvo do serviço em que você trabalha? E qual o público que vocês atendem de fato?
- c. Fale sobre a dinâmica do serviço. Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço? Como vocês planejam as atividades? E como avaliam o que planejam e efetuam? A comunidade participa desses processos de planejamento e avaliação?
- d. Descreva sua atuação profissional neste serviço:

3. Violência de Gênero

- a. O que você compreende por violência de gênero? (Explorar violência contra as mulheres e violência doméstica)
- b. Você considera que as teorias feministas orientam o trabalho no serviço em que você atua?
- c. Como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua?
- d. Existem atividades específicas para mulheres em situação de violência no serviço em que você atua? Se sim, como elas funcionam?
- e. Existem profissionais específicos para o atendimento a mulheres em situação de violência no serviço em que você trabalha?
- f. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que atuam junto às mulheres em situação de violência?

4. Trabalho em Equipe

- a. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?
- b. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?
- c. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Como são as hierarquias na hora de decidir o projeto de intervenção)
- d. Como funciona o fluxo de atendimento entre os(as) profissionais da equipe com quem você trabalha? (Quem atende antes e depois de você? O que o outro profissional faz?)
- e. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa? Você considera que, na prática, as reuniões têm sido efetivas aos propósitos? Considera que sua opinião corresponde à opinião dos(as) outros(as) profissionais da equipe técnica?
- f. O que você compreende por trabalho em equipe?

g. Você observa que, na prática, os(as) profissionais do serviço trabalham em equipe?

Justifique:

h. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:

i. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

5. Encaminhamentos / intersectorialidade / Rede

a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?

b. Se sim:

b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para onde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)

b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?

b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)

b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?

c. Vocês desenvolvem atividades em parceria com outros serviços de outros campos, como saúde, educação, etc? Se sim, como funciona?

d. Como é a relação com os serviços de saúde, especialmente os de atenção básica?

e. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?

f. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?

g. Você conhece a Rede Capital?

h. Se sim:

h1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?

h2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?

h3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?

i. Você considera o trabalho em rede importante?

6. Considerações Finais

a. Questões a partir da observação institucional:

b. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro 5

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM A DIRETORA DO CMS - roteiro compacto

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL/PÓS-GRADUAÇÃO:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CARGO ATUAL:

1. Caracterização Institucional e atuação profissional

- a. Há quanto tempo o serviço funciona nesta localidade?
- b. Qual a área de abrangência do serviço que você coordena? E o público alvo?
- c. Qual o objetivo do serviço que você coordena?
- d. Fale sobre a dinâmica do serviço. Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço?
- e. Fale sobre sua atuação no serviço enquanto gerente:

2. Trabalho em Equipe

- a. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?
- b. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?

- c. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Se um(a) agente de saúde sugerir uma forma de trabalhar com um(a) usuário(a), essa forma é aceita? Ou normalmente, só o(a) médico(a) sugere e o projeto de intervenção é aceito pelos(as) demais?)
- d. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa das reuniões? Você considera que, na prática, as reuniões têm atendido aos propósitos?
- e. O que você compreende por trabalho em equipe?
- f. Você observa que, na prática, os profissionais do serviço trabalham em equipe? Justifique:
- g. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:
- h. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

3. Violência de Gênero

- a. O que você compreende por violência contra as mulheres? (explorar a questão da violência doméstica e da violência de gênero)
- b. Como funciona o reconhecimento da situação de violência no que se refere ao atendimento às mulheres?
- c. Ao reconhecerem uma situação de violência, vocês prosseguem no atendimento às mulheres em situação de violência no serviço?
- d. Se sim, existe algum protocolo específico de recepção desta mulher e de continuidade no atendimento? E na prática, como funciona?
- e. Descreva em detalhes como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua:
- f. Existem atividades específicas no serviço para o trabalho junto a mulheres em situação de violência ou para tratar sobre a questão da violência contra as mulheres? Existem profissionais específicos para o atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como é a atuação destes profissionais?
- g. Existe alguma capacitação institucional formal sobre violência de gênero para os(as) profissionais do serviço que você coordena? Se sim, como é a dinâmica desta capacitação?

h. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que trabalham junto às questões de violência de gênero?

5. Encaminhamentos / intersectorialidade / Rede

a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?

b. Se sim:

b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para onde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)

b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?

b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)

b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?

c. Existe relação entre o serviço em que você atua e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como funciona?

d. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?

e. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?

f. Você conhece a Rede Capital?

g. Se sim:

g1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?

g2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?

g3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?

g. Você considera que o trabalho em rede é importante?

5. Considerações Finais

c. Vocês têm alguma publicação institucional sobre violência contra as mulheres?

d. Questões a partir da observação institucional

c. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?

Roteiro 6

PROJETO: A Integração do Campo da Saúde com a Rede Especializada de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência na Capital do Rio de Janeiro

NOME: Emmanuela Neves Gonsalves

ORIENTAÇÃO: Profa. Dra. Lilia Blima Schraiber

ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS(AS) PROFISSIONAIS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE - CMS e NASF - roteiro compacto

DATA:

SERVIÇO:

NOME DO(A) ENTREVISTADO(A):

SEXO:

DATA DE NASCIMENTO:

FORMAÇÃO PROFISSIONAL: PÓS GRADUAÇÃO?

TEMPO DE ATUAÇÃO NO CAMPO DA SAÚDE:

TEMPO DE ATUAÇÃO NO SERVIÇO ATUAL:

1. Caracterização Institucional e atuação profissional

a. Fale sobre a dinâmica do serviço. Quais as atividades desenvolvidas? Como é o cotidiano do serviço? Como vocês planejam as atividades? E como avaliam o que planejam e efetuam?

b. Descreva sua atuação profissional no serviço:

2. Violência de Gênero

a. O que você compreende por violência contra as mulheres? (explorar a questão da violência doméstica e da violência de gênero)

b. Você considera que existe alguma especificidade no atendimento às mulheres em situação de violência?

c. Como funciona o reconhecimento da situação de violência no que se refere ao atendimento às mulheres?

- d. Ao reconhecerem uma situação de violência, vocês prosseguem no atendimento às mulheres em situação de violência no serviço?
- e. Se sim, existe algum protocolo específico de recepção desta mulher e de continuidade no atendimento? E na prática, como funciona?
- f. Descreva em detalhes como funciona o fluxo institucional para o atendimento às mulheres em situação de violência no serviço em que você atua: (Aqui explorar o fluxo de atendimento, quem atende antes, quem atende depois, se ele sabe o que faz quem atende antes e quem atende depois... desenhar todas as possíveis rotas)
- g. Existem atividades específicas no serviço para o trabalho junto a mulheres em situação de violência ou para tratar sobre a questão da violência contra as mulheres?
- h. Existem profissionais específicos para o atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como é a atuação destes profissionais?
- i. Existe algum suporte institucional para os(as) profissionais que trabalham junto às questões de violência de gênero?
- j. Você já atendeu alguma mulher em situação de violência? Se sim, descreva:

3. Trabalho em Equipe

- a. Qual a composição do quadro de equipe técnica do serviço em que você atua?
- b. Caso o quadro de equipe técnica seja composto por profissionais de diferentes áreas, existe interação entre os profissionais das diferentes áreas? Se sim, como funciona?
- c. O projeto de intervenção nos casos é construído em comum na equipe, ou cada profissional decide como será sua intervenção de acordo com seu campo de atuação? (Explorar bem a questão do projeto comum. Quem são as pessoas que colaboram para montar o que vai ser feito com a mulher? Se um(a) agente de saúde sugerir uma forma de trabalhar com um(a) usuário(a), essa forma é aceita? Ou normalmente, só o(a) médico(a) sugere e o projeto de intervenção é aceito pelos(as) demais?)
- d. Como funciona o fluxo de atendimento entre os(as) profissionais da equipe com quem você trabalha? (Quem atende antes e depois de você? O que o(a) outro(a) profissional faz?)
- e. Existem reuniões periódicas para a equipe técnica? Se sim, qual a natureza dos encontros e como funciona a dinâmica das reuniões? Quem participa? Você considera

que, na prática, as reuniões têm atendido aos propósitos? Considera que sua opinião corresponde à opinião dos outros profissionais da equipe técnica?

f. O que você compreende por trabalho em equipe?

g. Você observa que, na prática, os(as) profissionais do serviço trabalham em equipe?

Justifique:

h. Conte uma experiência positiva de atuação em equipe:

i. Conte uma experiência negativa de atuação em equipe:

4. Encaminhamentos / intersetorialidade / Rede

a. Vocês costumam encaminhar as mulheres em situação de violência para outros serviços?

b. Se sim:

b1) Para quais serviços vocês costumam encaminhar as mulheres e em que situações? (Cite, pelo menos três serviços para aonde você encaminha. Você conhece alguém que trabalha nesses serviços?)

b2) Como vocês realizam o encaminhamento institucional?

b3) Após o encaminhamento, existe algum contato institucional para o acompanhamento da mulher? (Como você fica sabendo se a mulher foi ao serviço?)

b4) E as institucionais para onde são feitos os encaminhamentos, costumam entrar em contato com vocês para falar sobre o caso?

c. Existe relação entre o serviço em que você atua e os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência? Se sim, como funciona?

d. Na sua opinião, o que significa o trabalho em rede?

e. Você acredita que o trabalho desenvolvido pelo serviço em que você atua é um trabalho em rede com outros serviços? Se sim, como funciona o fluxo da Rede em que o serviço atua?

f. Você conhece a Rede Capital?

g. Se sim:

g1) Existe alguma relação do serviço em que você atua com a Rede Capital?

g2) Você já teve algum contato com a Rede Capital? Se sim, como foi?

g3) Você compreende que a Rede Capital funciona como uma rede de fato?

h. Você considera que o trabalho em rede é importante?

6. Considerações Finais

- a. Questões a partir da observação institucional
- b. Você gostaria de acrescentar alguma coisa?