KARINA BARROS CALIFE BATISTA

**As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher
nos serviços de saúde do município de São Paulo**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2017

KARINA BARROS CALIFE BATISTA

**As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher
nos serviços de saúde do município de São Paulo**

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

Programa de Medicina Preventiva

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lilia Blima Schraiber

São Paulo

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Batista, Karina Barros Calife

As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde do município de São Paulo / Karina Barros Calife Batista -- São Paulo, 2017.

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

Orientador: Lilia Blima Schraiber.

Descritores: 1.Política de saúde 2.Políticas públicas 3.Violência contra a mulher 4.Violência 5.Gênero e saúde 6.Direitos da mulher 7.Cuidados médicos/políticas

USP/FM/DBD-338/17

AGRADECIMENTOS

À minha mãe Fátima e ao meu pai Icleiber (*in memoriam*), pelo amor e por todas as oportunidades que me proporcionaram na vida, sempre me estimulando a curiosidade, o conhecimento e a construção de um olhar crítico e solidário para o mundo.

Aos meus amados filhos Bruno, Daniel, Laís e Julia, pelo aprendizado trocado nessa estrada de mão dupla, num crescendo de amor com alegria e autonomia. Com vocês e por vocês, sigo em busca de um mundo melhor e mais justo.

Aos meus queridos irmãos Icleiber filho e Giuliano, companheiros de lembranças de uma infância cheia de intensidades, alegrias e dores, pela parceria, pela troca e pelo desejo real de que tudo dê certo sempre.

Às minhas sobrinhas Maria e Jade, lindas de todas as formas, queridas e amigas, pelo carinho e pelas risadas sempre. Às vezes, temos quase a mesma idade...

À minha querida norinha Ana Catarina que faz meu menino feliz.

À minha orientadora Lilia Blima Schraiber que pôde ser generosa e me deu oportunidade quando eu menos merecia, mas quando mais precisava. Agarrei como pude, com unhas, dentes, mente e coração. É um privilégio ser orientada por alguém com seu conhecimento e sabedoria, com sua força e determinação. Você é um exemplo! Muito obrigada.

Às amizades que a vida me proporcionou em toda sua grandeza e generosidade. Sem vocês, eu literalmente não estaria aqui. Pela força e pelo afeto, pela proteção e pelo impulso, pelo cuidado, pelo aconchego e alegria que me proporcionam na vida. Por me fazer acreditar.

Aos encontros, aos afetos e a intensidade que a vida nos faz viver e aprender sempre.

Algumas pessoas que foram lindas nessa caminhada e preciso falar: Jô, Duda, Sarah, Milena, Rita, Susana e Deca, Tania, Marta e Renata, Bertille, Bia e Kátia, Vilma e Giselda. Todas mulheres, fortes, guerreiras, companheiras, amigas. Amo vocês. As de lá e as de cá. As meninas, as amigas, as mulheres.

À querida amiga Mariana Fix pelos cuidados com a tese e comigo. Seu apoio foi fundamental.

À Danielle Breyton e Issa Mercadante, pela escuta, pelo cuidado e pelo apoio. Pelo profissionalismo. Por estarem presentes quando precisei.

Ao querido, competente, sabido e divertido Eduardo Maia, com toda sua luz astral, obrigada.

À Ana Flávia D'Oliveira, à Laura Feuerwerker e ao Luiz Cecílio Oliveira pelas valiosas sugestões na banca de qualificação, e ao querido Ricardo Teixeira por dedicar

parte de seu tempo com sua gentileza, brilhantismo e empatia, dividindo as angústias pelos rumos do país e sugerindo leituras, aprofundamentos e escutas.

Às companheiras de trabalho dos tempos de Coordenadoria de Saúde Sudeste, pela construção de sonhos e da realidade de uma gestão implicada, comprometida, competente e possível, Ana Lúcia, Valéria, Rosiran, Sueli, Rosely e Tamires, obrigada. Aos queridos Célia e Padilha pela parceria na gestão da SMS e pela confiança.

Aos companheiros de trabalho da Covisa/ DANT, da Santa Casa, do IEP/Sírio Libanês, muito obrigada pelo apoio e paciência com as ausências nos momentos finais.

Aos meus alunos e usuários que me ensinam sempre.

A todos os companheiros na defesa do SUS, nosso maior patrimônio, nossa construção de bem comum, nossa realidade e possibilidade de política pública que diminui desigualdades e se compromete com as pessoas, com os sujeitos e com as histórias de vida. Que entendem a saúde como um direito e busca de uma vida saudável, produtiva e feliz. Orgulho de ser SUS e de estar em sua defesa sempre!

A vida é tomar partido, fazer escolhas e seguir o rumo. Que possamos ter sempre a clareza do que nos motivou, sabendo que foram nossos sonhos e desejos que nos impulsionaram ao crescimento, às resistências necessárias contra o que não achamos correto e a vivenciar alegria por tudo que conquistamos, a partir de nossos sonhos e desejos e dos nossos melhores encontros. Desejos e sonhos estes que, se compartilhados, algumas vezes por poucos minutos - outros por uma vida inteira, ficam muito mais bonitos.

Minha geração foi de sonho que tentam desconstruir tantas vezes. Mas minha geração é também de luta, e aqui estamos inteiros para mais uma caminhada.

“Quem não se movimenta, não sente as correntes que os prendem”

Rosa De Luxemburgo

“No meio das trevas, sorrio a vida, como se conhecesse a fórmula mágica que transforma o mal e a tristeza em claridade e em felicidade. Então procuro uma razão para esta alegria, não a acho e não posso deixar de rir de mim mesma. Creio que a própria vida é o único segredo”

Rosa De Luxemburgo

LISTA DE ABREVIATURAS

AB	Atenção Básica
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CSW	Commission on the Status of Women
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
GT	Grupo Técnico de Trabalho
G1	Gestor Tipo 1
G2	Gestor Tipo 2
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NPV	Núcleos de Prevenção da Violência
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PNEPS	Política Nacional de Educação Permanente em Saúde
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SISNOV	Sistema de Notificação de Violências
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SPM	Secretaria de Política para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Quadro 1: Distribuição das entrevistas por tipo de gestor	55
Gráfico 1: Distribuição dos entrevistados por sexo	56
Gráfico 2: Distribuição por faixa etária	57
Gráfico 3: Distribuição dos entrevistados por categoria profissional	57
Gráfico 4: Distribuição por tipo de Pós-Graduação	58
Gráfico 5: Distribuição quanto a formação na Área de Saúde da Mulher	59
Gráfico 6: Distribuição quanto a formação em Direitos Humanos e Violência Contra a Mulher	59

RESUMO

Batista KBC. *As políticas públicas para o enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde do município de São Paulo* [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Estudam-se as políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres, no município de São Paulo. Os objetivos são mapear as políticas públicas e as propostas de organização institucional de uma rede de atenção integral, assim como conhecer suas implementações nos serviços, com destaque ao setor de Saúde, pelos relatos de gestores e formuladores da política, trabalhando-se a relação da prática da gestão com o enunciado nas políticas públicas, o peso dos valores e da perspectiva pessoal dos gestores e o peso do discurso socialmente dominante nas tomadas de decisão para implementação dessas políticas. A produção dos dados possui entrevistas semiestruturadas com 32 gestores operando em diferentes níveis da organização institucional da Secretaria Municipal da Saúde, dentre eles alguns formuladores das políticas no cenário estadual e nacional. A análise desse corpus de dados será temática de conteúdo, examinando-se cada uma das entrevistas e relacionando-as com a literatura e referencial conceitual utilizado. Conclui-se que os gestores, como agentes de práticas, são influenciados pelas estruturas e crenças vigentes, pela referência ao contexto sócio-histórico a que estão inseridos para tomadas de decisão de gestão. Porém, são também capazes de, ao relacionar-se com tais estruturas, interferir nas formas de produzir e ofertar cuidado às mulheres em situação de violência, em especial ao aproximar-se de processos de formação e sensibilização e de novos paradigmas acerca do reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos.

Descritores: política de saúde; políticas públicas; violência contra a mulher; violência; gênero e saúde; direitos da mulher; cuidados médicos/políticas

ABSTRACT

Batista KBC. *KBC. Public Policies to address violence against women at health centers in São Paulo City*. [Thesis]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2017.

Public policies to face (struggle) violence against women In São Paulo are studied. The objectives are mapping public policies and proposals for the institutional organization of a comprehensive health care network, as well as, to understand how they have been implemented in the Health sector based upon managers and health care policymakers' reports. Health management practice is examined by comparison with public policies contents, as well as whether it has been influenced by managers' values and personal perspectives, and by the dominant social discourse. Data is comprised of semi-structured interviews with 32 health care managers, that work at different government levels: Municipal Health Care Office, State Health Secretariat others at a national level. Data interpretation has been done by Content Analysis, scrutinizing each interview and comparing them with the literature of reference. Analysis showed that health care managers, as practice agents, are influenced by the structural dimension and prevailing beliefs owing to the social context in which they are inserted, when making decisions. Nonetheless, they are able to interact with those structures, in order to intervene to create and offer care to women who were or are victims of violence. This ability is even greater when health managers are offered the opportunity to take contact with new paradigms, such as regarding women's rights as part of human's rights.

Descriptors: health policy; public policies; violence against women; violence; gender and health; women's rights; medical care/policies

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS

LISTA DE FIGURAS

RESUMO

ABSTRACT

MOTIVAÇÃO	13
Apresentação da estrutura da tese	16
CAPÍTULO I: Introdução	18
CAPÍTULO II: O sujeito e as estruturas nas práticas sociais	24
CAPÍTULO III: Políticas públicas em saúde: os direitos humanos e a violência contra as mulheres	30
III. 1 Estudos Sobre as Políticas	30
III. 2 As Políticas de Saúde e os Direitos das Mulheres	38
III. 3 A Violência	44
CAPÍTULO IV: Objetivos e a pesquisa empírica	49
IV. 1 Objetivos	49
IV. 2 A Pesquisa Empírica	49
CAPÍTULO V: As entrevistas	51
V. 1 Categorias de análise e discussão dos resultados	51
V. 2 A caracterização da amostra	55
1) Gênero, Violência e Direitos humanos	67
2) A Esfera da Gestão e da Prática: diferenças entre as esferas de atuação na gestão	72
3) A complexidade e a sensibilidade da questão e as políticas para atendimento às mulheres em situação de violência: o desafio da integralidade na atenção as mulheres em situação de violência	82
4) As Crenças Pessoais, a Ideologia ocupacional e a ideologia de gênero: o pessoal e o profissional interagindo no agente de prática	88

CAPÍTULO VI: Considerações finais	95
ANEXOS	97
ANEXO 1: Roteiro de entrevistas e questionário utilizado	98
ANEXO 2: Termo de consentimento livre e informado	102
ANEXO 3: Aceite da Região Sudeste	104
ANEXO 4: Aceite da Região Oeste	105
ANEXO 5: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	106
ANEXO 6: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	110
ANEXO 7: Material do resgate cidadão	113
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117

MOTIVAÇÃO

O percurso acadêmico que venho seguindo caracteriza-se por dois grandes eixos de interesse. O primeiro vem desde a minha militância pelos direitos das mulheres e pelas questões de gênero que permeiam toda a inserção do feminino na sociedade, seja na saúde, no espaço profissional, nas relações sociais e amorosas. Este eixo tomou forma em minha dissertação de Mestrado, quando abordei o tema da violência contra a mulher, pesquisando como os profissionais de saúde, em especial aqueles que trabalham na Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família (ESF), lidavam com estas questões, sobretudo em razão da alta prevalência da violência contra a mulher entre usuárias da Atenção Básica/ESF. O segundo eixo tem a ver com a gestão, especialmente aquela que se articula ao cuidado e atenção das pessoas, e o que motiva sua qualidade, intensidade e intencionalidade.

A pretensão inicial deste trabalho é tentar articular estes dois eixos, tomando como objeto as políticas para atenção à saúde das mulheres em situação de violência e sua gestão.

Também entender a distância entre o que se formula enquanto política pública e o que, de fato, se oferta na opinião dos gestores. Ainda o quanto estas ofertas estão ligadas às decisões que os gestores dos serviços e/ou instituições tomam para implementar o que foi pensado, formulado, e que está presente em normas técnicas, em leis, na constituição.

As primeiras motivações para o atual estudo derivam do mestrado. Ao fazer este estudo de mestrado e ao analisar a Estratégia Saúde da Família (ESF) como uma das possibilidades organizativas da atenção primária à saúde, que, de certa forma, aproxima os profissionais de saúde das famílias e sujeitos, tive por hipótese que, sendo esta ESF uma proposta de política pública diferenciada e sensível para o plano doméstico, em especial, ela poderia lidar melhor com as questões de violência, tema delicado e sensível, principalmente as baseadas em gênero, e que, com isso, produziriam uma melhor assistência. Contudo, o que constatei foi que as políticas públicas envolvem mais que orientações e definições por parte de seus gestores. Há algo que motiva o fazer acontecer e o tomar como necessária a implantação de uma determinada política pública. Também é necessário que as pessoas e os profissionais de saúde possam reconhecê-las como tecnologicamente possíveis, que tenham conhecimento e possam ser sensibilizados e capacitados para exercer tais ações (BATISTA, 2003).

Ainda como motivação, percebi, no papel de gestora de saúde em importantes cargos e funções nas três esferas de governo (Municípios, Estado e União), que,

apesar de condições de implementação das políticas aparentemente comuns, haviam relevantes diferenças entre os serviços de distintas regiões. E que estas diferenças não diziam respeito, em uma mesma secretaria de saúde, à política pública apresentada por seus formuladores, aos dados epidemiológicos ou às necessidades de saúde de uma determinada população. Em especial, ao olhar para as políticas ofertadas para as mulheres em situação de violência, esta distinção regional chamava ainda mais atenção. Dentre as distinções presentes nos serviços de saúde estavam as diferentes formas de ofertar a contracepção de emergência em casos de exposição a situações de violência e ao sexo consensual desprotegido, o acesso às quimioprofilaxias para as doenças sexualmente transmissíveis e a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

Na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por exemplo, com base em estudo feito pela área técnica de saúde da mulher dessa instituição, a partir de um levantamento dos serviços que atendem mulheres vítimas de violência doméstica e sexual no Estado de São Paulo e mapeamento dos serviços que ofertavam atendimento às mulheres em situação de violência no Estado, encontraram-se distorções na distribuição regional desses serviços e diferenças de cuidado e das terapêuticas ofertadas às mulheres (CASTRO, LAGO e BATISTA, 2013). Esse estudo com base em questões de gênero mostrou uma disparidade entre as regiões, no que se refere à tomada de decisão relativamente a quais e quantos serviços ofertar (que tipo de cuidado e de possibilidades terapêuticas) e como ofertar. O estudo chamou a atenção para as seguintes questões: por que, numa mesma Instituição governamental, temos distribuição de serviços e fluxos de atendimentos tão diferentes regionalmente, e na dependência dos gestores e parceiros da sociedade civil para a sua gestão? Isto representaria fissuras da própria política pública em Saúde?

Através do estudo das práticas de gestão desenvolvidas no interior da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, chamou atenção a dificuldade que tive como gestora para implantar serviços que atendessem as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência – mesmo que estes serviços estivessem apontados como necessários nas normas técnicas e nas formulações das políticas para as mulheres, tanto no âmbito nacional, estadual como municipal. Apesar das garantias legais e constitucionais, do desejo enquanto gestão de dar respostas a essas necessidades, não era “natural” a sua implantação. Encontrei neste caminho como gestora muitos percalços e limitações, dificuldades e obstáculos, tanto advindos das estruturas da gestão (secretaria municipal, estadual e outros espaços), como das corporações, de olhares e práticas desenvolvidas por profissionais de saúde que agem de forma diferente quanto ao desenvolvimento de sua habilidade profissional, no momento em que a questão envolva suas crenças, sua visão de mundo ou escolhas pessoais. Por diversas

vezes, chega a ser claramente referida pelos mesmos a “objeção de consciência” para a realização de práticas de saúde legais e constitucionalmente instituídas, como é o caso da oferta da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei.

Tentando entender o que são estas práticas e qual é a dinâmica de funcionamento dos serviços para realizá-las é que pensei a presente pesquisa. Nela abordo, entre os vários recortes possíveis, como os profissionais da gestão veem a relação da saúde e suas modalidades de assistência médica e sanitária com os direitos humanos, em especial os direitos das mulheres, neles incluindo o enfoque de gênero. Qual é o papel das crenças, da religião, das questões culturais, entre elas, a concepção de direitos humanos e de relações de gênero, e das expectativas desses profissionais diante das políticas e do cotidiano de assistência médica e sanitária, ao levar em conta a violência como questão da Saúde? Como todas essas dimensões das práticas do gestor se articulam com os conhecimentos científicos que dão base técnica a essas práticas?

Tentar entender o que reflete implementações tão distintas me pareceu importante, no sentido de contribuir com a construção de políticas públicas mais resolutivas e integrais para a saúde das mulheres em situação de violência

Vale ressaltar que, no momento político pelo qual passa o nosso país desde 2015, esta tarefa mostra-se ainda mais complexa. A Presidenta da República eleita democraticamente e pelo voto direto, Dilma Vana Rousseff, primeira mulher a assumir o posto, teve seu mandato cassado em 2016. O processo de impeachment de Dilma Rousseff teve início em 2 de dezembro de 2015, quando o ex-presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, deu prosseguimento ao pedido dos juristas Hélio Bicudo, Miguel Reale Júnior e Janaína Paschoal. Com uma duração de 273 dias, o caso se encerrou em 31 de agosto de 2016, tendo como resultado a cassação do mandato, mas sem a perda dos direitos políticos de Dilma Rousseff¹. A mudança dos investimentos no SUS como um todo, o congelamento do financiamento da saúde para os próximos 20 anos, o fechamento de espaços institucionais que se ocupavam em cuidar das políticas públicas ofertadas para as mulheres e a diminuição de recursos para o atendimento às mulheres em situação de violência em quase 61%, apontam para um cenário provavelmente mais complexo do que o nosso campo de pesquisa possa demonstrar nesta tese².

1. Agência Senado Notícias. Disponível em: <http://www12.senado.leg.br/noticias>. Acessado em: dezembro de 2016.

2. Portal do Orçamento do Senado Federal. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/orcamento>. Portal da Câmara dos Deputados. Medida Provisória n. 768, de 02 de fevereiro de 2017. Disponível em: <http://www2.camara.leg.br/>. Acessados em maio de 2017.

Apresentação da estrutura da tese

A estrutura dessa tese pretende fazer um caminho que nos permita, após o compartilhamento do que motivou sua produção, introduzir os temas em questão, visitando na literatura os referenciais teóricos e conceituais, as evidências científicas e o contexto sócio-histórico em que estamos inseridos. Buscamos retomar marcos da implantação das políticas para o enfrentamento à violência contra a mulher no Brasil e em São Paulo. Também apresentamos o tema da violência contra a mulher, sua complexidade e delicadeza, bem como, o olhar da gestão para a questão e suas implicações, ao entendermos que ela é conduzida por sujeitos que constroem práticas sociais e organizam os processos de trabalho dos serviços que deveriam acolher e atender as mulheres, como o proposto nas políticas existentes para enfrentamento da violência.

Abordamos e apresentamos, especialmente, as políticas para enfrentamento da violência contra a mulher, mas, tentando entendê-las como parte da questão das políticas públicas, as quais buscamos brevemente caracterizar quanto à importância para o conhecimento científico e as pesquisas. Ao visitar o tema das políticas públicas e como estas se estruturam, procuramos entender como suas formulações são produzidas e definidas. Também, identificar como os direitos das mulheres são percebidos (ou não) como direitos humanos na saúde, em especial no campo da saúde coletiva. Neste debate, introduzir a existência das desigualdades nas relações de gênero, que perpetuam interesses e relações de uma sociedade machista, racista e extremamente desigual economicamente.

Pretendemos, como contribuição dessa tese, buscar respostas e alternativas de reconhecimento da questão da violência contra a mulher enquanto uma questão de saúde, e, mais do que isso: uma questão de saúde pública. Como se constroem os espaços de atendimento às mulheres em situação de violência na saúde, em especial no que tange à produção do cuidado e às formulações e estudos sobre o tema e, ao entender o que motivou sua produção, suas potências e fragilidades pela voz dos gestores, repensar caminhos e possibilidades de construção de políticas públicas integrais e passíveis de replicação para as mulheres em situação de violência. Fizemos a opção por uma estrutura dissertativa, onde conversaremos com a literatura e os documentos lidos ao dialogar sobre os temas.

Ao analisar as entrevistas, faremos a apresentação das categorias de análise e sua discussão conjuntamente, com base na literatura e no referencial teórico utilizado. Essas categorias foram definidas como: 1) a caracterização da amostra; 2) a esfera da gestão e da prática: diferenças entre as esferas de atuação na gestão; 3) gênero, violência e direitos humanos; 4) a complexidade e a sensibilidade da questão e as políticas para

atendimento às mulheres em situação de violência: o desafio da integralidade na atenção às mulheres em situação de violência; 5) as crenças pessoais, a ideologia ocupacional e a ideologia de gênero: o pessoal e o profissional interagindo no agente de práticas. Os capítulos foram organizados dessa forma: **Capítulo I:** Introdução; **Capítulo II:** O Sujeito e as Estruturas Nas Práticas Sociais; **Capítulo III:** Políticas Públicas em Saúde: Os Direitos Humanos e a Violência Contra as Mulheres – este subdividido em três itens: no **item III. 1** Um Estudo Sobre as Políticas, no **item III. 2** As Políticas de Saúde e os Direitos e no **item III. 2** O Tema da Violência contra as mulheres propriamente dito. No **Capítulo IV**, apresentamos os Objetivos e de que forma estruturamos a Pesquisa Empírica; no **Capítulo V**, A Análise das Entrevistas realizadas com os 32 gestores dos diversos serviços de saúde no município de São Paulo, e, por fim, no **Capítulo VI**, nossas Considerações Finais.

CAPÍTULO I

Introdução

No Brasil e também no Estado de São Paulo vivemos, nos últimos 10 anos, um crescimento dos serviços de saúde que prestam atenção às questões de violência, em especial, a violência contra a mulher. No Estado de São Paulo, em 1983, foi criado o Conselho Estadual da Condição Feminina e, em 1985, a primeira Delegacia de Defesa da Mulher (BLAY, 2003). Ainda em 1985, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher. Em 2002, foi criada a Secretaria de Estado dos Direitos da Mulher, e, em 2003, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM), com estatuto de Ministério e atuação pautada por conferências nacionais de realização periódica, onde são definidas as prioridades e ações da SEPM. Fruto da primeira conferência, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, lançado em agosto de 2007, propôs ações intersetoriais, definiu regiões prioritárias e contou com o compromisso dos Estados que assinaram o Pacto (Brasil SEPM).

A compreensão de que a violência é fenômeno a ser enfrentado por toda a sociedade e que cabe ao Estado a elaboração de políticas públicas e ações visando seu enfrentamento e redução resultou em iniciativas nos âmbitos municipal, estadual e nacional. A violência contra a mulher é atualmente reconhecida como um importante problema de saúde e de seus serviços. Além da alta magnitude, sua prevalência é muito elevada e os episódios de violência tendem a ser graves e repetitivos (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2007).

Sabe-se ainda das importantes consequências para a saúde das mulheres vítimas desta violência e do importante impacto nos serviços de saúde. As mulheres que vivem ou viveram violência por parceiro íntimo (IPV), ou outra forma de violência alguma vez na vida, têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicas e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, HANADA E DURAND, 2009; D'OLIVEIRA, FALCÃO E FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER, BARROS E CASTILHO, 2010).

A dificuldade de acesso e acolhimento que as mulheres têm em seguir um percurso, uma rota ou um itinerário terapêutico quando sua necessidade de saúde está relacionada a situações de violência está descrito na literatura nacional e internacional (SAGOT, 2000 e 2007; MENEGHEL et al., 2011; CALLOU, 2012; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013). Estes estudos apontam a violência contra as mulheres como um problema socialmente constituído a partir das desigualdades de gênero e que, como tal, necessita de apoio de políticas públicas afirmativas que reconheçam a dificuldade dessas

mulheres em acessar o cuidado do qual necessitam (CALLOU, 2012). Um atendimento integral e intersetorial precisa ser constituído por uma rede de apoio que articule os vários serviços que existam em seu contexto de vida. Dentre estudos existentes sobre rotas críticas, a investigação realizada em países da América Latina por Montserrat Sagot (2000, 2007), professora da Universidad de COSTA Rica, é uma referência para a área, com o trabalho: *A rota crítica das mulheres afetadas pela violência intrafamiliar na América Latina* (título original em espanhol: *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina*). No contexto brasileiro, alguns estudos também foram realizados (PRESSER, 2007; PRESSER, MENEGHEL e HENNINGTHON, 2008; MENEGHEL, 2007, 2009; MENEGHEL et al., 2011; SILVA, 2008; CALLOU, 2012; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013). Em sua maioria, estes estudos foram fundamentados pela referência metodológica utilizada por Monserrat Sagot (2000), que também acrescenta a palavra 'crítica' ao conceito de rota, sendo a *rota crítica* entendida como o conjunto de ações acessadas por estas mulheres com o intuito de romper o ciclo de violência, a partir da busca por apoio nas redes e serviços existentes (SAGOT, 2000; CALLOU, 2012; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

A possibilidade de reconhecimento da violência de gênero como uma questão de saúde não é um movimento simples, e a entrada dessa abordagem no campo da saúde coletiva aconteceu mais tardiamente, se comparada a outras áreas do conhecimento, em especial, no campo das ciências sociais, apesar de existirem e serem reconhecidos como relacionados a esta, vários problemas de saúde tanto físicos quanto mentais (SCHRAIBER et.al, 2009; CORREA, 1999; VILLELA e MONTEIRO, 2005). A grande dificuldade de resposta às necessidades de saúde das mulheres nessa situação e as poucas perspectivas da atuação das práticas profissionais na saúde no campo de atuação em violência são também questões importantes a serem consideradas (MINAYO, 2006; KISS e SCHRAIBER, 2011; SCHRAIBER, 2012).

Em 1998, foi lançada a Norma Técnica para atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência sexual, documento de abordagem multidisciplinar que ofereceu diretrizes para os serviços que realizam atenção às mulheres em situação de violência, com orientações sobre quimioprofilaxia para doenças sexualmente transmissíveis, contracepção de emergência e aborto previsto em Lei³. A Norma Técnica caracteriza-se como um instrumento fundamental por oferecer respaldo técnico para ações que já vinham sendo realizadas por equipes de saúde em diferentes municípios do país, desde o final da década de oitenta, destacando-se entre estas, os serviços pioneiros

3. Norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, Brasília: Ministério da Saúde; 2005, 3ª edição.

que buscavam garantir o direito de interrupção da gestação em casos de violência sexual. A Norma Técnica também ofereceu respaldo técnico para subsidiar a criação de novos serviços.

No setor da saúde, ocorreram várias iniciativas no sentido de dar visibilidade à magnitude da violência contra a mulher e propor ações para seu enfrentamento. A inserção do tema na agenda nacional de saúde foi marcada pela criação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, ocorrida em 2001, resultado do trabalho de um Comitê Técnico formado em 1998, que teve como objetivo discutir e propor ações para o enfrentamento da violência no âmbito da saúde (MINAYO, 2005). Em 2003, foi criada a Lei 10.778 que torna obrigatória a notificação da violência. O Ministério da Saúde criou o sistema de notificação de violências, o SISNOV, que é alimentado com dados obtidos por meio de uma ficha específica a ser preenchida nas unidades de saúde em que são atendidas pessoas em situação de violência⁴.

Já no Estado de São Paulo, além da criação da Delegacia de Defesa da Mulher (1984), é importante citar a iniciativa intersetorial do Programa Bem-Me-Quer, iniciado em 2001⁵. Fruto da parceria entre as Secretarias Estaduais da Saúde, da Segurança Pública, da Justiça, da Promoção e Igualdade Social e a Procuradoria Geral do Estado, o Programa ampliou a atenção às mulheres vítimas de violência sexual, que se desenvolvia no Hospital Pérola Byington – Centro de Referência em Saúde da Mulher – desde 1994. Visando minimizar o sofrimento das mulheres ao longo do deslocamento entre serviços e o constrangimento com o exame pericial, um posto do Instituto Médico Legal, com médicas legistas, foi implantado naquele hospital. Lá, mulheres, adultas, crianças ou adolescentes, que sofreram violência sexual, realizam o exame de corpo de delito e são atendidas pela equipe interdisciplinar de saúde do Hospital, recebendo atenção integral que inclui a realização do aborto previsto em lei.

O Hospital Municipal Arthur Ribeiro de Saboya, no Jabaquara, foi o primeiro serviço no Brasil a realizar o aborto previsto em lei, e havia descontinuado esta oferta nos últimos nove anos (apesar de mantida a equipe multidisciplinar voltada para esse atendimento). Porém, em 2014, retomou o atendimento e a realização completa dos procedimentos, voltando a ser um espaço possível de atenção às mulheres em situação de violência no município de São Paulo⁶.

4. LEI n. 10.778, de 24 de novembro de 2003.

5. DOE, 12/03/2001 – Criação do programa bem-me-quer; DECRETO n. 23.769, de 06/08/1985 – Criação da 1ª Delegacia de Defesa da Mulher no estado de São Paulo.

6. Portal da Prefeitura de São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde, Aborto Previsto em Lei – SERVIÇOS, 2015.

Essa questão tem sido também foco de preocupação das Organizações Não Governamentais (ONGs), da gestão geral dos serviços, dos espaços acadêmicos e da própria representação do campo da Saúde Coletiva, a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Esta, por meio de seu Grupo Técnico de Trabalho – Gênero e Saúde, demonstra o reconhecimento da questão nos vários espaços sociais. Em particular por referência à ABRASCO, seu GT, entre outros espaços de pesquisa, tem ressaltado a importância de mapear os serviços, acompanhar novas leis e normas, assim como vínhamos assistindo à criação de secretarias especiais das mulheres nas três esferas de governo (Canesqui, 2008; Vilela e Monteiro, 2005). Esta mudança e descontinuidade do trabalho das secretarias especiais deverá ser objeto de outras pesquisas nesse campo.

Desde 2006, a Lei Maria da Penha está em vigor no Brasil⁷. Além de criminalizar a violência doméstica, esta lei estabelece diversas medidas de proteção às mulheres e dispõe sobre uma rede intersetorial de cuidado aos casos, que inclui os serviços de saúde e a atenção às mulheres inicialmente, e é depois usada para homens em situação de violência. A saúde faz parte desta rede que tem crescido em número e diversidade. Delegacias de Defesa da Mulher, Casas Abrigo, Serviços de Atendimento à Violência Sexual, Centros de Referência, instituições governamentais e não governamentais de diversos setores (saúde, segurança pública, justiça, assistência social) foram criadas, como, por exemplo, o programa Bem-me-quer em São Paulo, no ano de 2001, e a Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, em Brasília, no ano de 2011, e passaram a atender meninas e mulheres em situação de violência, ainda que configuradas dentro da própria diversidade das regiões brasileiras, em que o equilíbrio entre esses serviços ou entre eles e a demanda é bastante distinto.

Poucos, porém, são os estudos que têm trabalhado o funcionamento da gestão na implementação das políticas públicas ofertadas para as mulheres vítimas de violência e, até mesmo, mapeado esses serviços. (ARAÚJO, 1998; D'OLIVEIRA, SCHARAIBER, HANADA, DURAND, 2009; MEDEIROS, LAGO e CALIFE, 2013).

O momento histórico em que se propõem e se implementam as políticas, incluindo as políticas públicas de saúde, merece relevância de análise. Assim, poderemos reconhecer no percurso a importância dos agentes envolvidos e ainda considerar eticamente o que é, de fato, inovação no campo, o que se traduz enquanto ação nova ou o que já existia enquanto ideia, política ou programa de saúde testados em outros momentos da história, e que encontraram em momento e contexto social mais oportunos, a partir do olhar para as fortalezas e fracassos anteriormente vivenciados, o

7. LEI n. 11.340/2006 (LEI ORDINÁRIA) 07/08/2006, D.O.U. DE 08/08/2006, p. 1.

planejar do novo, que, na verdade, se traduziria como um aperfeiçoamento a partir de lições já apreendidas (HOCHMAN, 2013; VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

A Educação Permanente em Saúde e a Política Nacional de Humanização, enquanto políticas nacionais que preveem a criação de dispositivos de construção de redes e o encontro entre trabalhadores, usuários, gestores e academia, também são recursos que devem ser considerados. Essas ferramentas precisam ser utilizadas para a capacitação dos profissionais de saúde em relação à produção do cuidado à saúde das mulheres em situação de violência, assim como o são para outras condições de saúde, patologias ou riscos e agravos à saúde (Portaria 198/GM, 2004; CECCIM e FEUERWERKWER, 2004; PITHON CYRINO, 2005; CYRINO, TEIXEIRA, FORESTI e SCHRAIBER, 2015).

Ao se pensar e produzir cuidado a partir das necessidades dos usuários, do contexto local, da admissão do olhar e conhecimento do trabalhador como algo a ser partilhado no processo de construção de projetos terapêuticos com quem os vivenciará, se constrói também autonomia e autocuidado, desenham-se caminhos e soluções antes não pensadas, que talvez possam interferir e produzir algo novo na organização dos processos de gestão, aproximando seu planejamento macropolítico (definição de fluxos regulatórios, compra de insumos e tecnologias, contratualização, financiamento etc.) das necessidades reais dos sujeitos em seus contextos (FRANCO, 2006; MALTA e MERHY, 2010). Ao pensar e planejar estas linhas de cuidado, toma-se como referência a produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e microinstitucionais em processos dinâmicos que funcionariam como uma espiral que leva e traz conhecimentos em uma mão dupla, e onde se associa a imagem de uma linha de produção que cria um determinado fluxo assistencial ao usuário, centrado e pensado também a partir de suas necessidades (MERHY e CECÍLIO, 2003). Note-se que essa dinâmica colocada para as diversas questões assistenciais também se aplicaria para o caso particular das mulheres em situação de violência.

Na linha da micropolítica do cuidado em saúde, considera-se que o “agir cotidiano” dos sujeitos tem grande importância na produção do cuidado, na forma de planejar e organizar processos de gestão, além de interferir diretamente na forma que se oferta o cuidado e na construção da autonomia dos usuários, que ganha potência ao se partilhar e construir conjuntamente seus projetos terapêuticos (MERHY, 2004; FEUERWERKWER, 2005, 2008; MALTA e MERHY, 2010). A criação de dispositivos de construção de redes, onde se promovam encontros entre os vários atores envolvidos, a implicação dos sujeitos na produção do cuidado e as subjetividades existentes ao se construir ações para implementação das políticas públicas onde, de fato, acontecem – no ‘território vivo em ato’ (FRANCO, 2006; FEUERWERKWER, 2012, MERHY, 2010) – e sua importância nos espaços da produção direta do cuidado e atenção às pessoas são determinantes para organização dos serviços e da sua gestão.

Outra linha de pensamento que também leva em conta as pessoas como atores sociais na produção e implementação das políticas públicas vêm do campo da sociologia, e foi objeto de estudo e avaliação de alguns programas e políticas também sensíveis como, por exemplo, o atendimento às pessoas vivendo com HIV ou a atenção ao câncer de mama e a interferência das corporações profissionais e conselhos de classe, estruturas e campos sociais na França (PINELL, 2010). Em mesma convergência, temos estudos de perspectiva sócio-histórica mais voltados ao trabalho médico enquanto um agir profissional que destaca a autonomia como sua questão (SCHRAIBER, 1993; 2008).

No Brasil, um coletivo de pessoas que trabalha há mais de uma década em torno de questões teórico-metodológicas para análise das políticas públicas, em especial as políticas de saúde, tem utilizado a abordagem *bourdiesiana* em que, além dos sujeitos, seus desejos e implicações racionais, leva-se em conta o momento histórico em que estas políticas acontecem, a interferência das estruturas, dos espaços e campos sociais, os conceitos de *habitus* e *illusio* que nascem da sociologia reflexiva de Pierre Bourdieu, e também a interferência dos agentes (de práticas) nestas estruturas, como numa mão dupla e de maneira dialética (BOURDIEU, 2003; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). O mesmo se poderia dizer daqueles citados estudos, baseados igualmente em Bourdieu, que examinam a questão profissional na prática médica, em que também se envolvem, ainda que na perspectiva da gestão, os dirigentes dos serviços de saúde, no interior de um recorte mais conexo às micropolíticas.

Habitus é usado como o produto da interiorização pelo indivíduo, das condições históricas e sociais realizadas ao longo de sua trajetória pessoal e social, e *illusio* como os investimentos e interesses nas várias questões que estariam envolvidas em um determinado campo (trabalharemos cada um desses conceitos na sequência de forma mais aprofundada).

Também é interessante entender o sentido dado à noção de política, como ação social, e à política de saúde, como um recurso administrativo, sendo a primeira entendida como uma ação Estatal e a segunda, conforme apontado por Paim (2003), enquanto ação ou omissão de respostas do Estado a um determinado problema ou condição de saúde de uma dada população, desenvolvida dessa forma como uma política pública de saúde (BOURDIEU, 2009; VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

Diríamos atualmente que existe o discurso e existe algo para além deste discurso: o fazer acontecer. (BOURDIEU, 2003; TEIXEIRA, 2016; VIEIRA-DA-SILVA, 2016). Este fazer acontecer segue diretrizes e responde a interesses político-institucionais diferentes no plano de formulação das políticas, comparativamente ao da produção do cuidado. (SCHRAIBER, 2012). Esses temas serão mais explorados no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

O sujeito e as estruturas nas práticas sociais

Analisar de forma mais profunda as políticas públicas, em especial, as políticas de saúde e o contexto sócio-histórico do qual fazem parte, tem sido a preocupação de alguns pesquisadores do campo da saúde coletiva, que tentam, dessa forma, acompanhar, monitorar e entender os motivos, momentos e possibilidades para a implementação dessas políticas (TEIXEIRA, 2016). Além disso, ao olhar para estas questões, pode-se planejar cenários futuros ou prever questões éticas, considerando a originalidade, as inovações e os motivos que as fazem, em alguns momentos, ter campo mais fértil que outras para o desenvolvimento da política (VIEIRA-DA-SILVA, 2016). No livro *Análise Sociológica das Políticas Públicas de Saúde*, Patrice Pinell (2010), levanta a hipótese de que as ações dos gestores e profissionais da Saúde, enquanto agentes de práticas de saúde, são dependentes tanto do conhecimento, quanto das motivações pessoais e culturais dos atores envolvidos no processo. O poder das corporações envolvidas, principalmente as de médicos, faz diferença no seguimento e implantação das políticas no âmbito prático (das práticas sociais e de saúde). O autor traz para discussão vários artigos que analisam algumas das políticas públicas propostas na França, como a da AIDS e do combate ao Câncer.

Esta discussão vem ao encontro do interesse que temos em entender, o que acontece com as políticas pensadas para as mulheres. Conforme já mencionado, um estudo anterior acerca da implementação de política para mulheres em situação de violência no Estado de São Paulo, além da diversidade citada de serviços resultantes, constatou ainda, que informações de cunho científico, como a magnitude ou a prevalência da violência contra a mulher nos locais ou territórios relativos a esses serviços – e que poderiam resultar em determinadas demandas aos serviços -, não era o que determinava a concentração ou o tipo de intervenção neles existentes. (MEDEIROS, LAGO e CALIFE BATISTA, 2013).

Nesse sentido, como vimos tratando, Bourdieu (1975; 2003) contribui de maneira relevante para o entendimento dessas questões em que o momento histórico, as crenças e as representações, bem como aspectos ideológicos, acabam definindo as relações entre os agentes sociais e a estrutura social. Podemos aqui incluir os profissionais de saúde como pertencentes à condição de agentes sociais especificamente voltados para a realização do saber e da tecnologia em saúde. Assim, quais as relações desses profissionais com todos os demais componentes da estrutura social, para além desses saberes?

A importância da história para o conhecimento e compreensão do mundo social, como um desejado movimento de romper com o senso comum, o que é muito adequado à construção do conhecimento científico, também é trazida por Bourdieu. Este olhar histórico, além de ajudar a pensar e prever cenários futuros, planejar as políticas e suas ações de forma mais lúcida e previsível, tem também a importância de não deixar submersas as lutas e questionamentos, as tensões e os caminhos diferentes, as escolhas que fizemos para desenvolver uma determinada política pública, entendendo os fracassos e acertos, além de tomarmos contato com caminhos já percorridos e que não precisam ser repetidos (VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

Investigar o surgimento de uma política de saúde, além dos questionamentos sobre quem, onde e como determinada política foi pensada e implantada, pressupõe saber qual foi a lógica e o contexto que permearam a sua conformação. Para isso, é preciso entender como se relacionam os agentes socialmente envolvidos (usuários, trabalhadores da saúde, gestores, movimentos sociais, academia por meio de seus pesquisadores e tantos outros) que possam se interessar pelo objeto da política a ser desenvolvida (BARROS, 2013; VIEIRA DA SILVA, 2016). O que cada sujeito pensa, em termos de suas representações, símbolos e ideais, e já articulando as dimensões pessoais e profissionais, funciona como um estímulo que o faz realizar suas ações de certo modo no campo da vida prática cotidiana. Desta forma, estas escolhas não são apenas do pensamento individual, mas uma produção social que guarda relação com o mundo em que se vive, com sua organização social, cultural, religiosa e com o seu trabalho. A manifestação de suas ações como algo que faça diferença, que lhe interesse, além de suas questões intrínsecas, também se manifesta de acordo com o campo social (MEHRY, 2002).

Ao usar o referencial bourdiesiano, torna-se necessário entender alguns dos conceitos por ele utilizados, como: espaço social, campo, *habitus*, *illusio* e agentes de práticas. O espaço social é aqui entendido como um microcosmo eventualmente construído para se formular uma determinada política – no nosso caso, políticas de saúde. Um dos conceitos centrais na abordagem bourdiesiana é o conceito de campo, onde se encontram *universos sociais* diferentes, com microcosmos específicos, mas, com certa autonomia e dotados de determinado *habitus*, advindo das articulações entre os agentes e as instituições que, juntos, tem um interesse por determinada política e de *illusio* que são comuns. *Illusio*, aqui entendido, retomando o já antes mencionado, como os interesses e investimentos que as pessoas envolvidas num determinado campo constroem (BOURDIEU, 1996). Seria então possível usar o conceito de *habitus* como um dispositivo mediador entre os agentes e a estrutura. Campo, em nossa língua, pode ser dotado de vários significados, em alguns momentos sendo inclusive usado como um sinônimo de área, setor ou outros, como

fez referência Vieira-da-Silva (2016). Mas, em Bourdieu, ganha uma outra conotação, mais dinâmica: ... “*um campo de forças e um campo de lutas para transformar esta relação de forças*”... (BOURDIEU, 2000, p.41). O campo é, então, o resultado das várias disputas que acontecem entre os diversos agentes de práticas que são dotados de um determinado *habitus* e que tem ainda, como sua grande característica, uma certa autonomia em relação a outros campos – autonomia que permite a definição de suas próprias regras, desenhos e importâncias constituídas. Dessa forma, um campo é sempre um espaço social, mas, um espaço social nem sempre se configura como um campo, já que, para isso, precisa da constituição de autonomia, não necessariamente presente nos espaços sociais (VIEIRA DA SILVA, 2016). Para Bourdieu, *habitus* é o produto da interiorização pelo indivíduo das condições históricas e sociais realizadas ao longo de sua trajetória pessoal e social. As estruturas que caracterizam um campo específico ou as condições que caracterizam uma situação de classe são apreendidas sob a forma de regularidades que, associadas a um meio social, produzem sistemas de disposições duráveis que estão predispostos a funcionar como estruturas estruturantes. Tais estruturas funcionariam como princípio gerador de práticas. Para Bourdieu (2003), o *habitus* é importante para a análise de atitudes subjetivas que são capazes de construir as representações, pensamentos e comportamentos que produzem a reprodução dessas estruturas, conservando a sociedade. No entanto, o próprio Bourdieu ressalta que nessa reprodução os agentes são capazes de geração de novas práticas, o que SCHRAIBER (1993; 2008), relativamente ao trabalho médico, definiu como (re) produção, no sentido de que se trata de uma repetição em que se gera algo novo, um diferente.

Bourdieu (1996) nos traz a ideia de que a presença das crenças se dá por dentro da preocupação em realizar algo, ou seja, das razões práticas para isto.

O autor usa em suas pesquisas e na construção de sua obra sócio-filosófica, um olhar diferente para o estruturalismo, quando comparado ao estruturalismo de Lévi-Strauss, por exemplo, conforme aponta Thiry-cherques (2006), uma vez que entende a existência de estruturas reais e objetivas, que se apresentam independentemente do desejo, das escolhas e da consciência de seus agentes, mas também reconhece que estas estruturas são resultado dos diversos pensamentos e ações dos sujeitos socialmente constituídos e que, dessa forma, as estruturas, o que elas representam e suas práticas, são também permanentemente modificadas (BOURDIEU, 1987:147). Corroboram com essa ideia, Pinell (2010), Carapinheiro (1986 e 1993) e nacionalmente, Schraiber, (1997, 2010 e 2012) e Vieira-da-Silva (2016), como já descrito acima.

Carapinheiro nos traz o olhar para a relação entre o conteúdo social e histórico das doenças e, dessa forma, de seu simbólico social que, aqui, relacionamos com a questão da situação de violência vivenciada por algumas mulheres, não apenas como a

doença em si, mas como a condição que constrói a doença. O peso dos contextos e dos componentes, tanto de ordem individual e subjetiva, como aqueles de ordem social, estrutural e histórica estariam aqui presentes. O individual estaria então inserido em estruturas sociais mais complexas, onde seus elementos passariam a ganhar sentido (CARAPINHEIRO, 1986 e 1993). Além disso, parece importante para os profissionais de saúde onde se inserem os gestores, o vislumbrar da ação prática. Ainda para Carapinheiro, a medida que a saúde vai adentrando em domínios que não lhe eram tradicionais, como: o trabalho, a velhice, a sexualidade etc., vinculam-se cada vez mais traços que condicionam os interesses destes profissionais com o desenvolvimento de competências e técnicas que se adaptem à possibilidade de intervenção, mesmo que estas se ampliem num espaço de domínio da prática maior do que o de curar. Ampliam-se para um campo onde outras funções sociais, como orientar, controlar, aconselhar fazem parte de suas ferramentas, inaugurando apropriações de poder, talvez não experimentadas anteriormente por estes profissionais (CARAPINHEIRO, 1986). A construção social da doença e das cargas simbólicas que se lhe associam, no caso de doenças ou condições/situações cuja história persiste em nossa memória coletiva, também interfere nesse processo. Schraiber também faz referência à importância do contexto sócio-histórico e dos determinantes técnicos e científicos na produção social do trabalho em saúde e na construção, formulação e determinação das políticas públicas de saúde. Traz ainda, a importante ideia da ligação entre as políticas públicas e as práticas dos profissionais de saúde ao produzir cuidado, e aponta para as diferentes construções das necessidades de saúde para homens e mulheres, a partir de uma cultura tradicional de gênero, que termina por manter essas ofertas de formas muito desiguais (SCHRAIBER, 2012). Acrescenta também as possibilidades das mudanças culturais, éticas e políticas para um “*agir crítico das desigualdades de gênero*” na produção do cuidado em saúde (SCHRAIBER, 2012). Além disso, demonstra grande preocupação ao perceber que estes profissionais não incluem no espectro de sua prática profissional de saúde, uma perspectiva ou noção de direitos, como parte de seu conhecimento e determinante do seu agir enquanto profissional (SCHRAIBER, 2012).

Cecílio (2012), de outra forma, também se articula com a ideia da relação sujeito e estrutura social, quando afirma que os sujeitos e seus contextos interferem nas produções das políticas públicas formuladas e implementadas. Cecílio nos traz a ideia de que as práticas levam em conta as visões de mundo, os conceitos e os projetos ético-políticos de cada um (CECÍLIO, 2012).

Mattos e Baptista (2011), no livro *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, trazem também algumas questões que dialogam e nos mobilizam neste trabalho:

Por que algumas políticas parecem nunca sair do papel? Por que algumas políticas vingam e outras não? Por que o que se expressa no discurso de governantes e representantes das instituições de governo muitas vezes parece estar tão distante do que é o dia-a-dia da política ou do que se faz no contexto de uma instituição e das práticas em serviço? Por que há uma tendência a acreditar que as políticas nacionais são capazes de mudar realidades no âmbito das localidades e serviços?... As questões que mobilizam os estudos de política conseguem responder às inquietações de movimentos sociais, de profissionais de saúde e outros grupos sociais?... (MATTOS; BAPTISTA, 2011 p.10)

Entendendo os gestores sujeitos apresentados nesse estudo como agentes das práticas na saúde, saber: quem é esse sujeito?; como ele opera no campo da saúde?; de que forma ele se relaciona com as questões estruturais da sociedade brasileira e do contexto particular de São Paulo? – estão entre os nossos questionamentos.

Interessa, desta forma, entender que os diferentes espaços sociais, as lutas internas, as hierarquias, as condutas existentes nas relações entre o indivíduo e a sociedade e entre a estrutura e o ator é que serão responsáveis por inserir as práticas que implementam as políticas públicas (SETTON, 2003).

Em termos do campo da saúde, implantar práticas de intervenção com ênfase em políticas públicas já formuladas, implica ao menos 3 tipos de agentes e de práticas sociais a serem examinados (SCHRAIBER, 2012; SCHRAIBER, 1995): os gestores (do tipo 1) das políticas nacionais ou locais, no âmbito de órgãos de governo e suas redes de serviços, e os diretores (gestores tipo 2) dessas redes de serviços; e os profissionais do cuidado direto ou operadores da assistência médica e sanitária. O recorte aqui utilizado irá examinar os que formulam as políticas e os agentes que as implementam e as desenvolvem nas redes de serviços.

Assim, o gestor é um dos agentes com lugar específico na produção da assistência em saúde. Esta concepção nos remete à ideia de que um gestor realmente não é alguém sem interesses, e que apenas recebe as recomendações, mas, quando ele toma conhecimento e concorda com aquela proposta, perpassa as fronteiras das suas atribuições de gestor, ou seja, do poder conferido na dimensão burocrático-profissional do serviço, e passa a estar relacionado também com sensações, com emoções, com a capacidade de afetar, ser afetado e, especialmente, de criar. Em outras palavras, passa a estar relacionado com o exercício de sua subjetividade. O gestor, designaremos como um agente de práticas da gestão.

Complementarmente, o mesmo pode ser afirmado por referência aos profissionais que diretamente atendem a clientela dos serviços, aos quais designaremos como agentes de práticas da produção direta do cuidado. Nessa produção, o conhecimento científico

e as técnicas de intervenção correlatas constituem, senão o principal, ao menos um dos componentes de maior relevância em suas representações e ações práticas. O mesmo não poderá ser dito de formuladores e gestores, para quem o conhecimento científico deverá compor com outros interesses e necessidades, as decisões em torno à implementação das políticas ou as resoluções de conteúdo de uma política pública (SCHRAIBER, 2012). Mas, o fato de se valerem os agentes da produção direta dos cuidados do conhecimento técnico-científico como importante referencial para suas práticas, não significa que, além da defesa das atribuições conexas ao exercício técnico-científico de seu trabalho, os profissionais deixarão de mesclar tais atribuições com seus valores, crenças, emoções no exercício de sua subjetividade enquanto agentes de práticas. (SCHRAIBER, 1996; 1997; 2010)

CAPÍTULO III

Políticas públicas em saúde: os direitos humanos e a violência contra as mulheres

“A dificuldade que as mulheres enfrentam para serem atendidas resulta do descumprimento pelo Estado da responsabilidade de assegurar direitos. Do nosso ponto de vista, à inclusão de um direito em lei deve corresponder uma ação pública que crie as condições necessárias ao usufruto universal deste direito pela população”

Elcylene Maria de Araújo Leocádio⁸

III. 1 Estudos Sobre as Políticas

Existem duas questões bastante importantes ao se pensar e refletir sobre as políticas públicas. A primeira diz respeito ao conhecimento científico que se produz ao olhar, problematizar ou avaliar essas políticas. A segunda diz respeito à produção das políticas públicas propriamente ditas, como são formuladas, implantadas, ofertadas. Nesta tese, vamos nos debruçar sobre uma política pública específica: a política para o enfrentamento da violência contra a mulher no município de São Paulo. Porém, cabe e torna-se importante fazer uma aproximação de como surge esse campo de reflexão, como se produz conhecimento sobre políticas públicas e se, nesta produção, estão incluídas as questões relativas à implicação dos sujeitos como agentes de práticas.

A área de estudos sobre as políticas públicas no Brasil nasce da transição do período de autoritarismo para o período democrático, que acontece no início da década de 1970 e segue até meados da década de 1980. Nesse mesmo período, o campo das ciências sociais passa a se constituir, em especial na área da pós-graduação, como campo de estudo fortalecido pela criação da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-graduação e Pesquisa em Ciências Sociais), em 1977. De acordo

8. LEOCÁDIO, Elcylene Maria de Araújo. Aborto pós-estupro: uma trama (des)conhecida entre o direito e a política de assistência à saúde da mulher / Elcylene Maria de Araújo Leocádio. Brasília, 2006. 144p. **Dissertação (Mestrado)** – Pós-graduação em Política Social. Departamento de Serviço Social. Universidade de Brasília.

com Hochman (2007), Draibe (2006) e Tavares (2007), isso não quer dizer que não houvesse interesses e estudos a esse respeito, mas eles não configuravam uma área de relevância acadêmica ou campo de estudos, apesar da importância de alguns dos trabalhos até então produzidos. Mas, tratavam-se de estudos mais pontuais. Além disso, o modo da formulação das políticas, de caráter mais centralizado, vertical e individualizado em torno dos problemas que tratavam, tampouco estimulava essa produção. Isso passa a ser tido como necessidade, de parte a parte, de governo a pesquisadores, nos períodos democráticos, possibilitando a instituição de um campo de estudos para a academia, como também, subsídios de ordem científica às políticas públicas (DRAIBE, 2006).

Nos anos 1980, a necessidade de reforma/revisão do então sistema de proteção social, herdado do autoritarismo da ditadura civil-militar de 1964 e suas políticas individuais para as áreas públicas, era o ponto de confluência entre os pesquisadores que se preocupavam com a forma de retomar a agenda nas várias áreas, da saúde, da educação, da assistência social, do enfrentamento da criminalidade, do saneamento, da habitação etc.

A proximidade entre o estudo das políticas públicas e a agenda política governamental é uma tendência mundial do campo das Ciências Sociais, não apenas no Brasil. Ao mesmo tempo, nessa tendência, busca-se articular uma agenda de pesquisa aplicada a mudanças das práticas sociais (ALMEIDA, 2007). Essa análise do que se passava por dentro do Estado Brasileiro, tinha uma mistura entre o cunho acadêmico, de pensamento crítico sobre reformas necessárias, e o político, em que se tentava analisar as formas que o Estado pensava e imprimia sua agenda política nos tempos de regime militar.

Seguindo a mesma direção, estão os estudos produzidos no campo da saúde coletiva sobre as Políticas de Saúde em nosso país. O que nos interessa, é importante esclarecer, no campo das políticas públicas, são as questões que guiam o caminho das Políticas de Saúde no Brasil, as escolhas teórico-metodológicas do campo e sua influência nos desafios de construção da prática em saúde coletiva, que articula o pensar as políticas, o planejamento e a gestão em saúde, tanto no que diz respeito ao campo, sua abordagem e método de estudo, como na relação entre a reflexão e o ato, ou seja, entre a teoria e uma prática que influencia as políticas de estado (CAMARGO JR., in: PINHEIRO e MATTOS, 2009; BAPTISTA, MATTOS, 2015).

A saúde coletiva é formulada ao longo dos anos 1970, tendo como marco de sua oficialização a criação da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), hoje redefinida como Associação Brasileira de Saúde Coletiva. A ABRASCO surge em pleno regime civil-militar e tem uma intencionalidade clara, pois aparece também sob forte influência de um pensamento de esquerda, que pretende

retomar a democracia articuladamente à reforma da saúde, em termos de direitos e provisão de serviços por parte do Estado. Seus intelectuais irão se opor de forma clara à ditadura civil-militar (SCHRAIBER, 2015; VIEIRA-DA-SILVA E PINELL, 2013; VIEIRA-DA-SILVA, PAIM e SCHRAIBER, 2014). Não é à toa que os principais pensadores e formuladores de políticas de saúde são alguns dos atores-chaves do movimento da Reforma Sanitária, cujo olhar ideológico e determinada visão de mundo e crenças em relação ao papel do Estado e das políticas públicas na construção democrática do país, já transparece na perspectiva da construção de direitos, além da pluralidade teórico-metodológica que é um dos marcos do campo da saúde coletiva no interior de sua multidisciplinaridade (CAMARGO JR., in: PINHEIRO e MATTOS, 2009; BAPTISTA, MATTOS, 2015; SCHRAIBER, 2015).

A saúde coletiva origina-se então como uma crítica à forma biomédica e higienista de pensar a saúde pública e a medicina. Saúde como tema complexo, com sua dimensão também social, que se constrói a partir de objetivos e sob o olhar do bem comum, na construção do SUS (Sistema Único de Saúde que se torna constitucional em 1988 e consolida a saúde como direito social, humano e um dever do Estado), com seus princípios e diretrizes, em especial os da Integralidade, Universalidade e Equidade. A articulação entre a epidemiologia, as ciências sociais e as ciências humanas em saúde compõem um referencial importante na construção das políticas de saúde no Brasil (MATTOS, BAPTISTA, 2015).

Dessa forma, reconhecemos os sujeitos implicados na construção desse campo e a relação destes como agentes de práticas que, além de receberem a influência das estruturas então colocadas, passam a interferir nas mesmas, tencionando possibilidades de mudança (BOURDIEU, 2009; PINELL, 2010; VIEIRA-DA-SILVA, 2016).

No livro *Caminhos para Análise das Políticas de Saúde*, organizado pelos pesquisadores Ruben de Araújo Mattos, Tatiana Vargas e Gustavo Mattos (2015) buscam-se respostas para as diferentes questões relativas aos problemas de saúde de nosso país e de suas ofertas de políticas públicas. Nesse material, que nasce também com o objetivo de discutir políticas que mudem as práticas de intervenção, juntam-se alguns pesquisadores do campo da saúde coletiva que tentam estudar e entender o abismo entre a teoria, a formulação e a implantação destas práticas.

A utilização de vários referenciais teóricos no campo da Saúde Coletiva que desde o início trabalhou com vertentes tão diversas quanto o marxismo e os primeiros escritos de Foucault, constituiu-se como uma das marcas desse campo. Também, uma perspectiva ética de engajamento com a mudança, segundo os princípios da equidade e da justiça social, mas com grandes dificuldades de refletir sobre essa questão nos desenhos dos estudos científicos (SCHRAIBER, 2015). Assim sendo, na Saúde Coletiva os estudos acerca das políticas públicas assumem grande papel.

Ao olhar para a produção de uma política pública é comum compreendê-la como a relação entre a política e o poder de Estado. É muito frequente se entender a política pública como um programa governamental. Mas, estas visões nos fariam associar a política ao que é legal (leis, normas técnicas, constituição), ou ao institucional (ministérios e legislativo), ou, ainda, ao enunciado oficial de uma determinada problemática. Como dirão Mattos e Baptista (2015), a política pública reduzida à: *“política nacional de uma determinada questão”*.

Bourdieu (1999) e Pinell (2010) alertam que tal visão nos levaria a compreender a política de forma restrita ao seu espaço formal, sendo essa uma definição insuficiente, já que a política extrapola a formalidade. A compreensão da política se ampliaria, então, para tomar a dimensão daquelas formalidades e suas relações com as negociações, os conflitos, as disputas das visões de mundo que vão acontecer no plano das implementações dos enunciados, assim como para a própria enunciação. Nessas negociações se incluem as estratégias que são utilizadas para implantar as políticas, reconhecendo-se, assim, que estas sofrem influência dos sujeitos envolvidos e que se transformam ao serem colocadas em prática (THIRY-CHERQUES, 2006).

Em relação às políticas públicas de saúde para as mulheres e o campo dos estudos de gênero, é no final da década de 1970 e início da década de 1980 que temos a confluência de questões, como o fortalecimento e expansão do movimento feminista no Brasil, a abertura democrática e a revisão de alguns paradigmas socioculturais em nosso país (FARAH, 2004). Abrem-se, por essa época, os primeiros espaços para os estudos da saúde das mulheres, mais articulados a um conceito de integralidade e à uma perspectiva de gênero de forma mais específica, enquanto área temática do campo de pesquisa da saúde coletiva.

Até então, o olhar para a saúde das mulheres era principalmente relacionado às questões materno-infantis, em que o grande mobilizador dos estudos e prática de cuidados era a criança e seu bem-estar (AQUINO, BARBOSA, HEILBORN e BERQUÓ, 2003). Um olhar de cunho mais biológico se relacionava com as diferenças entre os sexos e pouco se discutiam questões socioculturais que se articulavam aos processos de saúde-doença das mulheres. As desigualdades sociais eram tratadas especialmente como diferenças de classes.

A abertura política que acompanha também o desenvolvimento do campo da saúde coletiva proporciona uma maior participação dos movimentos sociais nas políticas públicas, e suas necessidades e questionamentos passam então a interferir de forma mais direta nas suas formulações e implementações. Isso acontece fortemente em relação ao enfrentamento da AIDS e na participação nas políticas de saúde para as mulheres do movimento feminista.

O movimento feminista, por sua vez, foi fundamental para as políticas relativas às condições das mulheres, ao deixar claro as iniquidades de gênero e buscar a integralidade e a humanização do atendimento às mulheres, levando sempre em conta a necessidade de diminuição das desigualdades e a luta contra a discriminação e a opressão das mulheres (AQUINO, BARBOSA, HEILBORN e BERQUÓ, 2003).

Segundo Costa (1999), outra questão que contribuiu, àquela época, para o afastamento de um olhar mais integral para a saúde das mulheres (além da já referida ligação biomédica com o ciclo gravídico puerperal), foi a verticalidade com que os programas eram formulados e desenvolvidos. Isso dificultava o reconhecimento das necessidades das populações, ao usar como base metas a serem atingidas e vinculando os recursos a serem recebidos ao alcance das mesmas, afastando os gestores de políticas mais criativas, específicas e adequadas às realidades locais.

Antes de prosseguirmos, cabe um destaque à mencionada questão da Integralidade no campo da Saúde. Essa concepção que nasce no interior da saúde coletiva surge como princípio tanto relacionado ao sistema de saúde, quanto relacionado às formas de cuidados em modelos assistenciais propostos na reforma sanitária do país.

A noção de integralidade – com as ações que articulam a promoção, a prevenção, a recuperação e a reabilitação da saúde, mais recentemente incluindo os cuidados paliativos, assim como o pensar os níveis de intervenção, os locais em que acontecem o cuidado e sua necessária interligação, além da produção técnica e assistencial propriamente dita – tem sua origem na teoria da história natural da doença. Ao se vislumbrar o caminho provável do adoecimento e as possíveis lesões em órgãos-alvo, quando estes ainda não estavam acometidos ou eram assintomáticos, foi possível planejar, intervir e repensar as formas de viver e, assim, diminuir prováveis acometimentos, em especial nas doenças crônicas, como é o caso da hipertensão e do diabetes (SCHRAIBER e GONÇALVES, 2000).

A integralidade é, pois, um dos mais importantes princípios do SUS. No Brasil, suas primeiras discussões aparecem em meio ao movimento da Reforma Sanitária, a partir das discussões de seus pensadores e formuladores. Essa parece ter também referência no movimento da medicina preventiva nos Estados Unidos, ainda na década de 1960, que vinha se contrapor à crescente especialização e fragmentação da prática médica, tanto no que dizia respeito ao diagnóstico, como à forma de tratamento das doenças. Essa contraposição se articulava com as propostas da medicina comunitária e da medicina integral (SCHRAIBER e GONÇALVES, 2000).

Em sua tese de doutorado, ao olhar para o cuidado ofertado aos usuários vivendo com HIV e AIDS no Brasil, Kalichman (2016) aponta para a integralidade como o princípio mais importante do SUS, mesmo reconhecendo a necessidade de sua complementariedade com outros princípios para plena realização.

A integralidade, é aqui entendida como uma quebra de paradigma assistencial, ao enfrentar as questões de saúde em sua complexa inter-relação de necessidades e pela importante articulação entre as várias ações a serem realizadas ao se produzir cuidado, sejam estas, a forma de organizar os processos de trabalho e os serviços ou a qualidade do cuidado prestado aos usuários, levando em conta as necessidades das coletividades e dos indivíduos (AYRES, 2009; KALICHMAN, 2016).

Pinheiro e Mattos (2006), no livro *Os sentidos da integralidade*, apontam para um determinado conjunto de sentidos no princípio da integralidade, que diz respeito ao reconhecimento de necessidades e questões muito específicas de determinadas populações e, portanto, de arranjos e desenhos de políticas especialmente desenhadas pela gestão para estes grupos. Eles fazem referência à importância do movimento feminista para a construção desse sentido da integralidade na saúde da mulher.

O Ministério da Saúde utilizou pela primeira vez o conceito da integralidade em 1983, quando, a partir de uma grande pressão e participação do movimento feminista, começou a ser formulado o PAISM (Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher). Este documento foi divulgado oficialmente em 1984, com o título: *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática* (Brasil, 1984). Importante perceber que nessa proposta (inserida no escopo de nossa discussão), aparece o duplo conceito da integralidade: primeiro, quando se propõe a organização das diversas ações necessárias no sistema para a promoção, prevenção e atenção à saúde das mulheres; e, segundo, no reconhecimento das necessidades individuais de cada mulher, dando respostas às questões presentes nos vários momentos de sua vida e não apenas vinculadas ao pré-natal, parto e puerpério (PINHEIRO E MATTOS, 2006; KALICHMAN, 2016).

A integralidade é um dos mais importantes princípios do SUS pelo seu aspecto amplo e pela relação com os princípios democráticos, éticos e de justiça social (AYRES, 2009).

Ainda nos anos 1970, ao relacionar a saúde da mulher à maternidade e ao campo meramente biológico, as tentativas de investimento no controle da natalidade por parte do Ministério da Saúde tiveram grande oposição de setores diversos, de movimentos de esquerda e outros mais conservadores, incluindo a igreja católica. O movimento sanitário desenvolveu um importante papel na resistência à implantação de controle demográfico e ajudou, técnica e politicamente, na formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1983, e na defesa de uma agenda mais coletiva que, a partir deste movimento com a sociedade civil, articulou setores de governo, Conselho Nacional de Direitos das Mulheres, Ministério da Saúde e Movimento Feminista (COSTA, 2009).

O tema do planejamento familiar continuou sendo recorrente, e as várias conferências sobre população, tanto em Bucareste, em 1974, no México, em 1984 e

no Cairo, em 1994, contaram com o Brasil na defesa da autonomia dos indivíduos e casais quanto às suas escolhas reprodutivas, sendo a Conferência do Cairo, um marco pela grande participação da sociedade civil e do movimento feminista (COSTA, 2009), além da defesa dos direitos sexuais e reprodutivos como fundamentais na agenda da integralidade da atenção a saúde das mulheres.

A partir dos anos 1990 até os dias atuais, fica clara a determinante participação do movimento feminista brasileiro nas várias conferências da ONU e suas fundamentais relações com os movimentos feministas de outros países (COSTA, 2009).

O fortalecimento do movimento feminista é observado pela presença de lideranças e setores de mulheres tanto em partidos políticos como nos espaços de saúde e da participação de feministas sanitaristas comprometidas com a grande necessidade de mudanças no sistema de saúde no Brasil. Essa ampliada participação das mulheres foi fundamental para o reconhecimento da saúde das mulheres como um direito humano, o que se fez incluir na construção das políticas de saúde para as mulheres. Implementar tais políticas passou a ser, assim, também uma luta pela saúde como direito de cidadania, incluindo os direitos sexuais e reprodutivos (COSTA, 1999, 2009; BARBOSA, 2003).

O olhar e as políticas ofertadas para as mulheres em situação de violência e a norma técnica do abortamento humanizado – incluindo a interrupção da gravidez nos casos de estupro, a anencefalia do feto ou o risco de saúde para a mulher – presentes nas políticas de saúde que incluem um olhar de gênero, também marcam a busca pela integralidade da saúde das mulheres e a grande distância entre o que se formula e o que se oferece na prática como política de atenção integral, ao revelar a dificuldade de acesso das mulheres a estes serviços previstos na formulação da política, como já abordado em outros momentos desta tese.

A assistência adequada e humanizada às necessidades de saúde das mulheres, de forma integral, como por exemplo, a assistência ao aborto legal, constitui processos dinâmicos, cheios de avanços e retrocessos, em alguns momentos extremamente contraditórios, dialéticos e associados a diversos conceitos e posições relacionados aos temas a serem enfrentados (LEOCÁDIO, 2006). Seria então, um papel do Estado enquanto construção de política pública, garantir a implementação de medidas que garantam o atendimento às necessidades de saúde das mulheres de forma integral e numa perspectiva de direitos. Para tal, no campo da saúde, parece fundamental que os profissionais e serviços possam estar preparados para este olhar da saúde da mulher como direito humano, promovendo equidade ao reconhecer a complexidade de ofertas necessárias, desde escuta qualificada e acolhedora, acesso a medicamentos necessários, atendimento de saúde mental, diagnóstico e tratamentos clínicos e cirúrgicos, quando assim forem necessários. Ou seja, acesso a todas as tecnologias, de promoção,

prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde das mesmas, sempre numa perspectiva de integralidade (LEOCÁDIO, 2006).

Depois de muitos anos de participação da sociedade e dos movimentos sociais em especial do movimento feminista e do reconhecimento da integralidade como necessidade na atenção à saúde, chama atenção a distância ainda existente entre o que se formula e o que se oferta enquanto política pública para as mulheres. Estas não têm se mostrado exatamente mais inclusivas, mas apenas respondem a algumas demandas que dificilmente operarão mudanças sociais e diminuirão as desigualdades sociais e de gênero como, de fato, entendemos ser necessário.

Em especial para o nosso trabalho, reconhecer questões importantes colocadas no cenário destas políticas, no sentido de buscar a autonomia das mulheres, nos parece fundamental. A inclusão deste conceito de produção de autonomia muito nos interessa. Quando valores arraigados numa determinada sociedade nos limitam a certa condição socialmente construída, não completamos a integralidade e, com isso, quebramos o ciclo de cuidado ofertado no atendimento às mulheres, em especial àquelas em situação de violência.

As Nações Unidas e suas agências iniciaram uma política de indução à qualificação das políticas públicas para as mulheres, sob a conhecida tese de que a política social é um condicionante para o desenvolvimento econômico (DRAIBE, 2007). Esta é a base do conceito de desenvolvimento social, que ano a ano foi crescendo em amplitude e complexidade e, mais recentemente, tem sido permeada por princípios dos direitos sociais e humanos, que fazem parte de nosso olhar para as políticas públicas para as mulheres em situação de violência. Essa articulação vem fermentar os novos conceitos de desenvolvimento humano, de investimento nas pessoas, de inclusão social e de uma perspectiva mais ampliada de coesão social. Ainda do ponto de vista conceitual, o olhar integrado passa para outra matriz analítica de uma inserção produtiva, muito interessante, pois investe nas pessoas como capital produtivo e autônomo centrado no seu próprio desenvolvimento (DRAIBE, 2007).

Atualmente, com a inserção das mulheres no mercado de trabalho capitalista e sua inclusão no sistema produtivo e remunerado, acumulou-se para elas a obrigação pelo trabalho não remunerado de cunho doméstico como sua função social, agravando ainda mais as dificuldades e as desigualdades de gênero, com isso, ocasionando seu adoecimento. É necessário, assim, ao pensar e formular políticas públicas de saúde para as mulheres, levar em consideração estas questões e as sobrecargas delas advindas. Olhar este contexto sócio-histórico nos ajuda a entender o quão difícil é implantar políticas que garantam saúde integral a estas mulheres. E o quanto o não reconhecimento dessas questões pode afastar ainda mais estas mulheres de uma condição cidadã (BRUSCHINI, 2000; OLIVEIRA, 2006).

III. 2 As Políticas de Saúde e os Direitos das Mulheres

“Não é a violência que cria a cultura, mas é a cultura que define o que é violência. Ela é que vai aceitar violências em maior ou menor grau a depender do ponto em que nós estejamos enquanto sociedade humana, do ponto de compreensão do que seja a prática violenta ou não”

Luiza Bairos⁹

A educação em direitos humanos das mulheres tem sido apontada como um dos mais importantes veículos de mudança cultural para eliminação da discriminação baseada em gênero. A urgência em promover reflexões acerca dos direitos humanos, sobretudo na perspectiva da análise de gênero, e também, possibilitar a construção de oportunidades iguais a partir da promoção e proteção dos direitos humanos das mulheres é imprescindível. Este investimento faz parte da busca por formas de erradicar as enormes desigualdades estabelecidas e socialmente construídas entre homens e mulheres a partir das representações sociais de gênero (GIERYCZ, 2007; BARRETO, 2015). Uma sociedade mais justa também se constitui na busca pela diminuição das desigualdades de oportunidades e pela educação, que se desde muito cedo interferir na estrutura socialmente vigente, nas suas crenças e determinações sociais, pode e deve ser uma das armas utilizadas para enfrentar o problema. Ousamos dizer que não existe igualdade social sem o enfrentamento às desigualdades de gênero e raça, como pilares na construção dos direitos humanos e sociais, e na busca pela diminuição das hierarquias e do poder de um ser humano sobre outro, seja através do capital (classe), de gênero ou raça/cor, todas representações socialmente constituídas e que promovem desigualdades e sofrimento (HIRATA, 2014; SAFFIOTI, 2004).

Saffioti (2004) utiliza a metáfora do nó para explicar como se relacionam estas questões. É como se estas formassem um grande e inseparável nó, uma trama. Quando um se mexe, os outros também se movem. O poder é um só: um poder que é ao mesmo tempo patriarcal, capitalista e racista. Não se trata apenas de uma soma de opressões, mas da relação que elas estabelecem conformando um sistema que reforça tais desigualdades (SAFFIOTI, 2004; HIRATA, 2014). Neste trabalho, trataremos em

⁹ Ex-ministra da Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República – Seppir. Fonte: Agência Patrícia Galvão. Disponível em: <http://agenciapatriciagalvao.org.br/>. Acessado em julho de 2017.

especial das desigualdades de gênero, entendendo a sua inter-relação com as questões de raça e classe social como agravantes dessas desigualdades.

O conhecimento sobre a legislação, incluindo aí o entendimento dos direitos e liberdades dos indivíduos e das leis que os regulamentam, tanto nacional como internacionalmente, é condição fundamental para que estas leis possam ser cumpridas na prática, para que suas violações sejam legalmente punidas e que respostas e compensações aos danos ocorridos por suas infrações possam ser implementados GIERYCZ (2007). A legislação que protege as mulheres é encarada como um investimento na melhoria de vida destas, pelo simples fato de serem reconhecidas como seres humanos que merecem respeito e que tem direitos sociais e humanos garantidos legalmente.

A educação em direitos humanos das mulheres pode ser feita de várias formas em capacitações, movimentos de sensibilização de cidadãos e de profissionais, em discussões e aproximações sobre o tema e ao investirmos numa alfabetização sobre a questão, como aponta GIERYCZ (2007), uma alfabetização em legislação. Essa alfabetização em legislação inclui o conhecimento dos direitos e da liberdade e, dessa forma, contribui para a construção da autonomia das mulheres por suas vidas. Além disso, esse processo também permite a aplicação prática das leis e normas pelos sujeitos. É como se dessa forma, permitíssemos, a partir do conhecimento e reconhecimento da legislação, a possibilidade de construção de democracia e de bem comum, pertencentes ao conceito de cidadania. Tudo isso pode parecer simples e lógico, mas existem muitas contraposições a esta ideia, tanto por omissão, quanto pela não aceitação desses direitos como legítimos. É necessário que a sociedade, enquanto ente público, reconheça os direitos, ajudando, assim, a encarar e enfrentar questões como a violência contra a mulher, e erradicá-la (GIERYCZ, 2007).

As mulheres fazem parte de pouco mais da metade da população mundial e, apesar de existir um reconhecimento internacional que as mesmas são portadoras de direito e merecem respeito, as desigualdades, a discriminação e a violência prevalecem nas suas vidas cotidianas e produzem diversas consequências e sequelas tanto físicas quanto emocionais (D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, HANADA, DURAND, 2009; D'OLIVEIRA, FALCÃO, FIGUEIREDO, 2005; SCHRAIBER, BARROS, CASTILHO, 2010). Estas consequências também se constituem socialmente quando deixamos de receber o potencial e as contribuições dessas mulheres como cidadãs, cujos olhares e valores distintos dos homens são necessários à construção da diversidade na sociedade (GIERYCZ, 2007).

De outro lado, é preciso entender que existe uma dívida social adquirida em séculos de desigualdades e discriminações, balizadas por padrões que reprimem as mulheres e lhes retiram o potencial de crescimento, autonomia e liberdade. Atingir este

patamar e buscar a diminuição das desigualdades é muito difícil e requer a participação ininterrupta da sociedade, em todos os espaços, na construção de um “não social” que reconheça as injustiças e as aponte, seja nos espaços profissionais ou pessoais, não permitindo a banalização ou a naturalização dessas desigualdades. Um reaprender de papel social que precisa da participação de todos, o tempo todo.

Esta necessidade no campo da saúde coletiva, nos remete à possibilidade de lançarmos mão de políticas públicas já instituídas e da utilização de seus recursos financeiros e de seus referenciais conceituais e técnicos, como, por exemplo, a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e a Política Nacional de Humanização (PNH), já referidas e descritas em capítulo anterior como possibilidades de fortalecimento dessa ação, a fim de se investir na educação de todos os atores envolvidos na prática e no cuidado em saúde, sejam estes gestores, profissionais ou usuários, na perspectiva do (re)conhecimento e fortalecimento dos direitos humanos das mulheres.

A aplicabilidade para as mulheres dos padrões internacionais de igualdade nem sempre foi encarada como deveria, tendo passado muito tempo diminuída, mesmo que reconhecida como necessária.

Na carta de criação das Nações Unidas, endossada por 185 dos seus Estados-membros está escrito em sua introdução: “*fê nos direitos humanos fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana, nos direitos iguais de homens e mulheres e de nações grandes e pequenas*”. Entre os seus principais objetivos está relacionada a: “*cooperação internacional para promover e estimular o respeito pelos direitos humanos e pelas liberdades fundamentais para todos, sem distinção de raça, sexo, idioma ou religião*” (Artigo I, SS 3). O mesmo objetivo está explícito nos dispositivos da Declaração (no artigo 26 do Pacto Internacional sobre Direitos Civis e Políticos, 1966). Sabemos que a discriminação histórica por muitos anos sofrida pelas mulheres, ainda dificulta que estes padrões relativos a gênero tenham praticidade de ação e aplicação ou que se resolvam facilmente.

Mesmo sabendo que, ao adotar a Carta, a Declaração Universal dos Direitos Humanos e os dois Pactos Internacionais sobre os Direitos Humanos e seus instrumentos, nenhum país tenha contestado o princípio da igualdade entre homens e mulheres, a aplicação e monitoramento destes pactos sempre foi muito difícil (GIERYCZ, 2007).

Apesar da pressão dos movimentos de mulheres, por meio de sua principal representante Eleanor Roosevelt, ter possibilitado a criação da *Comission on the status of Women* (CSW) como auxiliar do conselho da ONU, na tentativa de garantir o olhar para os direitos humanos das mulheres, o pouco interesse político da maioria dos países para as questões que diziam respeito aos direitos humanos das mulheres dificultaram seu uso, além de serem tais direitos pouco conhecidos pelo público. O

direito socioeconômico acaba sendo mais divulgado e é considerado mais importante em relação aos direitos políticos, e os direitos coletivos em relação aos direitos individuais. As dissidências políticas fazem parte das prioridades de forma que, até hoje, os protocolos da mencionada comissão (CSW) continuam pouco conhecidos e foram pouco aplicados na prática, mesmo podendo ser este um dos mais potentes dispositivos para a educação em direitos humanos das mulheres e referência para avaliação de sua aplicabilidade pela Comissão (GIERYCZ, 2007).

Apenas a partir de 1975, a interação entre a CSW, os governos e as ONGs (organizações não governamentais) na área dos direitos humanos da mulher aumentam, sobretudo pela proclamação do Ano Internacional da Mulher e da *Década das Nações Unidas para a Mulher (1976 a 1985): Igualdade, Desenvolvimento e Paz*. A partir deste momento, estas questões passam a ter mais visibilidade, mas, ainda assim, o reconhecimento do termo “*direitos humanos das mulheres*” e o olhar mais ampliado para o assunto não aparecessem claramente. A luta pela igualdade das mulheres passa a acontecer em duas frentes fundamentais: uma que busca encarar, reconhecer e erradicar a violência contra a mulher e outra que busca a implementação dos direitos humanos das mulheres e suas liberdades fundamentais, sem discriminação pelo fato de ser mulher (GIERYCZ, 2007).

A violência contra a mulher foi deixada por muito tempo fora da agenda das políticas públicas, uma vez que era considerada por muitos como um evento de âmbito privado, em especial nos setores do judiciário e do executivo, afastando dessa forma a possibilidade de intervenções das políticas públicas (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 2014). Ainda que ativistas dos direitos humanos das mulheres, acadêmicas e intelectuais feministas, tenham sempre apontado diversos casos de violência contra as mulheres, perpetrados tanto por indivíduos, quanto por instituições e até mesmo pelo Estado.

Ao considerar casos de violência contra a mulher como eventos de âmbito privado, estes foram tratados de forma particular, caso a caso, e levavam em conta as relações, questões culturais e os costumes, fazendo com que a maioria deles não fossem considerados crimes e não tivessem, dessa forma, intervenção e punição pública possíveis (GIERYCZ, 2007).

O movimento feminista tem apontado a importância do reconhecimento da violência contra as mulheres como uma quebra de direitos humanos, e defende que a violência contra a mulher tem origem comum com outras formas de violência. As diferentes formas de violência têm a mesma base, sejam elas, a violência perpetrada nas casas, nas famílias, nas relações afetivas e pessoais ou nas estruturas e Estado, demonstrando, em todas, a expressão da dominação, da exploração, do autoritarismo e das desigualdades por dentro das relações. Mais que isso, percebeu-se que nos momentos de crise, fossem crises políticas, econômicas, sociais ou guerras e

rebeliões, tornavam-se ainda mais frequentes os episódios de violência contra a mulher. Isto reforça a forte ligação entre as várias formas de violência (KRUG, 2002; GIERYZCZ, 2007).

Muitas vezes essa violência é interpretada, conforme alguns autores citados, como um ‘excesso’ de poder ou um uso excessivo da autoridade. Mas aqui, adotaremos, conforme Schraiber et al. (2005), a noção de violência como o oposto de poder. Com base na formulação arendtiana dos conceitos de poder e violência, estes últimos autores apontam que o apelo à violência somente ocorre quando não há mais uma autoridade reconhecida e, por isso, não há mais poder reconhecido. Eles explicam, ainda, a ocorrência da violência contra as mulheres exatamente nas situações de crise da autoridade masculina tradicional ou em situações em que o poder masculino requer, do ponto de vista do homem na relação, ser internalizado ou aculturado pelas mulheres, como uma espécie de educação das mulheres quanto ao papel tradicional dos homens na sociedade.

A incorporação da violência contra a mulher na agenda governamental acontece pela primeira vez na Conferência do Terceiro Mundo sobre a Mulher, em Nairóbi, em 1985, quando se reconhece que a paz no mundo não acontecerá se a violência contra a mulher não for reconhecida, enfrentada e erradicada. O relatório da conferência aponta ainda, para a dura realidade da presença deste tipo de violência no cotidiano de vida das mulheres, quando estas são humilhadas, abusadas sexualmente, espancadas, queimadas e mutiladas. A existência deste texto em um documento oficial e intergovernamental foi muito importante ao reconhecer, pela primeira vez, a natureza pública da violência contra a mulher (GIERYZCZ, 2007).

A convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, em 1979, realizada pela CSW e com apoio de muitas pessoas do meio acadêmico, pesquisadores e militantes produz o tratado mais importante e um marco legislativo quanto à defesa dos direitos humanos das mulheres e com uma agenda de ação que deveria ser cumprida pelos países, cobrando de todos os Estados membros adotar medidas que assegurem o desenvolvimento das mulheres (LEOCÁDIO, 2006).

A universalidade da convenção e a aceitação de seus termos e objetivos foi muito importante e alcançou 139 Estados em junho de 1995. Porém, chama a atenção que os países que não assinaram a convenção tinham incorporado ao seu código civil a lei muçulmana, o que corrobora com a ideia das crenças e religiões interferindo nas escolhas políticas e da gestão pública.

Razões semelhantes estariam por trás de restrições, retificações ou declarações baseadas em leis religiosas ou tradições culturais de outros países, como foi o caso de Bangladesh, do Brasil, da Coreia do Sul, do Egito, do Iraque, entre outros. Apesar de diferentes, todas as retificações tratavam de pontos fundamentais da discriminação

contra as mulheres e seriam incompatíveis com as leis e tratados internacionais, mas foram aprovadas dessa forma.

O funcionamento do comitê sobre eliminação da discriminação contra a mulher passa a ter um mandato que monitora a implementação da Convenção. A participação de especialistas na área de direitos humanos e de Organizações Não Governamentais (ONGs) que se dedicam a esta causa teve grande impacto por tornar-se público o monitoramento dos compromissos dos governos com os direitos humanos das mulheres e por ter retirado esta possibilidade de um campo fechado à jurisdição apenas das Nações Unidas (GIERYCZ, 2007).

Em 1993, na Convenção de Viena abre-se um novo patamar de lutas pelos direitos humanos das mulheres, com foco principal na erradicação da violência contra a mulher e pela eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, que marcam fortemente a preparação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher em Pequim. A declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher elaborada pela CSW, em Viena, inclui na sua definição as violências física, sexual e psicológica que podem ocorrer na família, na sociedade, em instituições educacionais ou até pelo Estado, quando estas são toleradas por governos, onde quer que aconteçam (GIERYCZ, 2007). A declaração, também, denota a influência da ideologia feminista, quando de forma acertada determina em sua introdução que:

... a violência contra a mulher é uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre os homens e as mulheres, que levaram à dominação e à discriminação contra as mulheres pelos homens e impediram o progresso total das mulheres; e que a violência contra a mulher é um dos mecanismos sociais cruciais pelos quais as mulheres são forçadas a uma posição inferior em comparação com os homens... (*Declaração sobre a eliminação da violência contra a mulher*. Introdução, 20/12/1993).

Mais uma vez aqui se deve mostrar o conceito de violência utilizado pelas Nações Unidas como o uso excessivo de um poder – formulação que não adotamos, como já dissemos, embora endossando, a importância da questão da violência nas relações de gênero.

De outro lado, já referimos também a importância da temática da violência para a saúde das mulheres, mas ainda é muito importante entender o porquê das agressões e abusos sofridos pelas mulheres serem reconhecidos como uma situação de violência. O principal entendimento é que este tipo de acontecimento desrespeita e desconhece os direitos a que cada um tem como pessoa dentro da sociedade, independentemente de ser homem ou mulher. O respeito aos direitos e deveres das relações entre as

peessoas são legalmente reconhecidos e, desta forma, não deveriam nunca ser violados (SCHRAIBER et. al. 2005).

III. 3 A Violência

“A violência contra a mulher é uma violação aos direitos humanos e liberdades fundamentais e limita total ou parcialmente à mulher o reconhecimento, gozo e exercício de tais direitos e liberdades. A violência contra a mulher é qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público quanto privado.”

Convenção de Belém do Pará, art. 01

As primeiras impressões sobre o tema parecem advir ainda de discussões que se iniciaram no período do iluminismo e da revolução liberal (COSTA, 1996; CORREIA 1999; 2010), nos séculos XVII e XVIII, que tinham por premissas fundamentais que todos os seres humanos nascem livres e iguais e, conseqüentemente, também iguais em direitos e deveres. Porém, este pensamento se referia apenas aos homens e não se estendia às mulheres. A estas cabiam apenas os espaços familiar e conjugal e sua atuação era delimitada a esse mundo privado. Era como se a sociedade se dividisse em duas partes: um espaço político e social onde todos deveriam ser iguais, e outro, familiar e conjugal, onde as mulheres deveriam ser submissas e hierarquicamente inferiores aos homens. Esse entendimento e a naturalização da desigualdade de direitos entre homens e mulheres nos espaços domésticos e sociais tem historicamente contribuído para a perpetuação da violência contra a mulher.

Para entender essa violência faz-se necessário apresentar e discutir o conceito de gênero, e a que ordem de problemas estamos nos referindo quando falamos em ‘questões de gênero’. Em 1949, em seu livro *O Segundo Sexo*, Simone de Beauvoir trouxe à tona um debate importante sobre a condição da mulher na sociedade. Considerada cidadã de segunda categoria, não teria poder de decisão e ocuparia um espaço de subalternidade na sociedade e nas relações interpessoais (BEAUVOIR, 1980).

A partir dessa raiz histórica, a historiadora Joan Scott (1994, 2016) irá conceituar gênero como a forma com que se definem e organizam as relações sociais entre homens e mulheres na sociedade; um conjunto de papéis, atributos, atitudes e crenças que definem o que vem a ser homem ou mulher na sociedade, e, portanto, suas identidades sociais. Nesse processo, as relações que então se estabelecem entre essas identidades

(que não concernem necessariamente a indivíduos e distintos sexos biológicos) se estabelecem como relações desiguais, quanto ao valor social de cada um dos sujeitos da relação e quanto aos trabalhos e afazeres cotidianos que cada um deve fazer frente, aos quais adere a valorização desigual. Estas desigualdades acabam por se refletir em leis, políticas e práticas sociais (LEOCÁDIO, 2006).

A violência contra a mulher tem sido reconhecida como um fenômeno complexo, com origem e desdobramentos em padrões socioculturais e, durante algum tempo, restrita aos campos da segurança e do judiciário, sendo historicamente mais abordada pelas ciências humanas e sociais (SCHRAIBER et al., 2009). Este distanciamento dificulta o reconhecimento da violência como uma questão de saúde e, como tal, passível de intervenção e cuidado.

Na saúde, o reconhecimento de seus danos físicos e mentais costuma ser tratado seguindo uma abordagem biomédica, mas a violência, enquanto fenômeno causador dos danos, não é assim considerada. Segundo Schraiber (2009), ao afastar a causa do efeito, fica afastada também a possibilidade de entender e intervir no problema de forma integral, e, ao não reconhecer a violência como parte intrínseca do problema, transforma-se a violência em uma “não questão”, contribuindo para a sua invisibilidade como problema de saúde. Ainda como problemática dessa abordagem biomédica e das cisões por ela produzidas, temos a existência dos profissionais que se dispõem pessoalmente a lidar com esta questão, mas que o fazem como um compromisso pessoal, e não profissional (SCHRAIBER et al., 2009), o qual nem sempre está pautado em uma política pública organizada ou específica ao enfrentamento da violência como questão de saúde.

A violência é então um conceito complexo e que se compõe de muitos significados, podendo ser utilizado para definir práticas socialmente muito distintas, desde agressões físicas, até aquelas mais sutis presentes na vida cotidiana das famílias, nas empresas e em instituições públicas. Nos estudos sobre a violência, há grande concordância que este seja um conceito com variadas determinações, com base em costumes culturais e socialmente aceitos e que mudam de acordo com os períodos históricos que acontecem. A violência, pois, é uma questão bem mais ampla que um delito e não deve ser limitada a este olhar, já que esta pode acontecer por dentro das famílias, das estruturas, dos sistemas econômicos, culturais e políticos que oprimem indivíduos ou grupos de pessoas, por classe, gênero, raça, entre outros (MINAYO, 1994, LEOCÁDIO, 2006). Estruturas estas que a partir de suas referências socioculturais podem naturalizar a violência, em especial no caso da violência contra a mulher.

Cabe aqui diferenciar o que queremos dizer ao usar os termos complexo e sensível para caracterizar a violência contra a mulher. A complexidade diz respeito à necessidade de enfrentar o problema de forma intersetorial e multidisciplinar,

arregimentando vários profissionais e diferentes serviços, ou seja, ao nos deparar com a violência contra a mulher, precisamos compartilhar saberes, articular diferentes serviços em diversas áreas (jurídica, social, saúde etc.), organizando uma grande rede de apoio às mulheres em situação de violência, incluindo o esforço de tornar pública a necessidade de reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2009).

Já a sensibilidade diz respeito ao fato de que ao lidar com a questão da violência contra a mulher, seja na formação de profissionais para o manejo de seu cuidado ou no momento de produzir estudos sobre o tema, precisamos ser muito cuidadosos, pois todos têm algum tipo de vivência, diferentes sentimentos e experiências de vida relativas ao tema da violência contra a mulher. Essas experiências podem ser pessoais ou ter acontecido por dentro de suas famílias e ao aproximar-se da questão, podem vir à tona por meio de lembranças traumáticas, tristezas, sentimento de culpa etc., ao serem reconhecidas como situações de violência (SCHRAIBER, D'OLIVEIRA e COUTO, 2009).

Muitas vezes as pessoas necessitam de suporte por parte de quem está conduzindo o processo, seja este de atenção, formação ou pesquisa. Isto reforça a importância dos necessários movimentos de sensibilização dos profissionais de saúde e pesquisadores para que, dessa forma, sejam capazes de oferecer o suporte adequado e trabalhar com a violência de forma integral, garantindo que ela seja reconhecida como questão de saúde.

Ao reconhecer a violência como um problema sensível e complexo, podemos intervir e acompanhar com delicadeza e pertinência os estudos que tratam do tema e as sensibilizações dos profissionais para o atendimento às mulheres – questões fundamentais para o enfrentamento eficaz da violência contra a mulher (SCHRAIBER, et al., 2005).

As violências às quais as mulheres estão submetidas são muitas e podem acontecer de diversas formas. Podem ser psicológicas, físicas e sexuais, podem ser também patrimoniais e, na maioria das vezes, são perpetradas por parceiros ou ex-parceiros íntimos, que deveriam estar entre as referências de afeto e cuidado na vida dessas mulheres. Outras tantas vezes esta violência é repetida nos espaços sociais por amigos, familiares e até por instituições ou pelo Estado, quando este não protege as mulheres ao naturalizar a violência, ao não punir seu acontecimento ou ao não reconhecer a mesma como tal (SCHRAIBER et al., 2005).

É mais frequente do que se pensa a existência de relações violentas que desrespeitem a perspectiva de direitos, em especial com as mulheres, sendo essas ainda mais graves entre as mulheres que estão em idade reprodutiva. Estas experiências interferem fortemente na saúde das mulheres e em sua forma de adoecimento (SCHRAIBER et al., 2005).

As situações de violência por que passam as mulheres têm muitas coisas em comum e se baseiam no não reconhecimento das mulheres como seres de direitos perante o mundo, referência essa constituída histórica, cultural e socialmente, como abordado no início deste capítulo. A mudança nas relações entre as famílias, no trabalho e a busca pelo protagonismo das mulheres, seja na família, entre amigos e no meio profissional são muitas vezes desencadeadores desta violência, por se entender que a mulher não tem direito a este lugar e deva ser, então, castigada por isto. Quando a violência ocorre em espaços íntimos, na relação entre parceiros, podendo ser perpetrada dentro da própria casa ou em outros espaços, configura-se como violência doméstica (SCHRAIBER et al., 2005).

Entendemos então a violência como a ação de um sujeito que, por meio da subjugação de outro, seja por força física, por assédio moral ou sexual, obriga o outro fazer algo que por livre escolha não faria. A violência normalmente ocorre quando não há autoridade e reconhecimento do poder que este indivíduo entende que devesse a ele ser conferido. Esta ação é perpetrada por alguém que se julga no direito de impor suas vontades ou desejos a outra pessoa, lembrando que tal juízo corresponde à tradição histórica no modo de socialmente serem valorizados e delimitados os papéis e as atribuições dos homens e das mulheres (SCOTT, 1994). A violência não se constitui em novidade como acontecimento, mas a preocupação como problema de saúde, sim. Segundo Schraiber e D'oliveira (1999), existe uma relação entre este reconhecimento e a modernidade, com seus valores de liberdade e felicidade, que se consolidam numa perspectiva e concepção de cidadania e direitos humanos, fazendo com que algumas práticas até então naturalizadas, passem a ser vistas como formas de violência.

A prevalência da violência contra a mulher é muito elevada: nos serviços de atenção primária, na região metropolitana de São Paulo, 49,6% das usuárias de serviços públicos de saúde relataram violência física e 26% violência sexual por algum agressor durante a vida. O parceiro íntimo foi o principal agressor: 40,3% das mulheres entrevistadas reportaram violência física e 21% violência sexual cometida pelo parceiro. Outros estudos também apontam para a grande magnitude e a elevada prevalência da violência contra a mulher nos serviços de saúde (HEISE, 1994; HEISE, ELLSBERG e GOTTEMOELLER, 1999; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA 1999; SCHRAIBER, D'OLIVEIRA, FRANÇA e PINHO 2002; SCHRAIBER et al., 2007).

Sabe-se ainda das importantes consequências para a saúde das mulheres vítimas desta violência e que também produzem impacto nos serviços de saúde. As mulheres que vivem ou viveram violência por parceiro íntimo (IPV) ou outras formas de violências alguma vez na vida, têm mais queixas, distúrbios e patologias, físicas e mentais, e utilizam os serviços de saúde com maior frequência do que aquelas sem esta experiência. (D'OLIVEIRA, FALCÃO e FIGUEIREDO, 2005;

D'OLIVEIRA, SCHRAIBER, HANADA e DURAND, 2009; SCHRAIBER, BARROS e CASTILHO, 2010).

A violência contra a mulher configura-se então como importante problema de saúde e de seus serviços, sendo a discussão de como manejá-la importante, em especial na perspectiva da construção de um sistema em redes. Este manejo tem sido foco de alguns estudos, de propostas e práticas assistenciais governamentais como, por exemplo, a implantação das linhas de cuidado para o atendimento às mulheres em situação de violência, onde se pretende definir caminhos, papéis e tipos de cuidado a serem ofertados nos diversos pontos de atenção que, conectados, possibilitem a produção de um cuidado mais integral e humanizado a essas mulheres.

O entendimento de que existem filtros e barreiras ao se planejar e produzir cuidado para as mulheres em situação de violência, e ainda que tais barreiras de acesso ao cuidado necessário tenham nos parecido limitadoras da construção da autonomia das mulheres e, por conseguinte, de que as mesmas possam gozar de uma vida produtiva e feliz na sociedade, nos estimulou a buscar respostas e tentar entender a questão de gênero aqui apresentada. Nosso objetivo é contribuir com o reconhecimento destas questões enquanto uma construção de direitos, em uma prática cidadã relativa à vida das mulheres na sociedade que já produz muitas desigualdades e iniquidades.

Quando uma política pública de saúde, se isto de fato acontece, é limitada por valores sociais e pessoais dos gestores que deveriam implantá-las, uma diminuição na oferta de serviços e de cuidados específicos que devem ser produzidos por essas políticas pode acontecer. E isto significa uma diminuição inaceitável dos direitos humanos das mulheres na sociedade.

CAPÍTULO IV

Objetivos e a pesquisa empírica

Considerando as questões até aqui expostas diremos que nossos objetivos neste estudo podem ser definidos como segue:

IV. 1 Objetivos

1. Conhecer as percepções e representações dos gestores da saúde acerca das políticas públicas sobre atenção às mulheres em situação de violência.

2. Conhecer qual a visão dos gestores, como agentes de práticas sociais, acerca do processo de implementação daquelas políticas, identificando razões pelas quais essa implementação assim se deu, do ponto de vista da gerência das instituições e das relações com outros profissionais.

Desse modo, buscaremos em relatos e depoimentos de gestores compreender a diversidade das atitudes, ações e decisões frente às políticas públicas relacionadas à violência contra a mulher.

IV. 2 A Pesquisa Empírica

Para a produção dos dados empíricos foi feito um estudo qualitativo, baseado em entrevistas com agentes de práticas de saúde, e análise de seu conteúdo. Procuramos olhar os diferentes períodos históricos e as políticas propostas na Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, suas apostas e formulações relativas às políticas de saúde para mulheres e suas implementações.

Usamos entrevistas semiestruturadas com gestores operando em diferentes níveis da organização institucional da Secretaria Municipal da Saúde, além de entrevistas com alguns formuladores dessas políticas no cenário estadual e nacional. A análise dessas entrevistas será realizada à luz do referencial conceitual e da bibliografia utilizada, no sentido de melhor interpretar o próprio conteúdo das entrevistas.

Os entrevistados foram elencados no sentido de representarem a diversidade institucional de gestor e a diversidade de serviços, como descreveremos mais adiante.

Alguns documentos de interesse que possam qualificar e aprofundar esta análise, como a formulação da política municipal nos diferentes períodos históricos,

relatórios de reuniões de implantação dos serviços e narrativas dos gestores envolvidos no processo de implantação das políticas, assim como o levantamento das leis do campo jurídico e do campo da saúde, as propostas de organização dos serviços, as normas técnicas, as resoluções concernentes à atenção às mulheres em situação de violência, o desenvolvimento de linhas de cuidado, protocolos e leis foram usados como bibliografia complementar e aparecem no texto e no momento da discussão e análise das entrevistas.

As entrevistas com os agentes de práticas de saúde previamente definidos, os gestores e os formuladores, foram feitas com base em roteiro com blocos temáticos (Anexo 1). Os entrevistados constituíram uma amostra de 32 entrevistas, dadas as recomendações na pesquisa qualitativa para a análise de entrevistas semiestruturadas ou abertas, em razão do volume de material discursivo produzido (SCHRAIBER, 1995). As entrevistas semiestruturadas foram gravadas, transcritas e conferidas quanto à fidelidade da transcrição e foram analisadas à luz da literatura e referencial conceitual utilizado. O material segue a análise de conteúdo de Bardin (2006).

Quanto à tipificação dos gestores dos serviços (agentes de práticas) entrevistados, fizemos a divisão em dois tipos significativos para este estudo:

- **Gestores Tipo 1** – aqueles que estão em um nível de decisão e formulação que podem, dessa forma, interferir em programas, implantação de serviços, ofertas e acesso a procedimentos de cuidado, construção de normas técnicas etc. São estes os supervisores ou coordenadores de saúde, ou coordenadores de programas de atenção ou até mesmo os formuladores de políticas no nível central.
- **Gestores Tipo 2** – aqueles responsáveis pelo fazer acontecer, na prática, do que foi idealizado na política: cuidar das agendas, das rotas, protocolos assistenciais, itinerários terapêuticos e linhas de cuidado (são os gerentes de UBS e/ou serviços de atenção hospitalar que prestam atendimento as mulheres em situação de violência).

CAPÍTULO V

As entrevistas

Um olhar para as políticas públicas de atenção às mulheres em situação de violência: subjetividades, crenças, estrutura, possibilidades de intervenção e complexidades nos processos de gestão.

V. 1 Categorias de análise e discussão dos resultados

Conversaremos com a literatura e documentos lidos e, ao analisar as entrevistas, já faremos a discussão e apresentaremos impressões por dentro das categorias de análise que foram definidas: a caracterização da amostra; a temática de gênero, violência e direitos humanos; a esfera da gestão e da prática, buscando diferenças entre as esferas de atuação na gestão; a complexidade e a sensibilidade da violência como questão e as políticas para atendimento às mulheres em situação de violência; o desafio da integralidade nessas políticas; e as crenças pessoais, a ideologia ocupacional e a ideologia de gênero, entendidas como as dimensões mais pessoais e/ou mais profissionais que estão interagindo no agente de práticas. Essas categorias estarão articuladas entre si ao longo do texto.

Importante entender o contexto social em que foram desenvolvidas as entrevistas. A maior parte delas foi realizada no espaço de gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. Outras, com formuladores da política municipal, estadual ou federal, que poderiam estar em universidades ou outros espaços da gestão.

Inicialmente, é interessante perceber que a área técnica responsável pelas políticas públicas que se responsabilizam pelas mulheres em situação de violência no município de São Paulo contou com diferentes fases e nomes para designá-la, e que isto parece se articular com o simbólico da expectativa de atuação e do pensar de cada uma delas. Estas divisões e denominações não estão aí à toa e são cobertas de intencionalidade e conceitos diferentes acerca da violência, bem como acerca de seu significado ético-político. Vale, portanto, apresentar brevemente os documentos e deles resgatar os pensamentos que direcionavam a construção da política de saúde em cada época.

No período de 2001 a 2004, época da gestão da prefeita Marta Suplicy, a Área Técnica que atendia as pessoas em situação de violência intitulava-se *Resgate Cidadão* e dizia respeito a uma forma específica de desenvolver essa política, com olhar e investimento na retomada da cidadania dos sujeitos em situação de violência.

O *Resgate Cidadão*, que se denominava também como “*rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência*”, apontava para o reconhecimento da violência como uma questão de saúde. Isso fica claro quando consultamos o material produzido pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo 6). O documento descrevia e justificava o projeto afirmando que:

... as vítimas de violência, em suas mais diversas formas, frequentemente recorrem ou são encaminhadas aos serviços de saúde...” [e ainda que:] “... em diferentes coordenadorias de saúde da cidade de São Paulo, a violência é a principal causa de morte em várias faixas etárias da população... (Resgate Cidadão, SMS, 2003).

Apesar de apontada na formulação da política enquanto problema de saúde, a invisibilidade da violência também aparece como uma preocupação da gestão. Identificamos na formulação do referido programa a seguinte descrição, que, em nossa interpretação, reconhece a invisibilidade da violência na saúde: “... *além disso (a violência), pode deixar sequelas que, muitas vezes, não são computadas nos dados de morbidade...*” (Resgate Cidadão, SMS, 2003).

Ainda no enunciado da política, existia o reconhecimento dos diferentes contextos regionais e de sua importância. O projeto era operado por 56 equipes de referência para o atendimento à violência no SUS municipal, distribuídas pela cidade de São Paulo. O projeto também propunha uma assistência integral à saúde das pessoas em situação de violência e fazia referência a várias formas existentes como, por exemplo, as violências doméstica e sexual, a institucional, os homicídios, os suicídios, os acidentes de trânsito e a violência no ambiente de trabalho, que estão mencionadas no referido material. Porém, é muito interessante perceber que, apesar das violências doméstica e sexual estarem discriminadas, não havia nenhuma referência específica à violência contra a mulher ou às questões de gênero a ela relacionadas, mesmo sendo as mulheres reconhecidamente as principais vítimas desse tipo de violência (HEISE, 1994; HEISE, ELLSBERG e GOTTEMOELLER, 1999; SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999, SCHRAIBER et al., 2007).

Mesmo numa formulação extremamente avançada e moderna para a época em que o *Resgate Cidadão* foi montado, a invisibilidade da perspectiva de gênero para tratar a violência contra a mulher chama a atenção, não sendo tratada essa questão no documento do projeto. Contudo, o tema da violência contra a mulher aparece como ponto específico na lista de temas das capacitações que foram realizadas na rede assistencial do município; mas, apenas nesse âmbito das capacitações.

Segundo dados do referido documento, para organizar a rede de atenção à pessoa em situação de violência, foram necessárias ações de sensibilização, capacitação e supervisão de trabalhadores nas unidades de saúde, assim como oficinas e reuniões de acompanhamentos. Foram realizadas 572 oficinas de sensibilização para 13.253 profissionais das unidades de saúde municipais, em conjunto com uma rede de 23 parceiros de ONGs e Núcleos Universitários. Entre os temas apontados como abordados, destacamos a presença do aborto legal, a violência contra a mulher e violência e direitos humanos (Projeto Resgate Cidadão, SMS, 2003).

... a oficina (de sensibilização sobre a violência) possibilitou que todos pudessem expressar suas experiências e angústias relacionadas a violência, sentindo-se ouvidos e acolhidos. (Trabalhador de Saúde da C.S. do Jabaquara).

No período de 2005 a 2008 e de 2009 a 2012, gestões dos Prefeitos José Serra e Gilberto Kassab, consecutivamente, a área técnica passa a se chamar *Cultura da Paz, Saúde e Cidadania*, acompanhando outro referencial relativamente à gestão anterior, qual seja, as referências da cultura da paz e da não violência. Na apresentação do documento relativo a essa proposta, repetem-se alguns dos pressupostos com escrita muito semelhante aos da época do *Resgate Cidadão*, mas, no texto aparecem como novas questões as referências da interdisciplinaridade e da intersetorialidade, consideradas importantes para o enfrentamento da violência na saúde¹⁰.

Constam também datadas dessa fase, algumas publicações, como o Caderno de violência doméstica e sexual contra as mulheres (2007) e o Documento norteador para atenção integral às pessoas em situação de violência (2012). As publicações são bem estruturadas e fazem referência tanto a questões de gênero, quanto ao tema dos direitos humanos, além de sugerirem fluxos de atendimento e manejo da violência contra a mulher. Apesar disso, chama a atenção não ter encontrado nos documentos lidos, referências a processos de sensibilização/capacitação dos profissionais, como encontrado nos documentos do *Resgate Cidadão*. Além disso, a adoção do referencial da cultura da paz e da não violência (ONU, Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz, 1999) diminui as diferenças e dá uma certa “homogeneidade” às várias formas de violência, como se estas não implicassem distinções importantes de concepções acerca do fenômeno, e como se tivessem todas elas igual impacto nas formas de se lidar com as ocorrências ou buscar uma alternativa cultural compatível

10. SMS, 2005. Área técnica de Cultura da Paz, Saúde e Cidadania, anexo 7. Disponível em: <http://www.cidadao.sp.gov.br/servicos.php>. Acessado em maio de 2017.

(a da não violência). Nesse referencial, adotam-se processos de mediação entre as partes, intervenção que requer uma leitura muito específica e cuidadosa quanto à sua pertinência, quando se trata da violência contra a mulher, pela grande desigualdade na condição de negociação e enorme diferença entre as partes, como é apontado na literatura específica (ELLSBERG, HEISE e GOTTEMOELLER, 1999).

No período de 2013 a 2016, época da gestão do prefeito Fernando Haddad, a área técnica passa a ser denominada de Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. Porém, essa mudança na denominação só acontece a partir de 2015, depois de dois anos da gestão iniciada, demonstrando que essa não foi uma das prioridades da gestão na saúde, pelo menos em seus primeiros dois anos de governo. Apesar disso, a Área Técnica de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, faz referência à necessária articulação de um sistema em redes e, por conseguinte, à articulação entre os diversos pontos de atenção. A noção da integralidade no enunciado da política pública formulada também nos pareceu importante. A produção do documento *“Linha de Cuidado para Atenção Integral a Saúde da Pessoa em Situação de Violência”* (SMS, 2016), pela sua definição, demonstra preocupação com os sujeitos e seu itinerário na rede de saúde. Além disso, a referência ao fato de que o documento da linha de cuidado foi construído por um grupo condutor municipal que tinha representação das várias coordenadorias regionais parece ter fortalecido uma construção compreendida como pertencente a esses atores que, assim, se viam partícipes dessa elaboração. Também foi tido como importante pelo grupo um olhar para as realidades e serviços locais, além de apontar para algumas questões importantes na articulação da rede intersetorial dentro dos espaços de gestão da prefeitura para além da saúde, do compartilhamento do problema e do apoio a possíveis encaminhamentos e soluções com outros parceiros, por exemplo, com ONGs e Universidades.

Considerando-se, então, a sequência temporal de formulação das políticas públicas para o atendimento à violência contra a mulher no município de São Paulo fica claro o reconhecimento crescente dessa violência como uma questão de saúde.

Foram produzidas e ofertadas à rede assistencial algumas ferramentas de gestão do cuidado, que sugerem suportes, fluxos de atendimentos, encaminhamentos e a necessária relação intersetorial com outras áreas da prefeitura para o enfrentamento da violência, como é o caso, da Secretaria de Assistência Social e da Secretaria de Políticas para as Mulheres. Essa última secretaria, desenhou um grande projeto de formação e sensibilização conjuntamente com as coordenadorias de saúde, iniciada pela Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste, tendo como resultado a produção de 32 projetos de intervenção desenhados nas UBS da região, tratando tanto de direitos sexuais e reprodutivos, como do enfrentamento à violência contra a mulher no

município de São Paulo (FEUERWERKER, BATISTA e SANTOS, 2017). Contudo, esse espaço de reconhecimento e formulação não pareceu estar garantido nos espaços de implantação da gestão, dependendo das conduções diferentes em cada serviço/ região, como percebemos ao realizar as entrevistas.

V. 2 A caracterização da amostra.

Nesta categoria, apontaremos o contexto histórico e político que estes gestores estavam vivendo e por quais períodos passaram nos blocos cronológicos acima considerados, verificando se há mudanças no olhar, na formulação e na condução da política a partir daqueles distintos momentos. Apresentaremos a seguir quantos profissionais foram entrevistados, sua divisão por sexo (homens ou mulheres), idade, formação, tempo de serviço, se foram ou não capacitados/ sensibilizados para as questões de saúde da mulher e do atendimento às mulheres em situação de violência, seu conhecimento acerca das leis e normas técnicas, além da tipificação dos gestores em tipo 1 (ocupantes de cargos em nível central) ou tipo 2 (ocupantes de cargos em nível local).

Foram realizadas 32 entrevistas com profissionais da rede de atenção à saúde no município de São Paulo, nas regiões Centro-Oeste e Sudeste, no período de abril de 2014 a fevereiro de 2015. As entrevistas ocorreram no âmbito dos serviços: Hospitais, Unidades Básicas de Saúde e sedes das Supervisões de Saúde e/ ou Coordenadorias Regionais de Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Secretaria Estadual ou Ministério da Saúde, com gestores de nível local e central e com pessoas que fizeram parte da implantação de ações específicas em relação às políticas públicas para as mulheres ou ainda, com formuladores dessas políticas. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas, ouvidas novamente e validadas quanto à fidelidade de transcrição.

Das 32 entrevistas realizadas, contamos com a seguinte distribuição de gestores classificados por tipo e região de origem:

Quadro 1: Distribuição das entrevistas por tipo de gestor

Entrevistas	Gestores Tipo 1	Gestores Tipo 2	Formuladores
Centro-oeste	02	08	02
Sudeste	08	14	00
Total	10	22	02

Fonte: Quadro construído pela autora (2015).

De forma geral, as pessoas estavam bastante dispostas e implicadas na participação da entrevista. A duração aproximada de cada entrevista foi de 1 hora e 30 minutos, chegando a maior delas a 2 horas e 50 minutos. Cada entrevista transcrita gerou em média trinta páginas de material escrito, lido, analisado e posteriormente organizado nas categorias de análise já descritas no desenho da pesquisa empírica.

No total das 32 entrevistas, 10 gestores foram classificados como do tipo 1 e 22 gestores como do tipo 2, sendo que entre os 10 gestores do tipo 1, existiam 2 que foram formuladores de políticas para as mulheres/violência em alguma esfera da gestão.

A maioria dos entrevistados possuía tempo de serviço na gestão superior a 5 anos, mesmo que não no mesmo local que atuava no momento da entrevista. A maioria das entrevistadas são mulheres: 28 mulheres e 4 homens exercendo a função de gestores de serviços de saúde. No sentido apenas de melhor ilustrar esses contrastes dos componentes sociodemográficos e outros da nossa amostra, apresentaremos essas diferenças internas ao grupo de entrevistados na forma de gráfico, uma vez que a figura é bastante elucidativa dos contrastes.

Gráfico 1: Distribuição dos entrevistados por sexo

■ Mulheres ■ Homens

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

Na distribuição por faixa etária temos entre a maioria dos entrevistados, pessoas experientes, com maior concentração de participantes entre os 51 e os 60 anos de idade. Se juntarmos os dois grupos intermediários de distribuição etária, teremos 79% dos entrevistados entre 41 e 60 anos – fase que já se tem algum amadurecimento quanto ao desenvolvimento de seu papel profissional -, ficando apenas 25% entre os muito jovens e 6% entre os acima de 61 anos de idade. A distribuição por faixa etária contou com 8 profissionais com até 40 anos de idade, 8 profissionais entre 41 a 50 anos de idade, 14 profissionais entre 51 e 60 anos de idade e 2 profissionais acima de 61 anos de idade.

Gráfico 2: Distribuição por faixa etária

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

Quanto à categoria profissional, a maioria dos entrevistados eram enfermeiros, 15 pessoas do total de profissionais entrevistados, 7 eram médicos, 4 assistentes sociais, 3 cirurgiões dentistas, 2 psicólogos, 1 nutricionista e 1 fonoaudiólogo. Os entrevistados mostraram uma diversidade de conhecimentos, saberes e referências de ideologias ocupacionais para o desenvolvimento do papel na gestão. Vale ressaltar que muitos profissionais referem a aproximação da *Estratégia Saúde da Família* em sua trajetória de trabalho e que uma das entrevistadas tem duas graduações (enfermagem e odontologia).

Gráfico 3: Distribuição dos entrevistados por categoria profissional

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

Quanto a pós-graduação, 22 profissionais tinham especialização em Saúde Pública, 6 tinham mestrado, 3 possuíam doutorado e 7 tinham residência médica. São profissionais em sua maioria bem formados, com algum grau de pós-graduação, a maior parte com especialização, em especial na área de saúde coletiva ou mesmo em saúde da família.

Gráfico 4: Distribuição por tipo de Pós-Graduação

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

Em relação à capacitação/sensibilização dos profissionais, o resultado acompanha o que temos visto na literatura: uma baixa aproximação desses com o tema, o que gera desconhecimento quanto às questões de gênero, de direitos humanos e de legislações correlatas, além da relação dos direitos das mulheres como direitos humanos (GIERYCZ, 2007).

Apenas 7 profissionais referiram ter participado de algum processo de capacitação ou sensibilização em violência contra a mulher e direitos humanos, mesmo estando à frente de serviços que tem por objetivo cuidar da saúde das mulheres em situação de violência ou ainda de serviços de atenção primária que são a maior porta de entrada no sistema de saúde para os casos de violência contra a mulher (D'OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Também é apontada na literatura a diferença na qualidade do cuidado ofertado, quando contamos com oportunidades de treinamentos e sensibilizações e com a maior implicação por parte dos profissionais ao identificarem o tema da violência como tecnologicamente passível de intervenção e de seu reconhecimento enquanto problema de saúde (SCHRAIBER et al., 2005).

Chamou-nos a atenção também, perceber que ter formação na área de saúde da mulher não garantiu aproximação ao tema da violência contra a mulher e direitos humanos, e que o inverso também aconteceu: nem sempre quem participou de

sensibilizações ou processos de formação nos temas de violência e direitos humanos teve contato com a questão da violência contra mulher (como nos mostram os gráficos abaixo). A oferta de processos de sensibilização em violência e direitos humanos parece ter acompanhado os movimentos das políticas formuladas e disponibilizadas pela gestão e, dessa forma, acompanhava também o referencial utilizado em cada momento. Essa distância entre o conhecimento e prática dificulta a integralidade no cuidado ofertado às mulheres em situação de violência. O que nos mostra ainda que a despreocupação com a integralidade ocorre tanto no nível da implementação das políticas no cotidiano dos serviços, quanto no nível das formulações, reiterando a literatura (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2014).

Gráfico 5: Distribuição quanto a formação na Área de Saúde da Mulher

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

Gráfico 6: Distribuição quanto a formação em Direitos Humanos e Violência Contra a Mulher

Fonte: Gráfico construído pela autora (2017).

A perspectiva de gênero aparece no discurso da maior parte dos entrevistados, sendo esse muito mais destacado entre os gestores do tipo 1 (G1) do que entre os gestores tipo 2 (G2). Porém, o olhar de gênero, ou seja, o uso do conceito de gênero nas práticas profissionais é bem menor.

E valendo-nos da distinção operada por Araújo et al. (2011) quanto à adesão a uma perspectiva de gênero e o uso do conceito de gênero em estudos da Saúde Coletiva, o mesmo ocorrendo no estudo de Azeredo (2017), quanto à adoção de uma perspectiva humana para as práticas de saúde e o uso do conceito de humanização em produções igualmente desse campo, vamos aqui operar essa mesma distinção. Trata-se de compreender que, a medida em que a Saúde Coletiva é um campo permeado por diversos movimentos sociais que buscam criticar as desigualdades e o tecnicismo biomédico, muitos estudos aderem à essa perspectiva ético-política em suas pesquisas e formulações. Mas, nem sempre tal adesão vem acompanhada de uma apropriação conceitual quanto aos objetos pesquisados. Assim, muitas das produções de algum modo aderem aos lemas de movimentos sociais que lutam por questões das mulheres e/ou questões de gênero, mas poucos fazem o uso do termo gênero como um conceito ou adotam um olhar de gênero para com estudos ou intervenções.

Assim, relativamente ao nosso estudo acerca da formulação e implementação das políticas, diríamos que a perspectiva de gênero aparece no discurso da maior parte dos entrevistados, sendo essa perspectiva muito mais destacada entre os gestores do tipo 1 (G1) do que entre os gestores tipo 2 (G2). Porém, o olhar de gênero, ou seja, pensar a política e instruir a prática de sua implementação de acordo com o conceito de gênero nas práticas profissionais é bem menor, como também constatado pelos autores supracitados. Nesse sentido, podemos lembrar aqui, o que antes consideramos como a presença grande da dimensão pessoal nas práticas dos profissionais que concordam com a luta geral em torno às desigualdades de gênero sem, contudo, se apropriarem cognitivamente do significado de gênero em termos socioculturais, cabendo então apontar os gestores com aquelas características de *agentes de práticas*, segundo o referencial de Bourdieu (2003).

Poucos dos gestores disseram não conhecer ou nunca ter pensado no tema da violência contra a mulher como um assunto pertinente ou possível, demonstrando que essas questões estão presentes no dia a dia das pessoas e da gestão, apesar do seu difícil enfrentamento. Embora pertinente, contudo, permanece a invisibilidade da questão, principalmente se dividimos essa visibilidade em duas categorias: a de reconhecer e a de fazer ver. O reconhecimento existe, mas o fazer ver, completando o ciclo da visibilidade não (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999; BATISTA, 2003; SCHRAIBER et al., 2005).

... Agora..., acho que ainda nós temos uma sociedade muito machista, muito dividida entre o ser homem, o ser mulher, na inserção social, nas relações familiares, nas responsabilidades, né, na questão do corpo e tal. Na concepção, na contracepção, etc... então... (A.W./G1)

... historicamente o papel do homem foi definido como provedor, né?... E o da mulher como cuidadora da família, do marido, da sociedade de alguma forma... (T.L./G1)

... Então..., eu acho que caminhou um pouco..., mas a gente percebe claramente que o patriarcado está aí... firme e forte, né, e que as mulheres ainda não têm... toda a autonomia que a gente gostaria de ter, em conjunto com os homens... (I.G./G2)

Eu participei da implantação do serviço de aborto legal aqui no hospital, isso foi em 1989, na gestão de uma mulher... essa mulher, ela tirou essa coisa... essa hipocrisia e coloca o atendimento às mulheres que é um direito dela desde 1940, está lá no código penal brasileiro... (I.G./G2)

Percebemos maior distanciamento do tema da nos gestores com menor tempo de serviço e também naqueles que trabalhavam em serviços de menor complexidade. Outra grande diferença que se percebe é aquela entre os que já tiveram acesso a algum treinamento de sensibilização ou processos de capacitação nos temas da violência contra a mulher e dos direitos humanos, e os que não tiveram tais oportunidades: os primeiros são mais apropriados ao apresentarem suas considerações sobre a questão e mais comprometidos com o enfrentamento da violência, uma vez que abordam, de algum modo, questões das desigualdades de gênero.

A ignorância sobre o assunto é o pior... nós temos que ser capacitados para saber o que fazer... (F.S./G2)

Eu acho que primeiro falta assim, informação, educação, essa questão... a discussão mesmo para que as mulheres tomem as suas vidas... que compartilhem, que ouçam mais... e que participem mais... (I.G./G2)

... como obstáculos acho que soma a nossa ignorância, a falta de ferramentas, o não saber o que fazer, o preconceito da vítima, o preconceito do profissional... (M.D./G2)

Relativamente ao conhecimento das leis e normas técnicas, a maioria conhece por “ouvir falar”, não sendo essas apontadas como incluídas em seu campo profissional.

... Não conheço... o aborto (legal... quando do abuso sexual, né? Ah, sim, sim... então, a gente acaba encaminhando para o Pérola Byington, que é a nossa referência... nunca aconteceu nenhum caso aqui, mas a gente encaminha pra lá, que a gente sabe que lá se faz tudo direitinho... (F.M./G2)

... não conheço o PAISM... não sei o que é... sei da lei do planejamento familiar, da prevenção do câncer de colo de útero, de mama... (J.L./G2)

Um percentual bem menor conhece de fato o que diz e sabe o que fazer para implantar ações práticas para o enfrentamento da violência contra as mulheres nos serviços de saúde pelos quais são responsáveis. Sabem que existe, mas não está na “ordem do dia” o acompanhamento e implantação dessas normas técnicas. Isso melhora quando as normas ou leis, ou ainda, orientações de cuidado, dizem respeito ao ciclo gravídico puerperal ou às ações que se relacionam com a saúde das crianças.

... Não... PAISM?... não... olha com esse nome não, primeira vez... A lei do planejamento familiar? Ah sim!... planejamento familiar, né?... o que a gente mais faz... (ri) ... então, tem o planejamento familiar, nós fazemos aqui quinzenalmente, a demanda é bem grande das mulheres procurando a laqueadura, né... (F.S./G2)

... Nós conhecemos (normas técnicas), sim, acho que todas as unidades têm que conhecer, né. A gente... na unidade a gente tem muita interface com a assistência ao pré-natal... as políticas de rastreamento... Papanicolau e mamografia... Acesso ao planejamento familiar, sendo que a gente aqui na nossa unidade a gente oferece... todos os métodos que são preconizados pelo município. A gente faz toda a discussão com a mulher em relação aos métodos de esterilização... como a laqueadura e a gente faz a discussão, né, da vasectomia. Da importância da vasectomia e de diminuir a resistência que os homens têm a acesso a esse método. Então a gente procura fazer essa discussão. Em relação ao Aborto Legal a gente tem aqui na Rede do Butantã o Hospital Mario Degni, que é uma referência, tanto de aborto legal como também de violência sexual... (A.E.L./G2)

Aqueles que conhecem mais que o básico, são em sua maioria os profissionais que já participaram de algum tipo de sensibilização ou formação relativas à violência ou a questões de gênero e conseguem prever ações práticas a partir destas. A maioria não teve contato com o tema na universidade, exceto os assistentes sociais, demonstrando que a questão da violência não é de fato abordada como parte do campo profissional/ ocupacional dos profissionais de saúde, sendo, portanto, compreensível o estranhamento do mesmo nas práticas profissionais, tornando-se ainda mais necessários os processos de formação, sensibilização e de educação permanente dos gestores enquanto profissionais de saúde.

Investir na inclusão dos temas aqui abordados na graduação das áreas de saúde também nos pareceu necessário. É importante dizer que parte das ações descritas como passíveis de realização são aquelas que os mesmos conheceram na prática de outros serviços e que entenderam como passíveis de replicação. São os gestores tipo 1, em especial os “gestores militantes” das questões de gênero e da saúde da mulher, os que mais conhecem as leis e normas técnicas relativas ao enfrentamento da violência contra a mulher.

... Conheço... conheço o PAISM, a lei do planejamento familiar, a norma técnica do aborto humanizado, a contracepção de emergência... (I.G.P./G2)

Na saúde eu conheço todas as normas, né, de enfrentamento do agravo da violência... a Lei Maria da Penha... as próprias modificações que foram incluídas no novo código civil que buscam... deixar mais igualitários os direitos entre homens e mulheres... são mecanismos legais que tendem a enfrentar a questão da violência, a jurisprudência que se criou com o ‘Quem Ama Não Mata’... que foi ao longo do tempo impedindo que os homens pudessem se safar... E agora essa última lei que obriga o atendimento em todo hospital público da mulher vítima de violência, né? (T.L./G1)

Eu conheço o PAISM... é... nós fomos aqui... fizemos parte da história do PAISM, né... tinha alguns funcionários nossos que participaram da implantação e, aí, a gente então implantou aqui no centro de saúde relativamente precocemente e depois agregamos a história do cuidado da violência doméstica... então... (A.W./G1)

... Já nas unidades DST-AIDS a gente tem um pouco mais de preparo e de sensibilização, um pouco mais de tempo nessa... no atendimento a essas mulheres... (C.M./G1)

O apoio da gestão de nível mais central é apontado como fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher nos serviços de saúde e também parece ser determinante para o passo da ação/ realização.

... Olha a facilidade foi, na verdade, a diretoria que apoiou totalmente, médicos que faziam parte do quadro desse hospital que aderiram... então foi essa facilidade... (I.G./G2)

... acho que sim, acho que... 2 anos que a nossa nova coordenadora veio com essa intenção de discutir a violência no território, de implantação do aborto previsto por lei... acho que tem discutido... tem sido mais discutido nos vários... nos vários níveis aí essa... as propostas para melhoria da atenção da mulher aqui na região. (A.P./G1)

Por outro lado, são esses também, além das categorias com mais poder hierárquico, em especial os médicos, que atrapalham e são apontados como os principais entraves para a realização de ações assistenciais:

... para cada um (médico) que se dispõe a trabalhar as questões da violência, tem muitos outros que são contrários... (I.G./G2)

... O último procedimento foi há quatro anos atrás, os profissionais alegam objeção de consciência, de religião, questão cultural e de falta de vontade... (I.G.P./G2)

Esses valores defendidos pelos outros profissionais dos serviços e a desqualificação da assistência às mulheres em situação de violência interferem na escolha, na qualidade e na continuidade dos profissionais neste tipo de atenção.

... Os funcionários (do hospital) me achavam uma pessoa legal, mas ao saber que eu participava da equipe... não acreditavam que eu era uma aborteira... (I.G./G1)

... Então outros hospitais não aceitam fazer o atendimento (do aborto legal), aqui era um hospital de poli trauma, mas um diretor tinha uma mente muito aberta... e daí foi montada uma equipe... Até porque os próprios funcionários não aceitam... (I.G.P./G2)

Outro abismo é aquele que se coloca entre a norma ética e a norma legal ou onde se colocam os direitos a partir deste olhar (PIOVESAN, 2007; CAVALCANTI, 2008). A norma ética seria aquela produzida pela sociedade, a norma legal ou jurídica, aquela produzida pelo Estado. A primeira tem origem na sociedade, tem relação com os usos e costumes e tem recomendações a partir da aprovação ou reprovação social. Já a norma legal tem origem no Estado e tem como fonte a lei, seu caráter é imperativo e sua sanção são as penas da própria lei. Nesse sentido, a Lei Maria da Penha foi um marco importantíssimo na legislação brasileira. Essa lei se constituiu a partir de normas e diretrizes apontadas na Constituição Federal, no artigo 226, § 8º, na Convenção da Organização das Nações Unidas sobre a eliminação de todas as formas de violência contra a mulher e na Convenção Interamericana para Punir e Erradicar a Violência contra a mulher. E foi fundamental para o enfrentamento da violência contra a mulher em nosso país.

A Lei Maria da Penha apareceu em todas as entrevistas. Ela foi citada como conhecida por cem por cento dos entrevistados de todos os campos profissionais, sejam estes gestores do tipo 1 ou tipo 2, mesmo que nem todos soubessem exatamente do que tratava e de como poderia ser usada a lei. Ainda assim, todos os entrevistados fazem uma conexão direta entre violência contra a mulher e a Lei Maria da Penha.

... Conheço a Lei Maria da Penha e as delegacias das mulheres... (M.D./G2)

A gente conhece a Lei Maria da Penha, sabe que existe, mas a gente não conhece exatamente como é... essas outras que você falou e perguntou eu não sei... (M.M./G2)

... Maria da Penha é uma lei conhecida por todos os gestores, né?... (M.D./G2)

Entender que a distância entre as leis, normas técnicas e suas implementações e realizações práticas afasta as mulheres do acesso ao que foi pensado e formulado para o exercício do cuidado integral às mulheres em situação de violência nos pareceu muito importante, mas raramente essa relação apareceu na fala dos entrevistados. Quando se deu, foi pela voz dos gestores do tipo 1 (G1) e em poucos gestores do tipo 2 (G2), em especial aqueles que estavam mais próximos das ações técnicas específicas de atendimento às mulheres em situação de violência, como, por exemplo, aqueles que participam dos núcleos de prevenção à violência (NPV) e os que ofertam algum cuidado específico às mulheres, além da escuta qualificada, como é o caso do oferta e acesso

a contracepção de emergência, às quimioprofilaxias para as doenças sexualmente transmissíveis ou a interrupção da gestação nos casos previstos em lei.

... Eu era assistente social do PS (pronto socorro), entendeu? E eu atendia as mulheres... elas tinham sido violentadas, estupradas e vinham procurando atendimento, para uma interrupção..., mas naquela época demorava muito... tinha que encaminhar para o juiz, 4, 5 meses... porque a gente sabe que nunca foi prioridade... (I.G./G2)

... Quem está no núcleo de violência (NPV), está sensibilizado para ter um olhar para a violência, para o acolhimento, o encaminhamento... (F.S./G2)

A maioria das (os) entrevistadas (os) tem formação na área de Saúde Pública, com cursos de especialização, Residências ou outros cursos específicos na área de gestão de serviços de saúde. Essa formação é consistente, mas genérica. Chama atenção, porém, a falta de formação de grande parte dos gestores entrevistados para ocupar espaços que precisam lidar com tema tão delicado, sensível e complexo, em algumas áreas de competência que, ao nosso olhar, seriam fundamentais, como a saúde da mulher e/ou a violência contra a mulher. Isso demonstra falta de identidade, de empatia e da necessidade de se construir um perfil de competência para os profissionais que terão que implementar políticas públicas para as mulheres em situação de violência. Mas, isso não pareceu se constituir num problema, uma falta ou incômodo para esses gestores, apesar de apontarem que gostariam de ser capacitados no tema.

... eu como gestora gostaria de ser mais preparada para lidar com essas questões... poder dizer para as mulheres que não é normal ser tratada mal, não é normal o marido bater a porta com força na sua cara, não é natural... (M.D./G2)

Eu tenho experiência em atendimento de adolescente... de atender as mães..., mas, assim... nunca tive, na minha vivência, nenhuma experiência como feminista ou... nunca tive... nenhuma vivência profissional... e pessoal também. (A.P./G1)

É ainda mais delicada a falta de formação na área específica da violência, das questões de gênero ou qualquer aproximação a uma perspectiva de direitos. Exceto em alguns poucos representantes, em especial aqueles gestores do tipo 1 (G1), os que são/ foram formuladores de políticas públicas ofertadas às mulheres em situação de violência, ou os gestores tipo 2 (G2) mais próximos de serviços que tem ofertas de

cuidado específicas para as mulheres em situação de violência e que, com esse contato, passam a ter observação e tomada de decisão quanto à questão e para o acompanhamento das ofertas nos serviços, da produção do cuidado, do acolhimento, da organização das práticas etc. A referência a políticas integrais no atendimento à saúde da mulher não é muito frequente, assim como o reconhecimento dessa atenção como uma perspectiva de direito social e humano. A perspectiva dos direitos é algo muito longe do repertório da maioria dos gestores do tipo 2 (G2), estando mais presentes nos gestores tipo 1 (G1), apesar de ainda incipiente em muitos deles.

... essa questão de os direitos da mulher ser mais pautada, por exemplo, nas escolas... esse tema não é muito discutido na nossa educação. Muitos outros pontos não são visivelmente colocados dentro da nossa educação. Eu acho que esse tema teria que ter mais visibilidade. Vários espaços sociais que a gente tem, deveria haver mais debates, mais... acho que mais visibilidade mesmo. Acho que falta um pouco disso... (C.M./G1)

Eu acho que os direitos sociais e humanos tanto das mulheres quanto dos homens deveriam ser iguais, homens e mulheres, né?... mas é isso que te falei, ainda não são, não compartilham do mesmo espaço, né... (S.T./G2)

A maior parte dos gestores tipo 1 e duas gestoras do tipo 2 que em suas identificações se mostraram próximas a movimentos feministas ou de mulheres consideram os direitos humanos das mulheres como questões significativas e conseguem reconhecer os direitos das mulheres como direitos humanos em busca da igualdade de oportunidades, no que diz respeito à formulação das políticas e a implementação das ações que estejam em seu escopo de governabilidade. Esses gestores interferem nas estruturas das unidades de saúde e hospitais e realizam ações importantes. Tal interferência ocorre por conta dessas adesões de cunho pessoal, mas não como um padrão desenhado pela política pública local. Nas próximas páginas, tentaremos nos aprofundar um pouco mais nas categorias de análise previamente definidas que tratam dessa dimensão pessoal, e pelas quais passamos de alguma forma nessa caracterização.

1) Gênero, Violência e Direitos humanos

Aqui, verificamos: se há percepção dos direitos das mulheres como direitos humanos; quais as concepções acerca desses direitos; se os gestores os conhecem; e como são relatados pela voz dos gestores.

Buscou-se verificar, ainda, os conceitos de igualdade e de discriminação social que traziam, e se entendiam esses conceitos como aplicáveis nas práticas de gestão. Quanto à intervenção sobre a violência contra a mulher, buscamos compreender quais foram os esforços empreendidos em ações assistenciais diretas e em matéria de educação preventiva das mulheres acerca de direitos humanos e da legislação pertinente.

... acho que a expectativa é que as mulheres possam ter expressões diferentes na sociedade, mas direitos sociais iguais aos dos homens... que elas possam ter uma trajetória de vida não pré-determinada e que tenham direito a circular, tanto na vida privada como na vida pública, em igualdade de condições com os homens. Agora, até isso acontecer... (T.L./G1)

... É dito e notório que esses direitos são garantidos, mas eu acho que não... Não é igual, o papel do homem e o papel da mulher hoje, não são iguais... eu acho que a mulher ainda tem uma luta a continuar, para garantir cada vez mais o seu espaço dentro da sociedade e fazer com que esses direitos sejam garantidos... (C.M./G1)

Ao acompanhar as entrevistas, percebemos também que, ao relatarem sobre as questões de gênero e sobre mudanças pelas quais a sociedade vem passando, os gestores apontam para uma percepção de algum grau de ampliação de liberdade para as mulheres e identificam junto a isso, um acúmulo de papéis da mulher na sociedade, como se essa passasse a ter, não apenas mais direitos, mas múltiplas funções que se traduzem em mais deveres, sem que com isso se garanta a diminuição das desigualdades sociais.

Eu vejo também a exploração daquela mulher que sai cedo, trabalha, dá duro, cria os filhos... e o homem está ali... assistindo televisão, no bar... isso é uma forma de violência também, né? Que ela não tem nem tempo para ir no cabeleireiro... e ele lá, jogando futebol, então é uma forma de violência, porque vai desagregar a família, vai trazer brigas, vai trazer... (F.S./G2)

... Acho que a sociedade deveria ser igualitária. Acho que as famílias deveriam se organizar da forma como fosse melhor para elas, nos cuidados do trabalho e nas organizações dos seus lares, dos seus domicílios, em relação à manutenção financeira da família e à manutenção doméstica, né... e isso também com a educação das crianças. Então acho que tudo tinha que ser dividido igualitariamente, de acordo com a... que era... suficiente para que as pessoas

tivessem uma boa qualidade de vida e ninguém ficasse sobrecarregado. Eu acho que a sociedade sobrecarrega a mulher hoje. (A.E./G2)

Acho que... quer dizer, tradicionalmente, o homem tinha função de produção, a mulher do cuidado da casa..., mas isso depois... isso mudou bastante... e a gente percebe isso aqui, na história do centro de saúde. (A.D./G1)

Acho que as mulheres estão ocupando os espaços, os cargos mais políticos, que não ocupavam antes, né? Mas ainda falta muito... (I.P./G2)

... eu acho que ao longo dos anos, a cada ano que passa tem uma mudança significativa. O fato de nós termos uma presidente mulher, por exemplo, isso é bastante simbólico...” (C.G./G1)

... Os direitos são mais ou menos iguais, quer dizer, o social, o legal, sim. Mas, na realidade é diferente... Estava lendo sobre a visita íntima em presídios e a revista dos homens e mulheres... porque os homens não são revistados intimamente quando vão fazer visita ao presídio e as mulheres são... as mulheres são tratadas de outro jeito... (A.W./G2)

... então... conheço a lei do planejamento familiar, que é um direito da mulher, direito do casal. Eu acho que é um erro... a gente ter que ter uma autorização do marido, uma... para a mulher poder fazer uma laqueadura, acho um absurdo isso. Acho que essa é uma coisa que devia ser mudada. A mulher tem que ter direito a realizar qualquer procedimento em relação a ela mesma. O homem não precisa ter... para fazer vasectomia a autorização, a ciência da mulher..., mas a mulher tem que ter em relação ao homem. Eu acho um absurdo. (A.P./G1)

Além do PAISM, que já falei bastante... normas e programas tem um monte, né?, Programa de gravidez de alto risco, norma técnica para gravidez, mãe curitibana, mãe paulistana, mãe... é sempre tem... agora lei mesmo, para a saúde da mulher... só tem de grávida também, direito do acompanhante... ah... mais recentemente as normas técnicas de atenção à violência... tem... virou lei que todo hospital do SUS deve prestar assistência a mulheres vítimas de violência sexual, né... e norma técnica do aborto humanizado que é bárbara. (T.L./G1)

Em relação aos direitos das mulheres como direitos humanos, percebemos que esta noção aparece mais quando estimulada nas perguntas feitas por ocasião da

entrevista do que espontaneamente. Ela está mais presente na voz dos gestores do tipo 1, naqueles que tiveram mais oportunidades de sensibilização e formação ou ainda naqueles a quem podemos atribuir a qualificação de “militantes”, que seriam aqueles que tem uma história pessoal em movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres e que combinam essa experiência com uma trajetória profissional na saúde da mulher, no enfrentamento da violência contra a mulher, e ainda, em alguns dos que aliaram a experiência do movimento social com trabalhos na área da DST/AIDS. Já no caso dos gestores tipo 2, mesmo quando estimulados, a maioria não apresenta em seus relatos a noção de direito das mulheres.

Nosso judiciário precisa mudar, as mulheres não se sentem protegidas quando elas vão procurar a justiça... (M.D./G2)

... hoje em dia a gente pode dizer que os direitos das mulheres são direitos humanos, né? Pelo menos no referencial das nações unidas, são direitos que incluem o direito à sua integridade como pessoa... (A.W./G1)

... seria importante que a partir daí se criasse um fórum aqui no hospital e discutir a questão da violência contra a mulher... do estupro e da interrupção da gestação, como direito delas, tá?... (I.G.P./G2)

Percebemos, ao analisar as entrevistas, que entre a dimensão dos valores mais pessoais de cada profissional e a norma legal há uma grande distância. Isto porque em alguns relatos, apesar do conhecimento da lei, a não implementação das ações devia-se ao fato de que os profissionais responsáveis detinham como valores morais uma perspectiva distinta daquela contida na lei. Mas que, apesar das muitas dificuldades e empecilhos, foram realizadas algumas ações na organização dos serviços.

... As pessoas não conseguiam entender que estava na lei, que a gente tinha feito todas as consultas possíveis para poder implantar (o acesso ao aborto legal)... era algo oficial... e um direito da mulher... (I.P./G2)

Outra preocupação importante dos gestores diz respeito a como lidar com o que é dito, o que é confidenciado pelas mulheres em situação de violência, o que remete para discussões sobre ética profissional e solidariedade humana.

... E tem a dificuldade de procurar ajuda, a dificuldade de contar isso, porque na verdade ela se sente envergonhada de contar, não quer que ninguém

saiba, porque ela tem lá as crianças, tem as coisas que ela não quer dizer, até você faz uma sensibilização com essa mulher para que ela procure, sem ajuda ela não vai sair dessa violência... não sai... para mim isso é muito claro, ela tem que ter ajuda profissional para sair dessa violência, porque é muito forte, é muito pesada... (I.G.P./G2)

De outro lado, e em parte como solução do dilema anterior, houve como construção importante na gestão, a garantia de espaços de capacitação promovidos e, conforme consta das próprias entrevistas dos gestores, a disponibilização nessas capacitações de materiais técnicos para o uso no cotidiano dos serviços. Esses materiais relatados pelos entrevistados foram: guias de serviços, os cadernos e protocolos de atendimento e os fluxos das linhas de cuidado propostos e utilizados pelos gestores para orientar suas práticas.

Houve também a criação de espaços de escuta e supervisão dos casos, rodas de conversa, fóruns de redes intersetoriais, reuniões de governo local e espaços nos quais se discutem a questão da violência e as possibilidades de construção de linhas de cuidado para atendimento às mulheres em situação de violência. Tais criações foram apontadas pelos gestores como muito importantes para o enfrentamento da violência como questão de saúde. Isso possibilitou o fortalecimento do papel dos profissionais no apoio à autonomia e escolha das mulheres em situação de violência para os caminhos possíveis, o que reforça a importância da atuação acolhedora e sem julgamento moral das mulheres por parte dos serviços, estimulando uma rota positiva para que elas lidem com suas situações de violência, o que foi já apontado pela literatura em estudos anteriores (SAGOT, 2000 e 2007; MENEGHEL et al., 2011; CALLOU, 2012; D'OLIVEIRA e SCHRAIBER, 2013).

A construção desses espaços ajuda os profissionais a serem mais solidários e implicados com as mulheres em situação de violência. Quando entre seus pares, podem dividir suas angústias e sensações de impotência e podem também vislumbrar possibilidades de resposta, apoio, acolhimento e encaminhamentos, fortalecendo seu papel como profissional de saúde. Assim, quando sabem o que fazer, eles se sentem estimulados a lidar com o problema, o oposto ocorrendo quando não têm ideia de como lidar com essas mulheres.

É muito útil um guia que nós recebemos aqui, um pequenininho, um que mostra como e para onde encaminhar... (M.D./G2)

Tem um protocolo da violência contra a mulher da secretaria municipal de saúde que ajuda... é, deixa eu ver aqui... caderno de violência contra a mulher... (M.D./G2)

Nós estamos tentando criar um núcleo de violência, uns fluxos de atendimento, um protocolo... (M.D./G2)

... então, na minha região nós temos o governo local, né, então a minha Supervisão fica dentro da Subprefeitura e nós temos uma relação bastante grande com outras Secretarias... Desse governo local nós temos um grupo de trabalho que a gente discute ações que são comuns entre todas as Secretarias... nós temos um grupo de trabalho que tem um representante da Educação, representante da Secretaria de Ação Social... representante da Cultura, de Esportes... Saúde... e aí, nós discutimos temas que são temas transversais dentro desse tema da violência da mulher, todas as violências que a mulher sofre, inclusive a violência sexual... é bastante importante. Porque isso traz a visibilidade do tema. Porque... assim... o que reforça a vulnerabilidade é a não visibilidade. Você não trazer à tona esse tema, isso faz com que esse tema fique invisível. Quanto mais visibilidade a gente traz a esses temas que são... que são silenciosos na sociedade, você traz à tona, você traz para o debate, traz para a discussão... isso é uma forma da gente vencer essas vulnerabilidades... (C.M./G1)

2) A Esfera da Gestão e da Prática: diferenças entre as esferas de atuação na gestão

Aqui nos interessou saber se haviam diferenças entre os dois tipos de gestores estudados quanto às formas de visibilizar a violência (reconhecer e fazer ver), acolher e assistir/cuidar das mulheres em situação de violência. Também, interessou saber se havia utilização de protocolos, guias, linhas de cuidado, reconhecimento de rotas críticas, possibilidades de encaminhamento e partilha de planos de cuidado, além do olhar para a integralidade e a longitudinalidade do cuidado. A importância da rede na atenção às mulheres em situação de violência, as diferenças entre as esferas de atuação na gestão, as várias áreas do conhecimento, a integração entre os pontos de atenção na rede de saúde e os demais setores da gestão (outras secretarias, judiciário etc.). A falta de continuidade do cuidado nas políticas ofertadas às mulheres em situação de violência. O ver e o fazer ver, o acolher e o fazer acontecer

Já se estudou a dificuldade que existe em se completar o ciclo de visibilidade da violência e qual a sua repercussão no acolhimento e cuidado às mulheres em situação de violência (BATISTA, 2003). Para que se reconheça a violência contra a mulher como um problema de saúde e como algo tecnologicamente passível de intervenção é fundamental que essa se faça visível aos outros profissionais envolvidos (respeitados os sigilos necessários pela ética dos profissionais de saúde). A visibilidade

da violência foi a única questão que se diferenciou na amostra dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em relação aos demais profissionais de saúde em pesquisa multicêntrica realizada no Brasil (SCHRAIBER et al., 2002). Entre esses havia um maior reconhecimento da questão, mas, ao não registrar em prontuário os episódios de violência relatados pelas mulheres atendidas e não relacioná-los a questões de saúde, não se completava o ciclo da visibilidade, de fazer ver. Isso dificulta o acolhimento e o cuidado ofertado para enfrentar a questão, ampliando dessa forma, a sensação de impotência entre os profissionais de saúde, corroborando com o que está descrito na literatura (SUGG e INUI, 1992; SCHRAIBER et al., 2003; SCHRAIBER et al., 2005).

Ao analisar as entrevistas dos gestores aqui estudados, percebemos que a sensação de impotência se repete. A dificuldade de ao se deparar com situações de violência contra a mulher, reconhecê-la como problema de saúde, dar seguimento ao ciclo de acolher e cuidar e, ainda, o não reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos, limita a implantação das ofertas de cuidado nos espaços da gestão.

... Se não se sabe sobre o problema, não se resolve o problema... se a gente visibilizar, se o problema tá lá para resolver, temos que criar políticas para atender a violência... que a violência é um problema de saúde pública... e um obstáculo é a falta de conhecimento dos profissionais... (M.D./G2)

A maior dificuldade não é escutar, acolher... a gente escuta..., mas o problema é saber o que fazer, para onde encaminhar... (F.S./G2)

... Eu acho que os casos, eles chegam mais no espaço de assistência, o que chega pra gente no nível central são ou os casos muito difíceis ou... sei lá... as vias de influência... (T.L./G1)

... sim, aparecem muitos casos (de violência contra a mulher) na rotina de nosso serviço de saúde... (A.S.W./G2)

... Nessa UBS passam aproximadamente quinhentas pessoas por dia e nos últimos quatro anos que estou aqui, nós só notificamos um caso de violência contra a mulher... essas mulheres são encaminhadas para os CAPS e nós perdemos essas mulheres... (M.D./G2)

A falta de articulação entre os pontos de atenção na rede de saúde como entre as UBS, os hospitais, os centros de especialidade e os serviços de referência (como, por exemplo, o NASF e os CAPS), são apontados como uma das questões que

dificultam o atendimento e, por outro lado, quando isso acontece essa articulação torna-se uma fortaleza.

... Então, são vários atores que formam essa Rede. E nós trabalhamos, procuramos trabalhar muito em rede, porque isso nos fortalece, isso nos dá, muitas vezes, a resposta que eu sozinha não encontraria. Então nós temos... uma vez por mês nós participamos dos polos de saúde mental. Quem participa dos polos de saúde mental? São as UBS daqui da região e os profissionais dos dois CAPS, do CAPS infantil, do CAPS adultos e do CAPS álcool e drogas. (J.U./G2)

Não saber exatamente qual o papel de cada serviço da rede de atenção no atendimento integral às mulheres em situação de violência também aparece como questão importante. Isso faz com que muitas vezes os gestores, principalmente aqueles dos serviços menos complexos e os com menor grau de sensibilização e conhecimento do tema, articulado ao fato de realmente não saber o que fazer ou como lidar com a questão, distanciem a gestão de pensar a organização nos serviços para acolher essas mulheres e faz com que, muitas vezes, exista o desejo de não atender a violência, ali. Algumas vezes, as ONGs que estão presentes na região são vistas como “oásis” que podem substituir o papel de cuidado que deveria ser dos serviços de saúde.

O medo de retaliações tanto pessoais como aos próprios serviços, também aparece na voz dos gestores. A dificuldade de encaminhamento para outros setores da gestão como para as secretarias de assistência social e para os espaços do judiciário, também são apontados como grandes dificuldades para lidar com as questões da violência.

... Para ser muito franca, todo mundo acha difícil abordar o tema da violência... até nós profissionais temos dificuldade para lidar com isso... (M.D./G2)

Nós temos medo de represálias... ficamos sem saber como tratar a questão da violência... (M.D./G2)

Quando precisamos, encaminhamos para a casa Zizi, para o Pérola Byington, para o Hospital do Tatuapé ou para o Hospital do Jabaquara¹¹..., mas essas são coisas que normalmente as pessoas não conhecem... (T.R.Z./G2)

11. Trata-se respectivamente de uma ONG e três hospitais que atuam na violência contra a mulher e na interrupção legal da gravidez, sendo o primeiro deles pertencente à secretaria estadual e os demais à secretaria municipal de saúde.

Um mínimo de articulação... não precisa nem muito, né?... eu acho que esse é o principal entrave para essa interface saúde-justiça... eu acho que cada um... eu tenho a impressão, um 'achômetro', que cada vez mais as mulheres querem punir o agressor. (T.L./G1)

Seria importante ter um fluxo por escrito, que dissesse o que fazer, como fazer, para onde encaminhar, como fazer para ficar com a mulher (no serviço)... a própria rede de saúde não está organizada. (M.D./G2)

É, porque fazer esse desenho (de rede), muita gente faz, agora o negócio é implementar a rede, né?... fazer acontecer... se houvesse um programa de governo, porque só pode ser um programa de governo, né? Para articular vários setores da sociedade, não é? Para enfrentar a violência... bem capaz que isso funcionasse. Campinas é um exemplo disso. O Iluminar era um programa da prefeitura de Campinas... (T.L./G1)

Como cada setor encara o caso, não é?... uma coisa é você ter um médico olhando para aquilo, um assistente social, uma delegada... sempre haverá diferenças. O que eu acho que é mais importante é a gente garantir que essa mulher possa... é... ter ao seu serviço os três aportes principais que são saúde, serviço social e segurança pública. (T.L./G1)

... ah, eu acho que sim... com certeza, mas aí precisaria ocorrer uma vontade política... de uma política Inter secretarial, que aí envolveria a Secretaria da Mulher, a Secretaria da Saúde, Secretaria da Educação, Secretaria da Igualdade Racial, dos Direitos Humanos... esse ponto ele é transversal a várias Secretarias. Tem a questão da saúde, mas tem a questão da especificidade da questão de gênero mesmo. (C.M./G1)

O PAISM é visto como um avanço pelos que o conhecem, mas é desconhecido por muitos outros, como já apontamos aqui. Mas, é importante entender a relação dele e de outras políticas com os momentos históricos em que aconteceram e foram produzidos. A lei do planejamento familiar, por exemplo, é vista como um atraso, pois vai aparecer num momento em que a discussão sobre os direitos da mulher como direito humano já estava mais avançada no contexto sócio-histórico do país e do mundo. Vale ressaltar que isso está presente em especial na voz dos gestores formuladores e na maioria dos gestores tipo 1, já para os gestores tipo 2 a lei do planejamento aparece como uma possibilidade prática e organizativa de atendimento às mulheres.

A lei demorou 8 anos tramitando e foi emendada por tanta gente que virou um monstrengo né?... um monstrengo que impede... que o marido tem que assinar para ela??... E os empecilhos criados para fazer a laqueadura no momento do parto foram muito piorados pelo ministério. (T.L./G1)

O que distancia a realização e implementação das políticas para as mulheres que os gestores acreditam serem as melhores para a atenção à saúde das mulheres em situação de violência, vai desde dificuldades operacionais, da estrutura local, da falta de formação e sensibilização, até o modo de pensar dos profissionais de saúde a esse respeito, o que eles acreditam ser de fato o seu papel, e que diz respeito a suas ideologias ocupacionais, noção bem desenvolvida por Donnangelo (1975), a propósito da adoção da medicina liberal como o ideal de prática pelos médicos, ou seja, como a melhor prática do ponto de vista desses profissionais, e que aqui, usamos relativamente às noções de ‘boa prática’ ou a melhor prática que cada profissional e cada representante de determinada categoria profissional traz em seus relatos. Quanto está contida no seu papel ou em outro lugar ocupacional, tal como formula Bourdieu (2003), a propósito dos lugares dos agentes de práticas nas estruturas, a possibilidade de ação?; quanto é sua responsabilidade ou deve ser transferida para outro profissional da mesma ou de outra instituição?

... A dificuldade é fazer os profissionais entenderem que a violência é um problema de saúde..., mas eles não acham... (M.D./G2)

Esse distanciamento de reconhecimento da violência dentro das práticas da saúde, a negativa dos profissionais coordenados pelos gestores, as suas próprias dificuldades em enfrentar o problema e de negociar com os outros profissionais, a falta de apoio da gestão, quando esse se fizer necessário, e a necessidade de ver resolvido um problema que é complexo e não tem solução fácil são fatores que parecem dificultar o trato com a questão de forma adequada. Tais questões tendem a gerar incômodo, impotência, desconforto nos gestores para lidar com o problema e inseri-lo em seu escopo de atividades (KISS; SCHRAIBER, 2011). Suas dúvidas quanto a se as mulheres realmente querem “resolver” o problema da violência e suas crenças e preconceitos em relação à questão também interferem nas escolhas de gestão. Às vezes, eles acham que faz parte do sistema vigente ou falta qualquer questionamento a respeito dessa relação.

É tão decepcionante quando alguém vem pedir ajuda e você não consegue, você só pode fazer até a página dois... (M.D./G2)

... Então, a questão da violência sexual está estritamente vinculada ao programa de DST AIDS, por conta da distribuição dos antirretrovirais. Então, durante muitos anos nós tivemos processos de sensibilização para fazer com que os profissionais da saúde de DST AIDS pudessem ter uma abordagem mais específica em relação às mulheres que chegam aos serviços vítimas de uma violência sexual. E... então durante muito tempo a gente trabalhou... não com grande número de mulheres que chegavam aos serviços vitimadas, mas a gente... eu tenho alguma experiência nesse sentido dentro do Programa de DST AIDS, que tem todo um trabalho voltado às mulheres vitimadas, principalmente às vítimas de abuso sexual. E aí, tem todo um protocolo, todo um atendimento específico para essas mulheres... (C.M./G1)

A contracepção de emergência... então... teve um negócio bárbaro, esse sim, publicado a época da Mazé, escrita pelo Jefferson Drezett, que é aquele caderno de... com perguntas e respostas às dúvidas sobre a contracepção de emergência... (T.L./G1)

Eu acho que aí é uma outra questão... eu acho que o profissional da saúde que trabalha em UBS ele não está suficientemente sensibilizado para receber essa mulher e dar uma... oferecer a ela o atendimento integrado, um atendimento... específico para aquela situação... seja ela qual for a violência. A violência física, violência sexual, os traumas psíquicos, a violência que ela sofre dentro de casa... eu acho que ainda existe um despreparo bastante grande do profissional da saúde para poder acolher e oferecer conforto e oferecer um... uma linha de tratamento, uma linha de cuidado específica para essas mulheres. (C.G./G1)

Em relação aos blocos de gestão historicamente sequenciais (de 2005 a 2008, de 2009 a 2012 e de 2013 até 2015), a maioria dos entrevistados não faz referência a diferenças da gestão macro, como algo que em seu conjunto mostre o reconhecimento de uma política pública específica e não parece que entendam fazer alguma diferença. Porém, marcam claramente a diferença da gestão local, do apoio de uma diretoria, de uma coordenadora, de algumas supervisões ou gerências de unidade. Parece fazer diferença que quem toca e decide sobre o serviço, tenha um posicionamento claro e apoie os gestores locais e os profissionais de saúde nas tomadas de decisão de gestão. Apesar dessa constatação, eles apontam que as gestões mais marcantes e comprometidas, foram aquelas com a presença de pessoas que tinham conhecimento, eram militantes no tema da violência contra a mulher ou ainda que tenham sofrido algum tipo de pressão ou apoio dos movimentos sociais.

Acho tudo ruim... não vejo diferença entre os períodos, tudo é ruim, insuficiente e igual..., mas eu não vejo... se falar dos três blocos... eu não vejo grandes diferenças. (T.L./G1)

... bem, estou aqui há duas gestões... as mudanças não são muito grandes... o que percebemos é que na gestão atual (2013-2016) eles estão mais preocupados com a violência contra a mulher, eles falam mais sobre o assunto, tem mais cursos sobre isso... (M.D./G2)

Cabe ressaltar que algo interessante aconteceu em relação aos períodos de gestão: vários gestores, tanto do tipo 1 como do tipo 2, fazem referência a um período de gestão que inicialmente não estava entre os perguntados no questionário, que cobriu o período a partir da Lei Maria da Penha. Contudo, pelos relatos obtidos, o período entre 2001 e 2004 parece ter sido um marco na discussão do tema da violência, em especial da violência contra a mulher enquanto questão de saúde. Esse período correspondeu à gestão da então prefeita Marta Suplicy, razão pela qual o incluímos na descrição feita acerca desses blocos de gestão durante a contextualização do período em que se inseriam as entrevistas, no início do capítulo V.

... Na cidade de São Paulo eu acho que... vou falar bem de onde eu estou... eu acho que o governo da Marta... o governo da Marta... houve... a gente teve momentos de discussão... foi... então... espera aí... foi de 2002 a 2005. Não... de 2001... 2001... 2002... 2003... 2004. É, foi de 2001 a 2004. Eu acho que ali... eh... que eu lembro que houve uma parceria da Secretaria com instituições que tinham já isso trabalhado... (R.C.F./G1)

Acho que foram vários momentos, né. Por exemplo, isso não está ligado à questão especificamente da violência da mulher, mas, por exemplo, no governo da Marta foi um momento que a gente trouxe à tona a questão da redução de danos. Começou a ser discutido. (C.G.M./G1)

Outro aspecto a ser ressaltado é o fato de que a participação nos espaços de gestão de pessoas comprometidas com a questão da violência, entre elas, as gestoras mulheres, e principalmente, as feministas como agentes de práticas interferiu nos processos de formulação das políticas e, sobretudo, em suas implementações. Assim, essas profissionais “militantes” atuaram na oferta de processos de sensibilização e educação permanente; de mudança nas práticas, discutindo e tentando quebrar referências culturalmente arraigadas para o enfrentamento de preconceitos e de

ideologias. Esse aspecto foi antes apontado no capítulo 2, ao tratarmos dos sujeitos e as práticas sociais.

Ao serem entrevistadas, tais gestoras que antes qualificamos como “militantes”, assim se expressam acerca da política de enfrentamento à violência contra a mulher e suas oscilações ao longo do tempo:

... Olha a facilidade (para implantação do serviço de aborto previsto em lei) foi, na verdade, a diretoria que apoiou totalmente, médicos que faziam parte do quadro desse hospital que aderiram... então foi essa facilidade... (I.G./G2)

Ao mesmo tempo que a gente estava escrevendo as diretrizes para o que seria um programa de atenção integral a saúde da mulher em São Paulo... foi simultâneo... em Brasília, ainda no governo militar, havia feministas... como chamava?... no departamento nacional de saúde materno infantil?, ele era coordenado pela Ana Maria COSTA, uma feminista... eu sei que a Ana Maria COSTA, com o apoio do Pinotti e Aníbal Faúndes¹², conversaram com o secretário executivo e a Maria Helena, outra feminista que estava lá... e o secretário executivo do ministério da ditadura, que era Mozart, demandaram um programa de atenção integral a saúde da mulher. (T.L./G1)

... Eu acho que não houve interesse na questão da saúde desde essa época¹³, da violência contra a mulher, do estupro, acho que não houve interesse! (I.G.P./G2)

(Ainda sobre o desmonte do serviço de aborto legal)... Olha, pra mim foi assim... muito sofrido mesmo... teve uma coisa muito sutil... que ele foi acabando devagar... foi uma coisa... e eu tentando fazer alguma coisa para que isso não acontecesse..., mas daí, o profissional da equipe, que é fundamental que é o médico... porque sem este profissional não se faz nenhum atendimento... daí, não tínhamos mais médico... (I.G.P./G2)

Ainda no relato dessas gestoras, existem ações possíveis e muito já foi feito, mas parece ser necessária uma atenção permanente para que o serviço não acabe, para que as equipes não esmoreçam diante de tantas adversidades. O serviço, que um

¹². Trata-se de professores de Ginecologia e Obstetrícia da UNICAMP.

¹³. A entrevistada fala do desmonte da área do Hospital do Jabaquara responsável pelo aborto legal, que se deu em 2009.

dia foi referência para o atendimento às mulheres em situação de violência, parece continuar a fazer parte do imaginário dessas “militantes” e continua como referência entre os profissionais em geral, segundo elas. A implicação dos profissionais da assistência, a participação e tomada de decisão por parte de gestões comprometidas com a questão da violência contra a mulher, seja no nível da gestão macro, ou nos espaços da micropolítica, e por fim, a organização de fluxos e protocolos, os processos de sensibilização, tudo isso parece ter ajudado bastante nas experiências consideradas algo exitosas.

... o serviço aqui está no site como referência, então as mulheres continuam procurando e é muito... eu faço o acolhimento, claro e encaminhamento para lugares que eu sei que ela vai ser atendida, mas isso é desgastante para as mulheres, porque elas já vem aqui com uma expectativa... tem mulheres que choram muito... – não mas eu queria ser atendida aqui – fazer toda essa trajetória, para elas é muito difícil, muito complicado... muitas vezes são mulheres que não tem condições financeiras, nem para o transporte... (I.G./G2)

Considerando agora todos os gestores entrevistados, notamos que as redes de apoio reconhecidas pelos profissionais da gestão são as delegacias das mulheres e casas de apoio. São poucas as referências aos outros serviços de saúde, pouca relação de rede dentro e fora da saúde: *“cada um é uma ilha”* (informação verbal). Percebemos que na questão da violência dentro da gestão, muitas decisões pessoais são tomadas pelos gestores para realizar ou limitar as ações práticas, e essas estão impregnadas dos valores de cada um.

Todo mundo acha difícil atender a violência, abordar esse tema, para ser muito franca com você... até nós, profissionais, temos dificuldade para lidar com isso, até eu tenho... (M.D./G2)

Tem as UBS... as redes mesmo... tem casas especializadas... tem atendimento... por exemplo a Eliane de Grammont... em Diadema a Beth Lobo, e outras regiões... a gente encaminha... (I.G./G2)

... Tem a casa Zizi, o Pérola Byington, o Hospital Tatuapé, o Hospital do Jabaquara... (M.D./G2)

A sensibilização das equipes de saúde aparece como um importante papel da gestão, e foram apontadas várias sensibilizações realizadas. Esses momentos aparecem

nas entrevistas como de fortalecimento da gestão, do papel gestor que eles devem desenvolver.

A gente abre o olho pra tudo... é um crescimento, me faz pensar... o cansaço é físico e não mental... (M.M./G2)

Nós que trabalhamos na saúde não temos conhecimento quanto a questões de gênero e violência... (M.D./G2)

Tem coisa que só com treinamento... O olhar nosso... tem que ter treinamento para abordar as pessoas... porque... o que é para mim normal, para você não é... (M.M./G2)

A notificação da violência não aparece como ferramenta de gestão e apoio, mas como algo que muitas vezes é driblado e não é feito, pois, para eles é trabalhoso, não conseguem visualizar seu uso ou sua importância, além de parecer ser mais amedrontador do que uma ajuda e, em alguns casos, por acharem que a notificação pode significar uma revitimização das mulheres em situação de violência.

Nem sempre é fácil notificar a violência. As mulheres negam... nesses últimos quatro anos nessa unidade só tive um caso que conseguimos fazer a notificação da violência pelo NPV... (F.S./G2)

... eu acho que aqui tem notificação de violência contra as crianças... não tem de mulher... fazemos um trabalho importante... e ele fica meio que camuflado... porque não tem notificação... a gente não notifica... olha eu acho que falta de funcionário... (I.P./G2)

Eu acho importantíssimo notificar... se não você não tem o dado então está tudo bem... não está acontecendo nada... é importante para ter essa visibilidade e implantar políticas públicas onde elas forem mais ou menos necessárias... (M.D./G2)

Quando se trata de questões sobre o parto e nascimento tudo é mais fácil, os gestores do tipo 2 tem mais desenvoltura para falar, lidar com a situação e dizer como organizam as ações. É como se essas fizessem parte de um saber consagrado e tradicional em saúde, e então, já bem reconhecido como seu escopo de atuação profissional. Por outro lado, falar e pensar ações de gestão que versem sobre sexualidade e aborto não

é tão tranquilo. São medos, pré-juízos, concepções pré-formuladas. Assim, chama a atenção como a questão materno infantil ainda povoa o imaginário do gestor como de sua efetiva responsabilidade.

... Aqui tem parto humanizado, mas dá muita atenção só para a questão do parto, tá? Então eu acho que não dá para discutir a questão da sexualidade, do parto, de tudo, sem discutir também a questão do aborto, então são coisas de prevenção, da pílula do dia seguinte... este é um leque que a gente tem que falar sobre tudo isso... e não há espaço, não na maternidade... (V.B./G1)

Talvez por isso, para as crianças e adolescentes e os idosos também, as políticas para enfrentamento da violência parecem ser mais claras, mais estruturadas e mais aceitas socialmente para o atendimento das consequências da violência. Essas causam mais comoção. Quando se trata da violência contra as mulheres é diferente. Parece sempre haver dúvidas e desconfiças quanto à ocorrência do fato, e lança-se a culpa sobre a mulher por ter vivido aquela situação.

... Eu acho que isso (o atendimento às crianças em situação de violência) é muito bem visto aqui no hospital, é bem trabalhado, muito bem articulado... direito das crianças... dos adolescentes... tem a rede CRIAD... a gente está sempre muito atenta!... (I.P.G./G2)

Em relação à mulher tem toda essa questão associada a essa... a essa repressão... e essa maneira como o homem enxerga a mulher, como... algo... um objeto, algo como uma... algo que pode ser explorado, algo que pode ser... enfim... ser violentado... então, tem essa diferença bastante grande porque vivemos em uma sociedade machista... (C.M./G1)

3) A complexidade e a sensibilidade da questão e as políticas para atendimento às mulheres em situação de violência: o desafio da integralidade na atenção as mulheres em situação de violência

Nessa categoria, tentamos focar a análise em como o olhar prévio do vivido, a vida pessoal e a vida familiar dos gestores dos serviços de saúde estudados em nosso campo interferem na forma como lidam com o tema da violência contra a mulher, assim como o seu conhecimento, aparecendo como entraves ou questões que os mobilizem. Qual é a dificuldade para sensibilizar as pessoas ou como se dá a divisão

entre âmbito público e privado na produção e implementação da política? Também buscamos perceber a presença do medo da violência, o não saber o que fazer para atender e lidar com as questões apresentadas, o não reconhecimento da violência como uma questão tecnológica da saúde para o atendimento e cuidado das mulheres em situação de violência, sua magnitude e as formas de enfrentar e erradicar a violência contra as mulheres no âmbito da saúde.

No PAISM não tinha uma palavra sobre violência... (T.L./G1)

... Na verdade, eu nunca vi nenhuma unidade trabalhando com propriedade a questão da violência contra a mulher... eu vi algumas tentativas... né? Mas assim, sem muito preparo, sem muito estudo... sem uma pessoa que tivesse uma compreensão de fato do tema, eu vi muitas vezes iniciativas dos próprios funcionários para trabalhar a questão da violência, mas como é um tema muito difícil... (J.U./G2)

Eu acho que o maior obstáculo é o medo... porque é muito fácil a gente falar assim – ah, vamos agora falar sobre a Lei Maria da Penha –, só que já teve situações... que nós iniciamos... falar sobre os direitos da mulher... e aí, o grupo estava sendo feito na comunidade... e um homem entrou nesse grupo e falou – olha, pode parar com isso porque depois que vocês começaram a falar aí dos direitos das mulheres... minha mulher foi na Delegacia e fez um BO... e aí a gente fica naquela situação, não sabe se para, não sabe se... né... se continua... (F.S./G2)

Tenho certeza absoluta que se alguma mulher chegar em algum serviço hoje dizendo que sofreu um abuso, a unidade vai ficar morrendo de medo, não vai saber direito o que fazer, assim... ah, meu Deus..., sabe... Vai gerar uma tensão no atendimento a essa mulher, mas ela vai ser atendida, ela vai ser encaminhada para o Pérola Byington e quando voltar vai para a casa Zizi, que é uma ONG específica para o atendimento de violência contra a mulher. (A.D./G2)

... Eram queixas que não passavam, dores repetitivas, que caminhavam no corpo... eu não achava que era um problema da saúde... quando eu comecei a ir nas reuniões da violência foi que eu entendi que essas dores repetidas e vir muitas vezes no serviço sem motivo aparente, podia ser violência... aí, nós montamos essa escuta qualificada... passamos a perguntar com cuidado. (M.D./G2)

A violência contra a mulher, como um tema delicado e sensível, além de extremamente complexo por lidar com questões de âmbito privado, e que tem interferência dos conhecimentos prévios e das vivências pessoais dos gestores necessita de políticas públicas delicadas e sensíveis para seu enfrentamento (SCHRAIBER et al., 2005).

O olhar nosso... tem que ter um treinamento para abordar as pessoas... porque o que é para mim normal, para você não é... (M.M./G2)

... As pessoas não têm acesso às informações, é o que eu vejo, entendeu? Eu acho que às vezes as pessoas... as mulheres principalmente, elas não sabem tudo que podem, muitas informações, o que ela pode ter... os direitos que ela tem... O homem também, tá, mas mais a mulher, eu vejo assim... ela é muito... ela não vai atrás dos direitos dela... é próprio da sociedade, até... então vamos sair um pouco daqui... a Delegacia da Mulher... o que eu vejo hoje, vou ser muito sincera, assim... ela tem um papel muito bonitinho... no papel, tá. Se você está realmente, com um caso lá dentro... acho que é pouco resolutivo. Infelizmente é o que você vê... as pessoas vêm falar... Eu vou te falar que já precisei da delegacia da mulher... e eu também fiquei decepcionada, entendeu? (C.R.P./G2)

Como cuidar do visível e do invisível, como partilhar as escolhas e apoiar a construção de autonomia das mulheres, como reconhecer a violência como tecnologicamente passível de intervenção pela área de saúde, garantindo com isso a integralidade da atenção às mulheres em situação de violência? – Não é tarefa fácil e não faz parte do dia a dia da gestão.

Os núcleos de prevenção à violência NPV aparecem muitas vezes nas entrevistas como espaços que acompanham e discutem os casos e a questão da violência, mas que não tem um papel de ação e que, muitas vezes, terminam por se transformar num espaço que produz muita angústia e sensação de impotência aos profissionais. Também por isso, a violência torna-se um problema difícil de ser enfrentado pela gestão. Muitas vezes, parece ser melhor não olhar para aquilo se não se tem como resolver.

Os NASFs e os CAPS aparecem como lugares com potencial para atender e olhar para a questão da violência, mas não fazem isso com a potência que deveriam, pela voz dos gestores entrevistados. O matriciamento e a gestão da supervisão dos casos aparecem como uma possibilidade, uma ferramenta de atendimento coletivo, buscando alternativas conjuntas com outras áreas, não só com a saúde, mas com a educação, a assistência social, admitindo que algumas ações coordenadas possam mudar as coisas.

Já participei de algumas reuniões do NPV. No começo participava um pouco mais, que não tinha a figura do profissional do NASF... então... e a gente achou... quando essa moça do NASF começou a participar... nós achamos interessante, porque os profissionais do NASF eles têm uma visão também... (J.U./G2)

... Ah, eu acho que muitas vezes o serviço, ele quer brincar de atender violência, porque ele acha bonito, todo mundo se treina, fala sobre o assunto e não sei o quê... só que eles se esquecem, né, de fato se apresentar naquela comunidade como um serviço que está ali para atender casos de violência... não é protagonista nesse assunto, então ele acaba não atraindo ninguém... (T.L./G1)

A solidão daqueles que tomam a decisão de levar em frente o que está previsto na lei foi algo que nos chamou atenção. Esses nem sempre tem o apoio de uma política pública organizada que sustente suas ações, lhes dê pertinência e tenha um desenho que possa ser replicado por outros gestores. São muitas vezes julgados por seus pares, a eles são imputadas culpas, castigos e a diminuição do valor profissional que deveriam ter. Por outro lado, o papel de uma gestão com atenção humanizada e empática às mulheres em situação de violência traz uma força e um sentido de retomar vidas e caminhos, reconstruir possibilidades e dar respostas àquelas que vivem um sofrimento com tantas repercussões para sua saúde física e mental.

É muito complicado falar de aborto em uma instituição pública... as pessoas não conseguiam entender que estava na lei. (I.G.P./G1)

[sobre retaliações]... Agora, com alguns setores da sociedade há sim, né? Ameaças de jogar ovos na minha casa, umas coisas muito pesadas... e de funcionários também, funcionários daqui do hospital, porque eles me diziam que me achavam uma pessoa tão legal, mas que, de repente, não acreditavam que eu era uma 'aborteira'. E aí eu tentava falar – olha as coisas não são por aí... e tentava sensibilizar... (I.G.P./G2)

... Pois aqui na UBS os casos aparecem como queixas físicas... só quando elas chegam arrebitadas no serviço é que a gente sabe, mas ainda assim elas dizem que foi uma porta que bateu, uma queda e alguns fingem que acreditam... (M.D./G2)

... E daí foi montada uma equipe mesmo (de atendimento à violência contra a mulher e interrupção da gravidez), ... fizeram várias sessões de sensibilização para isso acontecer. (I.G.P./G2)

... porque depois que a gente escreveu o documento de diretrizes, o esforço era tirar aquilo do papel e passar para a prática, porque... era lindo para o governador ter um documento. O negócio era botar dinheiro ali, comprar método, contratar profissionais... Porque o estado até aquela época, ele tinha no seu quadro um médico que chamava de ‘médico pré-natalista’... então o estado fez a primeira, nem sei como foi isso, teve que criar cargos, eu acho, mas fez o primeiro concurso para médico Ginecologista... isso foi em 84, 85... depois do documento de diretrizes... (T.L./G1)

Quando o assunto é violência, o apoio da gestão é fundamental e isso já apareceu aqui em muitas falas como algo determinante para o sucesso da implantação ou como uma de suas dificuldades. Mesmo assim, percebemos na fala de alguns gestores, em especial nos do tipo 2, que deveriam ser aqueles que implantam o que foi formulado, que, além do desconhecimento, claramente não há disposição para lidar com a questão, não acham que faz parte das suas atribuições de gestão, nem dos profissionais da saúde dos serviços que coordenam e, com isso, não promovem espaços para lidar com a questão. Além disso, muitas vezes transferem esse papel para a sociedade civil, como por exemplo, para as ONGs ou universidades.

... [a prioridade] não é a violência, entendeu?... Não é... O horário deles não é para lidar com ela... não foram contratados para isso... as equipes são sobrecarregadas... então o cotidiano é consulta, é cuidar de programa de diabetes e hipertensão... e no território nós temos a casa Zizi, que é específica para o atendimento da violência contra a mulher... (A.D./G2)

Mesmo assim, as mulheres em situação de violência continuam a procurar os serviços de saúde, tanto para o atendimento imediato quanto para o acompanhamento dos traumas, das lesões provocadas e das sequelas físicas e psicológicas (D’OLIVEIRA, 2000; SCHRAIBER et al., 2005). Elas precisam do apoio dos profissionais de saúde para lidar com a questão da violência contra a mulher e dos problemas que dela advém. Muitas vezes, os gestores apontam as dificuldades em acompanhar as tomadas de decisão das mulheres e tem dificuldade de lidar com suas escolhas, como por exemplo, nos casos em que essas necessitam do aborto previsto em lei. Isso parece estar relacionado com o que cada um *acha* que faria no lugar dessas mulheres e, a partir daí, um juízo de valor aparece no discurso dos mesmos.

... elas (as mulheres), arrumam vários tipos de escoras para não sair da violência... (M.D./G2)

Alguns gestores, porém, reconhecem a importância de seu papel na criação de espaços, fluxos e alternativas para lidar com a questão da violência nos serviços sob sua responsabilidade. Compadecem-se do sofrimento, tomam como seu o dever de cuidar, e reconhecem que elas estão quase sempre sozinhas ou acompanhadas por outra mulher nos casos mais extremos, como nos casos de interrupção da gravidez.

... Não, na minha experiência assim... quando vinha uma mulher fazer uma interrupção, ela nunca vinha acompanhada pelo marido, ela sempre vinha acompanhada por uma amiga, uma vizinha... outra mulher... (I.P.G./G2)

... Eu tive casos que o pai veio acompanhando... uma das mulheres que foi atendida aqui... e tive também de uma profissional liberal que veio acompanhada pelo marido... então isso você não esquece porque são coisas que destoam... (I.G.P./G2)

Entender, pela voz dos gestores, os vários momentos em que a gestão ajudou ou se omitiu nas questões da violência é muito desconcertante para uma pesquisadora/gestora. Perceber o abismo entre o que é formulado e o que é ofertado, o que de fato chega às mulheres em situação de violência enquanto política pública aparece como uma limitação. Percebe-se a fragilidade dessa oferta, do cuidado com a saúde das mulheres de forma integral.

Apreender que a forma com que a gestão lida com a questão da violência não segue um padrão, que a gestão não é cobrada em suas metas e depende da disponibilidade pessoal de cada gestor. Que para abrir espaços nos serviços, para que se acolham as questões da violência, as mulheres dependem de cada gestor pessoalmente e do relacionamento desses com as estruturas vigentes, que são cheias de padrões pré-determinados do que é e de como se deve produzir saúde. A reflexão de que esta relação da gestão com a prática e a implementação da política pública só acontece por ser um tema como a violência, e que esta escolha não se daria se o assunto em questão fosse a hipertensão ou diabetes, a dengue ou a tuberculose, por exemplo. Tudo isso é motivo de reflexão sobre as nossas práticas a partir dos resultados dessa pesquisa.

... Tem um grupo aqui que discute a violência e eu tenho acompanhado as dificuldades desse grupo para discutir o tema... em todos os sentidos, de se sentir impotente diante da questão da violência: ... bom, eu detectei um caso de violência contra a mulher e agora o que é que eu faço?... Até onde eu posso ir?... E em que medida o fato de eu estar discutindo a violência aqui na unidade, o fato de eu saber que aquele caso está ocorrendo, em que medida isso vai mudar aquela

situação?... Então o grupo se sente muitas vezes impotente diante da questão da violência, para lidar com isso... Trabalhar a questão da violência, pra mim, é muito difícil... (J.U./G2)

[sobre o documento de diretrizes em SP]... Nessa época, tinha uma mulher na secretaria estadual, ela chamava Diva, fazia parte do comitê que escreveu as diretrizes... e eu lembro dela falando o tempo inteiro: eu vou implantar, eu vou implantar... e ela tinha ligações com o PMDB... ela e o marido era político do PMDB, então, acho que isso ajudou, porque ela chegou junto lá no secretário... (T.L./G1)

4) As Crenças Pessoais, a Ideologia ocupacional e a ideologia de gênero: o pessoal e o profissional interagindo no agente de prática

Aqui, temos o espaço na análise das entrevistas para olhar a interferência das crenças pessoais, da formação profissional, das corporações e questões culturais, da implicação ou não dos sujeitos gestores como agentes de práticas. O entendimento de que esses agentes de práticas estão sempre, mesmo que inconscientemente, respondendo às demandas das estruturas, das corporações existentes, mas que, apesar disso, são também agentes de mudança, e interferem nos processos e na construção de alternativas de gestão para ofertar cuidado às mulheres em situação de violência, parece estar aqui presente. Admitindo ainda, que estes mesmos gestores, ao não concordarem com o que diz a norma legal, colocam limites, dificultam ações e fazem por valer suas crenças e ideologias, o que corrobora com o que encontramos na literatura.

Os gestores com suas formas de pensar e olhar para o mundo, suas ideologias ocupacional e de gênero, suas crenças e valores pessoais, além do contexto social em que estão inseridos, fazem escolhas, interferem nos processos de gestão e, dessa forma, no cuidado ofertado às mulheres em situação de violência. O estruturalismo construtivista de Bourdieu, apontado em Thiery-cherques (2010), a ética e a subjetividade dos profissionais interferindo nos processos de gestão, a ideologia ocupacional de cada categoria profissional relativamente à ela mesma (o que acham que devem fazer) e aos outros profissionais de saúde (o que acham que os outros devem fazer) em seus processos de trabalho e na relação entre as profissões, aquilo que é visto como legítimo, também fez parte do que encontramos nas entrevistas com nossos agentes de práticas. (BOURDIEU; SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 2014; PINELL, 2010).

A partir do referencial estudado, levamos em conta as relações dos profissionais e sua prática de gestão, suas intervenções nas estruturas vigentes, instituições e corporações.

As crenças pessoais, a ideologia ocupacional e a ideologia de gênero são marcantes na forma de pensar, orientar e organizar os processos de trabalho nos serviços. O olhar pessoal interpenetra as questões profissionais, e esse não é de forma nenhuma isento, sendo parte da identidade dos sujeitos, interferindo no processo de condução e implementação das políticas para as mulheres. As formulações que foram pensadas e que deveriam ser implementadas nem sempre o são, estando ainda muito distante daquilo que pensam os gestores tipo 1, em especial os gestores “militantes”, do que implementam, na prática, aqueles gestores dos serviços de atenção direta às mulheres em situação de violência. As dificuldades enfrentadas para que os serviços funcionem e se organizem necessitam de política de estado que tenha continuidade e que possa ofertar às mulheres em situação de violência aquilo de que elas necessitam.

O que me chama muito a atenção, né, as ações... aqui, eu tenho sentido assim: acho que as duas últimas administrações ela deixou muito a desejar na questão das ações de prevenção e promoção em saúde. Então... hoje... o que eu encontrei? As unidades atuando muito especificamente na questão do planejamento familiar, a questão da laqueadura, a questão da prevenção a câncer de colo de útero, algumas ações que eu acho que são gerais para a cidade toda. Mas... eu acho que... pouco se toca... tirando eu acho que alguns serviços que a gente tem, de estratégia de saúde da família, que estão mais próximos à periferia, mais ligados a movimentos sociais... eu sinto que tem uma questão maior na discussão da questão do gênero... Nos demais, eu sinto que fica em uma coisa tradicional. (V.B./G1)

... O que eu te falo que melhorou nessa gestão foi a abertura para o diálogo, é poder falar sobre isso... (M.D./G2)

O “como” foi feito – a forma e as estratégias de implantação, com suas potências e fragilidades – já foi considerado na terceira categoria de análise. As referências a questões religiosas (as crenças), as referências ao fazer profissional (ideologia ocupacional), as referências aos papéis de homens e mulheres na sociedade, a desigualdade, a classificação e valoração da mulher na sociedade (ideologia de gênero), também abordadas anteriormente, estão diretamente articuladas ao reconhecimento ou não da questão como passível e merecimento de cuidado.

As punições a conceitos e classificações a partir de ideologias morais adoecem os gestores e os profissionais dos serviços, sendo muito mais fácil não enfrentar a questão. A crença e a política, o valor como pessoas, o valor como profissionais e o valor das pessoas que assumiram na história do serviço ou na história de sua experiência pessoal

a violência contra a mulher como questão de saúde se transforma numa “causa pessoal”, cheia de ônus, de batalhas e de desgastes políticos, de enfrentamentos, sofrimentos e sensações de impotência. Isso diminui a possibilidade de um cuidado integral às mulheres em situação de violência, quebram o ciclo de cuidado do reconhecer, acolher e cuidar.

... Então essas questões do direito da mulher à pílula do dia seguinte, isso está disponibilizado em toda a Rede do Município de São Paulo..., mas eu não sei se há... se... Quer dizer... Não sei, não, eu sei... Existem algumas barreiras dentro das unidades para que a mulher ao chegar ao serviço, solicitando, eu acho que ainda existem algumas barreiras dentro da unidade de saúde, para que ela possa ter acesso e pegar o medicamento da pílula do dia seguinte, né? Eu acho que ainda existem várias barreiras colocadas dentro da unidade básica, que muitas vezes são barreiras que o próprio profissional da saúde tem, por uma história de religião, de moral, de ‘culpabilização’, de punição em relação à essa mulher que procura esse medicamento, a pílula do dia seguinte. Mas já existe uma política defendida que rege que a mulher tenha esse direito. Eu acho que a gente precisa ainda avançar bastante no sentido de que todas as unidades possam não oferecer nenhuma barreira interna para que essa mulher tenha acesso à pílula do dia seguinte. (C.G.M./G1)

... não é igual... aqui eu trabalho há 8 anos... a gente tinha uma pessoa que trabalhava com a saúde da mulher aqui, que não tinha muita iniciativa, e não tinha muita experiência com a política de saúde da mulher... então a gente não tinha esse... não era uma política tão discutida na região... com a vinda da nova coordenadora para cá, que tem uma experiência, que tem uma vivência com isso... essa pauta ficou mais em evidência aqui na região... então antes acho que seguia muito o que vinha da Secretaria, com relação à... às políticas das mulheres, mas nada com tanta ênfase na região. (A.L.P./G1)

... Eu fui fazer uma pesquisa em anticoncepção, porque a anticoncepção estava pela primeira vez integrada à prestação de atenção e à saúde da mulher, e o meu projeto de mestrado era avaliar o PAISM no Estado de São Paulo... e aí, eu avalei a primeira região do Estado que implantou o PAISM, que foi Sorocaba... incrível... foi o de Sorocaba, que tinha uma diretora ultra feminista... (T.L./G1)

... Fora aqueles serviços que querem fazer aborto escondido, serviço público sigiloso... que não quer fazer na verdade. Diz que faz, nunca fez e fica se escondendo... (T.L./G1)

E... e isso cria um campo (espaços de discussão e formação dos serviços de DST-AIDS), um campo social, um campo de gestão do trabalho dentro dos serviços... que o tema vitimização da mulher ele consegue encontrar um campo mais propício do que uma Unidade Básica, que tem um processo de trabalho completamente diferente... Não estou defendendo aqui que devam existir serviços especializados para atender as mulheres vitimizadas... Eu acho que a gente teria que ter uma ação bastante importante em cima da educação permanente para que todas as unidades básicas de saúde se sintam capacitadas para dar um atendimento qualificado dessas mulheres. (C.G.M./G1)

Como já referido anteriormente, a noção de ideologia ocupacional (DONNANGELO, 1975) como a melhor prática, do ponto de vista dos profissionais sobre o seu ofício, também interfere no que os profissionais vão entender como sucesso em suas gestões.

Nesse período todo a coisa mais importante que eu penso é como... como os profissionais de saúde, principalmente os médicos são resistentes a esse assunto. Que eu acho que é ali que para a implementação dos serviços de atenção a violência contra a mulher. (T.L./G1)

... Agora, você sabe que mesmo isso é curioso, porque... mesmo eu sendo feminista de longa data... quando eu fui para o Ministério da Saúde... eu achava que não era prioridade... eu pensava que isso ainda era um problema menos importante que a morte materna, o caramba a quatro... O que me fez mudar de ideia foi que, logo que eu estava para assumir o ministério, participei de uma mesa numa conferência nacional de saúde, a Elcylene LEOCÁDIO estava na mesa e ali, em Pernambuco, já tinha... trabalhado com a implantação de serviços de atenção à mulher vítima de violência e ela trouxe o relato de dois casos que ela tinha atendido, quando ela acabou de falar, eu queria me matar, porque se fosse um caso daqueles... (T.L./G1)

As formas que os gestores interpretam os papéis de homens e mulheres na sociedade e suas ideologias de gênero, também interferem no que produzem em suas funções.

... ahá, acho que existe uma cultura machista, que ela é reproduzida nas famílias de uma maneira subliminar, que eu acho que deveria isso ser cada vez mais... ser evidente, porque quanto mais visibilidade essas vulnerabilidades, elas

vêm à tona, e mais consciência a população, a sociedade tem para lidar com essas diferenças de uma maneira mais ‘empoderada’... (C.M./G1)

O Homem mata e fala que é por amor... e se fosse a mulher, não... pelo menos, não é isso que acontece... (M.M./G2)

... então, eu ‘brinco’ que nesse país quem tem muito direito são as mulheres... os homossexuais, as crianças e os idosos... então a gente fala muito disso e acaba pecando, esquecendo dos homens, né?... eu acho que (os homens) estão perdendo os direitos, sim. Eu acho que eles estão sendo abafados... eles ficaram numa situação de conforto, já que a mulher foi assumindo, assumindo, assumindo... (F.S./G2)

Na fala de alguns gestores do sexo masculino aparece algo como um certo “ensinamento” do caminho a ser seguido, talvez a responsabilização da mulher pelo lugar ocupado socialmente, pela falta de entendimento de seus direitos, sua importância e seu papel social.

... não estou falando... nem sendo assertivo, nada... Mas, será que a mulher ela tem consciência dessa agressão que ela sofre... né... ou... na medida que ela sofre uma agressão, na medida que ela sofre uma violência... será que culturalmente, no imaginário, no inconsciente das mulheres... elas não acreditam que isso é uma coisa normal dentro de uma sociedade machista?, que é um padrão a ser seguido... Eu... será que as mulheres estão suficientemente ‘empoderadas’ no sentido de se fazer serem visíveis dentro de uma sociedade?, fazer valer os seus direitos? (C.M./G1)

Culpas, fardos e transferências do imaginário dos outros profissionais e da população também acompanham esses gestores, o que produz tristeza e se torna um peso, no momento em que essas questões adquirem dimensão pessoal, ao se empreenderem investimentos e buscas de soluções para respostas que, na realidade, deveriam vir do poder público, do Estado, da saúde como um direito constitucional, do princípio da integralidade no SUS.

... Uma funcionária, ela me acusou dela ter tido um aborto espontâneo porque ela tirava xerox dos documentos para o aborto legal... ela disse... olha, eu falei para o meu marido que perdi o bebê por conta de tirar xerox daqueles documentos falando sobre aborto. (I.P./G1)

... Eu lembro de um caso, quando eu estava em Brasília, de violência, que chegou para nós, uma menina que foi violentada por alguém da família, que tinha 11 ou 12 anos e engravidou, foi no interior de Goiás... e ela sofreu tudo... ela e a família, agressões por parte de um movimento pró vida, eles ficavam em frente a casa delas e ficava falando para elas você é assassina e tal... o juiz tinha autorizado a interrupção da gravidez no hospital materno infantil de Goiânia, e por causa dessa repercussão, e desse plantão na frente da casa dela e do hospital, que era um hospital público, os médicos deram para trás. E a família entrou em desespero, a gestão local não fez nada e uma ONG feminista ofereceu ajuda, que a família aceitou e falaram com o ministério, nós ligamos para o Jefferson no Pérola Byington, ele aceitou fazer e o ministério pagou a viagem, ela veio para São Paulo num avião da FAB para fazer... deu certo, mas você vê... isso é um caso... (TL/G1)

... então, a gente fez um trabalho com relação a isso, para divulgação, para utilização da pílula do dia seguinte..., mas, eu acho que é pouco utilizado no município como um todo e no Brasil mesmo. Acho que ainda existe um preconceito com relação à pílula... à contracepção de emergência porque tem muita discussão se é um aborto, se não é... se é legal ou não. (A.P/G1)

É importante aqui, fazer uma distinção entre a ética e a moral, sendo importante então, inicialmente entender as diferenças entre elas. O direito está diretamente relacionado com as questões éticas e morais, e essa relação diz respeito ao comportamento ou à conduta humana em sociedade. A ética diria respeito, então, às regras básicas, aos princípios que de alguma forma servem para todos os seres humanos, em qualquer lugar, como direitos universais. Já a moral é relativa a um conjunto de regras costumeiras de determinados grupos, determinadas sociedades e culturas diversas. O direito procura impor condutas sob pena de sanções legalmente reconhecidas pelo Estado, e aí, se apresenta a norma legal (GARCIA, 2002).

Essa distinção tem sido a mais usada, embora alguns autores como Agnes Heller, citada por SCHRAIBER (2008) em seu livro *O médico e suas interações* fale em ética na vida cotidiana, como o modo de realizar as relações interpessoais, entendendo que a ética se daria, assim, em nossas práticas. SCHRAIBER também se refere à ética como os valores mais gerais da sociedade, e à moral como aquilo do que cada indivíduo se vale para agir individualmente. Tal interpretação é análoga ao que se refere na literatura de Bourdieu, ou seja, o que esse autor considerou para o agir nas práticas como interação com a norma social geral e singularidade individual, SCHRAIBER entende como uma ação moral do indivíduo que, nesse sentido, apontaria para uma síntese da ética com os valores e costumes que seriam, então, individualmente valorizados.

A ética preocupa-se então com o bem, com a liberdade, com a igualdade e com a vida. Com os interesses de todos os seres humanos. A ética ocidental, tem uma relação direta com a ética kantiana que se baseia na premissa de que a justiça é igual à igualdade, à liberdade e à imparcialidade. E é com esse conceito que se articula a norma ética. Já a norma moral dirá respeito a um conjunto de princípios e valores sobre o bem e o mal que orientam um comportamento humano em sociedade e, por isso, são relativos, se articulam com os valores que seriam acordos sociais e históricos inseridos em uma ordem simbólica e, justamente por isso, não absolutos. A ética seria então universal, uma concepção, o que deveria acontecer. E a moral seria a prática.

A importância de pesquisas e perguntas como estas repousa na possibilidade de repensar as práticas e estimular o pensamento sobre o assunto, para ser também uma aposta ou criar dispositivos de construção de redes e poder, fomentar outras pesquisas e estudos futuros, funcionar como agentes de práticas.

... Olha, primeiro considero a pesquisa bastante importante... eu acho que é daí que a gente vai poder fazer algum diagnóstico, criar políticas públicas... né... e acho que a gente tem que conversar mais sobre isto, sobre estas questões...
(T.L./G1)

CAPÍTULO VI

Considerações finais

Realizar esta pesquisa foi uma experiência desafiadora, apesar de já termos como hipóteses algumas das questões que aqui se confirmaram.

Perceber que as desigualdades e iniquidades causam danos, sofrimento e adoecimento às mulheres em situação de violência e que, dessa forma, diminuem-se as possibilidades de que possam seguir com suas vidas produtivas e felizes foi algo muito mobilizador.

São poucos os gestores dos serviços de saúde que compreendem o enfrentamento da violência contra a mulher como algo que faça parte do seu papel e ainda menor o número deles que conhecem normas e leis ou protocolos de atuação. Por outro lado, perceber a existência de gestores “militantes” como sujeitos implicados nos processos de gestão, cuidando, mudando, apostando em dispositivos de criação de redes, estejam essas dentro ou fora da saúde, foi importante, e pessoalmente para a pesquisadora, um alento.

É necessário que possamos produzir ainda mais espaços que discutam e visibilizem as questões de violência contra a mulher, seja com estudos do campo da saúde coletiva, seja com processos de educação permanente e sensibilização dos gestores e dos profissionais da assistência a partir da organização de protocolos, guias de serviços, fluxos de atendimento e linhas de cuidado, tornando a atenção às mulheres em situação de violência algo tecnologicamente passível de intervenção.

Entendemos ainda que cabe ao Estado implementar medidas de combate à violência, de prevenção e tratamento, de tornar precocemente visíveis os casos de violência contra a mulher e de cuidar do adoecimento decorrente dessa violência.

Em todos esses sentidos, o presente estudo apontou para o fato de que é necessário não restar apenas na dimensão mais pessoal essa possibilidade de enfrentar a violência como questão não só social, mas também da saúde em particular, mostrando que capacitações específicas e sobretudo maior atenção a elas em nível local pode produzir resultados positivos importantes. Embora a militância tal como apontamos no estudo apareça como característica pessoal, os demais resultados também sugerem que a consideração da questão da violência como parte do escopo profissional pode ser resultado de políticas mais integradas, mais claras quanto à violência contra mulheres e mais responsáveis quanto à implantação das normas e formulações gerais que constam de seus discursos, ao gerarem ações específicas de implementação. Só assim os profissionais do cuidado direto estarão prontos para reconhecer os casos e

acolher as mulheres em situação de violência, ofertando o cuidado necessário em todas as esferas e espaços de gestão e atenção, desde as UBS até os Hospitais, CAPS ou NASF. Também é necessário garantir que estes possam se relacionar com redes intersetoriais tão necessárias à construção da integralidade do cuidado às mulheres em situação de violência.

O momento da implementação das políticas parece ser, assim, não só uma dimensão específica e que requer ser cuidada como tal, como ser uma esfera de atuação que guarda certa autonomia relativamente à formulação das políticas, não sendo nunca uma decorrência direta e imediata daquela formulação. A gestão não é, assim, uma dimensão homogênea do trabalho em saúde, sendo importante que reconheçamos a diversidade de situações em seu interior, como as dos dois tipos de gestores, para que uma política formulada possa ter algum sucesso na prática dos serviços de saúde.

ANEXOS

1.	Roteiro de entrevistas e questionário utilizado	98
2.	Termo de consentimento livre e informado	102
3.	Aceite da Região Sudeste	104
4.	Aceite da Região Oeste	105
5.	Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	106
6.	Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) – Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)	110
7.	Material do resgate cidadão	113

ANEXO 1

Roteiro de entrevistas e questionário utilizado

Gostaria de conversar com você sobre a gestão para a política de enfrentamento da violência contra a mulher (da forma como está definido pela lei).

Roteiro da entrevista com os gestores

Nº da entrevista:

Data:

Entrevistadora:

I. Identificação

1. Nome:
2. Idade:
3. Formação (graduação, pós e treinamento/especialização em violência/direitos humanos):
4. Serviço:
5. Função que desempenha: G1 ☐ G2 ☐
6. Tempo de trabalho no serviço (anos e meses):

II. Exploração temática (O que a pessoa pensa que está acontecendo e o que acha que deveria acontecer?)

A. Gênero e Direitos humanos

1. Fale sobre os papéis de homem e de mulher na sociedade; quais são; o que você acha disso e como deveriam ser.
2. Fale sobre os direitos sociais e humanos de mulheres e de homens; como são? São os mesmos? O que você acha disso? Como deveria ser? (Caso o entrevistado não fale das desigualdades e o que deveria ser igualdade, perguntar: você acha que as mulheres têm os mesmos direitos que os homens? Se não, o que seria diferente?)
3. Você acha que sempre foi assim ou houve mudanças? A partir de quando?
4. Qual a sua experiência com a implantação e implementação das ações da Saúde da Mulher?

5. Você acha que essas ações configuram uma política de direitos das mulheres? (Acesso, qualidade, equipe multi, vinculação ao médico, encaminhamento especializado etc.)
6. **Se sim**, você enfrentou obstáculos na implantação e implementação dessa política? Ou teve facilidades nessa implantação e implementação?
7. **Se não**, como você acha que deveria ser uma política que contemplasse esses direitos e como deveria ser sua implantação e implementação? Fale sobre.
8. Você conhece leis, normas ou regulamentos ou programas oficiais que buscam realizar os direitos das mulheres na área da Saúde? Caso apareça a Rede Cegonha, explore como o entrevistado acha que esse programa realiza direitos. Quais seriam? E como os realiza? Lembrar-se de perguntar sobre o direito ao acesso universal à saúde e perguntar ativamente sobre:
 - Você conhece: 1. O PAISM; 2. A lei do planejamento familiar; 3. A norma técnica do aborto humanizado?; 4. A norma técnica da contracepção de emergência; 5. A norma técnica da atenção à mulher vítima de violência sexual; 6. Mencionar, apenas se aparecer espontaneamente, senão deixar para o próximo bloco: a Lei Maria da Penha (violência contra a mulher). Caso não apareça, deixar a exploração para o segundo bloco.
 - E a saúde dos homens? Vai na mesma linha? E a participação dos homens nos programas que atendem as mulheres?
 - Explorar: o que sabe de cada um dos itens acima; o que acha e como deveria ser?

B. Políticas sobre o enfrentamento da violência social e doméstica

9. Fale sobre a violência contra a mulher: que tipos conhece, o que sabe sobre e o que acha? Há casos que aparecem na rotina do seu trabalho? Por que você acha que esses casos aparecem? Você acha que deveriam mesmo aparecer? E se não aparecem, você acha que deveria fazer algo para aparecer? Qual a importância dos casos? Você acha que eles acontecem em grande quantidade?
10. Nas unidades sob sua gestão, há ações que são realizadas para o enfrentamento da violência contra a mulher? Quais são elas e como se articulam com as outras ações dos serviços?
11. O que você acha dessas ações? Elas configuram uma política e um programa de enfrentamento? Você acha que deve haver um programa como a cegonha? Como seria?
12. Você conhece leis, normas ou regulamentos ou programas oficiais que buscam enfrentar a violência contra a mulher? Se sim, quais? Se não, você acha que deveriam existir?

13. Retomando especificamente a Lei Maria da Penha: o que sabe, o que acha e como deveria ser?
14. Vamos falar sobre as diferentes gestões municipais sobre esse enfrentamento.
15. Fale sobre a gestão de 2005 a 2008; 2009 a 2012 e a atual (adequar ao tempo na função de gestor). Explorar: você enfrentou obstáculos na implantação e implementação dessas políticas municipais em cada um desses períodos? Ou teve facilidades nessa implantação e implementação? Fale sobre (lembrar de treinamentos supervisões, monitoramentos, avaliações, condições de trabalho, condições de encaminhamentos e a rede intersetorial que será explorada no bloco C a seguir).
16. Explorar: como deveriam ser tais políticas municipais?
17. O que você sabe sobre a notificação das violências? Qual a sua experiência com essa notificação? O que acha das notificações? Como deveria ser?
18. Como são as práticas de implantação e implementação da política de notificações? Há dificuldades (obstáculos)? Há possibilidades (facilidades)? Qual a sua opinião sobre os obstáculos à implantação e implementação nos serviços das notificações?

C. Rede e Intersetorialidade (Vamos falar agora do seu serviço e da relação dele com outras unidades ou instituições que lidam com os casos)

19. Fale sobre a relação com outros serviços, de saúde e fora delas. Você acha que esta relação é importante? Com quais outros serviços, da saúde e fora dela, o seu se relaciona na hora de atender casos de crianças? E de mulheres? E de adolescentes?
20. Você sabe o que eles fazem (os outros serviços)? O que você gostaria que eles fizessem, mas acha que não fazem?
21. Como vocês se comunicam e reconhecem mutuamente os casos (reuniões, visitas, informação interna ao serviço)?
22. O que você acha da rede de instituições existentes para o trabalho com a violência? Há trabalho em rede? Por que? (Explorar: vocês conversam internamente multiprofissionalmente e externamente intersetorialmente sobre o plano para os casos? Como se comunicam?) Explorar: conexão de rede quando o caso envolve mulheres, crianças e/ou adolescentes; diferentes concepções de gênero e violência entre os profissionais da rede, que redundam em diferentes projetos assistenciais.
23. Que tipo de serviços/profissionais faltam para complementar/apoiar seu trabalho? Por que?
24. O que mudou na última década?

25. Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar ou explicar que considera importante?

D. Sobre as crianças

26. Fale sobre o que você sabe sobre os direitos das crianças e adolescentes
27. Você conhece o ECA? O que sabe e o que acha?
28. Nas unidades sob sua gestão, há ações que são realizadas para o enfrentamento da violência contra a criança e o adolescente? Quais são elas e como se articulam com as outras ações dos serviços?

ANEXO 2

Termo de consentimento livre e esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar da pesquisa “AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”, que é parte da pesquisa maior: “Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais”, realizada pelo Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob a coordenação da Prof^a. Lilia B SCHRAIBER e Prof^a. Ana Flávia Pires Lucas d’OLIVEIRA, respectivamente. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer, em uma região delimitada da cidade de São Paulo, as políticas voltadas à violência doméstica contra mulher e a criança, na perspectiva dos gestores de serviços de saúde.

Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigado (a) a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha começado ou depois de terminada, sem que isto lhe acarrete nenhum tipo de constrangimento comigo ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculada (a). Sua participação também não implicará em qualquer despesa pessoal para você. Da mesma forma não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação.

Vamos gravar a entrevista, e garantimos que estas informações serão confidenciais e os dados apenas serão usados pela pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço das pesquisadoras responsáveis. Pode fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. As responsáveis são Prof^a. Lilia B SCHRAIBER e Prof^a. Ana Flávia Pires Lucas d’OLIVEIRA, que podem ser encontradas no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170 ou pelo telefone 30617085. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004 – E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NOS SERVIÇOS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO”.

Eu discuti com a pesquisadora _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a acompanhamento psicológico se necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no meu trabalho ou atendimento no serviço onde fui contatado.

São Paulo, _____ de _____ de 2013/14.

ANEXO 3**Aceite da Região Sudeste** **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUDESTE**

Rua Padre Marchetti nº 557 - Ipiranga CEP 04266-000
Telefone: 2215-3147 / 2591-3011 ramal 207(fax)
Email : crssudeste@prefeitura.sp.gov.br

São Paulo, 19 de abril de 2013.

OFÍCIO - Nº 034/2013 – CRS SUDESTE

À
PESQUISADORA ANA FLÁVIA PIRES LUCAS

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

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

DRA. ANA LUCIA PAIONI ALVES BAPTISTA
Coordenadoria Regional de Saúde Sudeste
COORDENADORA ADJUNTA

ANF/Ilo

ANEXO 4
Aceite da Região Oeste

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

São Paulo, 19 de abril de 2013

À
Pesquisadora Ana Flavia Pires Lucas

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

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

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

ANF/llo

ANEXO 5

Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo (SMS/SP) Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais

Pesquisador: Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13084013.8.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: CONS NAC DE DESENVOLVIMENTO CIENTIFICO E TECNOLÓGICO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 388.436

Data da Relatoria: 05/09/2013

Apresentação do Projeto:

Nas últimas três décadas observou-se intenso movimento pelos direitos humanos das mulheres, do incremento na produção de conhecimento científico sobre o tema da violência e ao aumento dos serviços voltados para o atendimento às mulheres em situação de violência. Entretanto identificam-se obstáculos à integração dos serviços de atenção primária à saúde em uma rede articulada para o enfrentamento da violência doméstica de gênero. A presente pesquisa buscará, através de levantamento bibliográfico e a tomada de depoimento de gerentes e mulheres envolvidas em situações de violência doméstica contra si e/ou crianças. Foram apresentados critérios de inclusão.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Conhecer as políticas e organização dos serviços voltados à violência doméstica em uma região do município de São Paulo

Objetivos Secundários:

- Sistematizar as diversas legislações e políticas relacionadas à violência doméstica contra mulheres e crianças no país, no Estado e no município de São Paulo.
- Conhecer e analisar as concepções dos diversos profissionais sobre a clientela atendida e o

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar

Bairro: CENTRO

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 388.436

problema da violência doméstica

- Conhecer e analisar a presença da perspectiva de GÊNERO e DIREITOS HUMANOS na orientação do trabalho realizado e na visão dos diretores dos serviços e gerentes responsáveis pela coordenação dos diversos setores assistenciais.
- Conhecer e analisar o quanto os profissionais e gestores reconhecem outros serviços pertencentes à rede e quais suas expectativas em relação ao trabalho realizado por eles.
- Investigar a presença de reuniões ou comunicações por escrito, telefone ou e-mail entre os diversos profissionais da rede e o caráter que ela toma no trabalho
- Investigar os principais obstáculos e facilitadores encontrados por mulheres que utilizam esta rede de serviços, enfocando a rede específica e os serviços de saúde em geral.
- Analisar o impacto da constituição de redes nas rotas críticas apresentadas pelas mulheres
- A partir dos resultados encontrados, aprimoraremos o guia de serviços já existente on-line (www.guiadacidadania.com.br) e realizaremos oficinas com os profissionais para a devolução dos resultados, no sentido do estreitamento da trama para o estabelecimento de uma rede, encorajando o desenvolvimento de linguagem e objetivos compartilhados e autonomia interdependente no trabalho, em busca da construção de projetos assistenciais comuns que tenham os direitos humanos e sociais como eixo e norte do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Não há riscos importantes previstos, mas o estudo terá uma condução ética cuidadosa no sentido de evitar eventuais prejuízos aos participantes, causados principalmente pela memória de lembranças desagradáveis durante a entrevista ou quebra de sigilo. As medidas de cuidado ético serão: sigilo e confidencialidade, apoio psicológico para pesquisadores e entrevistados se necessário, entrevistas individuais em locais com total privacidade e encaminhamento à rede intersetorial sempre que necessário.

Benefícios:

Fortalecimento da rede intersetorial e elementos propiciadores de capacitação para os profissionais da rede, resultando em uma melhoria de qualidade do atendimento dos casos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é pertinente e vai contribuir com a formação de pesquisadores, em nível de graduação.

A metodologia está em consonância com o objetivo.

O orçamento detalhado é apresentado no arquivo [cnpq06022013.pdf](#) (projeto integral).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 388.436

A pesquisadora compromete-se a não iniciar a coleta dos dados antes da emissão do parecer de aprovado por este CEP/SMS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto está adequada.

Foi apresentada autorização da instituição coparticipante.

Os custos foram informados e estarão sob responsabilidade do CNPq. O cronograma informa previsão de início para coleta dos dados em 01/08/13, sugerindo que a mesma já foi iniciada.

O TCLE está em conformidade com as garantias previstas na Resolução 466/2013.

Recomendações:

Enviar um adendo ao CEP da instituição proponente a fim de que sejam informadas as alterações feitas ao projeto ora aprovado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Para início da coleta dos dados, o pesquisador deverá se apresentar na mesma instância que autorizou a realização do estudo (Coordenadoria, Supervisão, SMS/Gab, etc).

O sujeito de pesquisa (ou seu representante) e o pesquisador responsável deverão rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE apondo sua assinatura na última página do referido Termo, conforme Carta Circular no 003/2011 da CONEP/CNS.

Salientamos que o pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Lembramos que esta modificação necessitará de aprovação ética do CEP antes de ser implementada.

Ao pesquisador cabe manter em arquivo, sob sua guarda, por 5 anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP (Res. CNS 196/96 item IX. 2. e).

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP Município: SÃO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

SECRETARIA MUNICIPAL DA
SAÚDE DE SÃO PAULO -
SMS/SP

Continuação do Parecer: 388.436

De acordo com a Res. CNS 196, IX.2.c, o pesquisador deve apresentar a este CEP/SMS os relatórios semestrais. O relatório final deverá ser enviado através da Plataforma Brasil, ícone Notificação. Uma cópia digital (CD/DVD) do projeto finalizado deverá ser enviada à instância que autorizou a realização do estudo, via correio ou entregue pessoalmente, logo que o mesmo estiver concluído.

SAO PAULO, 09 de Setembro de 2013

Assinador por:
SIMONE MONGELLI DE FANTINI
(Coordenador)

Endereço: Rua General Jardim, 36 - 1º andar
Bairro: CENTRO
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3397-2464

CEP: 01.223-010

E-mail: smscep@gmail.com

ANEXO 6

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Atenção primária à saúde e o cuidado integral em violência doméstica de gênero: estudo sobre a rota crítica das mulheres e crianças e redes intersetoriais

Pesquisador: Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 13084013.8.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ((CNPq))

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 319.990

Data da Relatoria: 26/06/2013

Apresentação do Projeto:

segundo a pesquisadora, o projeto visa estudar obstáculos e possibilidades da integração dos serviços de atenção primária à saúde em uma rede articulada de serviços para o enfrentamento da violência doméstica de gênero. Busca produzir conhecimento que facilite a efetivação dos direitos humanos e sociais das mulheres, segundo as recomendações das políticas de saúde para atenção básica e daquelas estabelecidas pela Política Nacional de Enfrentamento da Violência contra as Mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Sistematizar as diversas legislações e políticas relacionadas à violência doméstica contra mulheres e crianças no país, no Estado de São Paulo e no município. Conhecer e analisar as concepções dos diversos profissionais sobre a clientela atendida e o problema da violência doméstica. Conhecer e analisar a presença da perspectiva de gênero e direitos humanos na orientação do trabalho realizado e na visão dos diretores dos serviços e gerentes responsáveis pela coordenação dos diversos setores assistenciais. Conhecer e analisar o quanto os profissionais e gestores reconhecem outros serviços pertencentes à rede e quais suas expectativas em relação ao trabalho realizado por eles. Investigar a presença de reuniões ou comunicações por escrito, telefone ou e-mail entre os diversos profissionais da rede e o caráter que ela toma no trabalho. Investigar os

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 319.990

principais obstáculos e facilitadores encontrados por mulheres que utilizam esta rede de serviços, enfocando a rede específica e os serviços de saúde em geral. Analisar o impacto da constituição de redes nas rotas críticas apresentadas pelas mulheres. A partir dos resultados encontrados, aprimorar o guia de serviços já existente on-line (www.guiadacidadania.com.br) e realizar oficinas com os profissionais para a devolução dos resultados, no sentido do estreitamento da trama para o estabelecimento de uma rede, encorajando o desenvolvimento de linguagem e objetivos compartilhados e autonomia interdependente no trabalho, em busca da construção de projetos assistenciais comuns que tenham os direitos humanos e sociais como eixo e norte do trabalho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

segundo a pesquisadora Não há riscos importantes previstos, mas o estudo terá uma condução ética cuidadosa no sentido de evitar eventuais prejuízos aos participantes, causados principalmente pela memória de lembranças desagradáveis durante a entrevista ou quebra de sigilo. As medidas de cuidado ético serão: sigilo e confidencialidade, apoio psicológico para pesquisadores e entrevistados se necessário, entrevistas individuais em locais com total privacidade e encaminhamento à rede intersetorial sempre que necessário.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto está bem fundamentado. A metodologia e o prazo de realização do estudo oferecem plenas condições de execução na direção dos objetivos propostos e o termo de consentimento encontra-se bem elaborado.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

CEP: 01.246-903

E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 319.990

SAO PAULO, 28 de Junho de 2013

Assinador por:
Roger Chammas
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR ARNALDO 455

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8004

E-mail: cep.fm@usp.br

ANEXO 7

Material do resgate cidadão

Secretaria Municipal da Saúde - COGest - Projeto Resgate Cidadão Nº 01 - Novembro/2003

DESCRIÇÃO DO PROJETO

As vítimas de violência, em suas mais diversas formas, freqüentemente recorrem ou são encaminhadas aos serviços de saúde, gerando altos custos para a sociedade, para os indivíduos e para o setor da saúde. Em diferentes Coordenadorias de Saúde da Cidade de São Paulo, a violência é hoje a principal causa de morte em várias faixas etárias da população. Além disso, pode deixar seqüelas que, muitas vezes, não são computadas nos

dados de morbidade. Frente a esta situação é urgente implementar ações preventivas dos agravos físicos e emocionais, de promoção à saúde e da assistência integral às pessoas em situação de violência, considerando a singularidade de cada contexto.

O Projeto Resgate Cidadão pretende diminuir o índice de morbimortalidade provocado pelas modalidades mais freqüentes de violência:

- Doméstica - o agressor faz

parte das relações das vítimas no espaço doméstico,

- Sexual - muitas vezes associadas a outras formas,
- Institucional - nos equipamentos sob a responsabilidade do SUS,
- Homicídio,
- Suicídio,
- Acidente de trânsito,
- No ambiente de trabalho - corresponde aos acidentes e às ações violentas geradas nas relações de trabalho.

REDE DE ATENÇÃO

A diversidade de cada região do município impõe a necessidade de trabalharmos a partir de uma leitura detalhada de cada situação específica.

A articulação do projeto municipal se faz com todos os interlocutores em cada Subprefeitura e com os representantes das diversas áreas temáticas da SMS - SP.

O cuidado às pessoas em situação de violência é oferecido em todas as unidades do SUS Municipal articuladas pelas 56 equipes de referência do Resgate Cidadão distribuídas pela cidade.

Para a organização e apoio de cada um desses projetos locais foram necessárias ações de sensibilização, capacitação e supervisão dos trabalhadores das unidades de saúde, assim como a realização de oficinas e reuniões de acompanhamento.

Foram realizadas 572 oficinas de sensibilização para 13.253 profissionais das unidades de saúde municipais. As oficinas foram implementadas por uma rede de 23 parceiros (ONGs e núcleos universitários), e objetivaram ampliar a capacidade dos trabalhadores para perceber, acolher, atuar e encaminhar com qualidade as pessoas em situação de violência.

"... Nos empenhamos em trazer a discussão sobre a violência para a vida cotidiana de cada um e da unidade e em ajudá-los a ter um olhar mais flexível e menos rígido em relação aos outros, aliado a uma maior disponibilidade afetiva e respeitosa." (Instituto de Terapia Familiar/CS Aricanduva)

"... A oficina possibilitou que todos pudessem expressar suas experiências e angústias relacionadas à violência, sentindo-se ouvidos e acolhidos." (trabalhador da CS Jabaquara)

MAPA DE DISTRIBUIÇÃO DAS EQUIPES DE REFERÊNCIA EM VIOLÊNCIA POR COORDENADORIA DE SAÚDE

COORDENADORIAS DE SAÚDE:

1. BOM JARDIM	17. COARACY ARANHA
2. BOM JARDIM	18. COARACY ARANHA
3. BOM JARDIM	19. COARACY ARANHA
4. BOM JARDIM	20. COARACY ARANHA
5. BOM JARDIM	21. COARACY ARANHA
6. BOM JARDIM	22. COARACY ARANHA
7. BOM JARDIM	23. COARACY ARANHA
8. BOM JARDIM	24. COARACY ARANHA
9. BOM JARDIM	25. COARACY ARANHA
10. BOM JARDIM	26. COARACY ARANHA
11. BOM JARDIM	27. COARACY ARANHA
12. BOM JARDIM	28. COARACY ARANHA
13. BOM JARDIM	29. COARACY ARANHA
14. BOM JARDIM	30. COARACY ARANHA
15. BOM JARDIM	31. COARACY ARANHA
16. BOM JARDIM	32. COARACY ARANHA

LEGENDA:

- REDE CONSTITUTIVA
- REDE PARCIALMENTE CONSTITUTIVA
- REDE NÃO CONSTITUTIVA/REFERÊNCIA EXTERNA

CAPACITAÇÃO DA REDE AMBULATORIAL

Foram realizados cursos de capacitação distribuídos por cinco regiões da cidade, no período de agosto a outubro de 2003. Foram capacitados 400 profissionais de diferentes categorias – enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, médicos, psicólogos, atas, agentes comunitários do PSF e terapeutas ocupacionais.

Conteúdo temático:

- Princípios e Estratégias Gerais do Projeto
- Construção do Cuidado e do Vínculo
- Violência e Saúde
- Violência e Acesso aos Direitos Humanos
- Quimioprofilaxia HIV/DSTs
- Anticoncepção de Emergência
- Aborto Legal
- Violência Doméstica e Sexual Contra o Idoso, Contra a Criança e o Adolescente e Contra a Mulher
- Violência Associada ao Uso de Alcool e Drogas
- Acidente de Trabalho
- Suicídio
- Violência Doméstica e Sexual Contra a Pessoa com Deficiência

I MOSTRA MUNICIPAL DE EXPERIÊNCIAS: SAÚDE E VIOLÊNCIA

Para essa Mostra, temos mais de 50 trabalhos da rede municipal de saúde inscritos, apresentados de diversas formas: painéis, fotos, vídeos, performance etc.

Objetivos:

- Criar um espaço de troca entre os trabalhadores já envolvidos com a rede de atenção à pessoa em situação de violência
- Divulgar o trabalho feito na SMS
- Propiciar uma reflexão sobre temas relevantes ligados à violência
- Fortalecer a rede social de enfrentamento das questões da violência

Visa atingir:

- profissionais da rede SUS municipal
- população em geral
- rede de parceiros da sociedade civil
- outras Secretarias da PMSP

DATA

- 28 de novembro de 2003

LOCAL

- APCD - Rua Voluntários da Pátria, 547 - Santana

SISTEMA DE INFORMAÇÃO, NOTIFICAÇÃO E VIGILÂNCIA

O Sistema de Informação e Notificação de Casos Suspeitos ou Confirmados de Violência nos serviços de saúde tem a finalidade de conhecer situações de violência vivenciada pelos usuários da Rede Municipal de Saúde. A partir dessas informações, pretende-se

traçar o perfil epidemiológico da violência, criando condições favoráveis para planejar e executar intervenções coletivas de promoção da saúde e de prevenção da violência.

Em maio/03, iniciou-se a implantação da Ficha de Notificação de Violência

(suspeita ou confirmada) na rede ambulatorial; e em agosto/03, a ficha de detecção de casos nas Unidades de Referência de Violência.

Encontra-se em fase de discussão o sistema de informação para a rede de urgência e hospitalar.

MOBILIZAÇÃO DA SOCIEDADE E PROMOÇÃO DA SAÚDE

Campanhas de Prevenção e Promoção da Saúde:

I Campanha de Prevenção de Acidente de Trânsito

Realização de concurso de vídeo: "Mobilidade segura: fluxo e risco na cidade", em parceria com a Faculdade SENAC de Comunicações e Artes, com a premiação de melhores vídeos relacionados aos temas: acidente de trânsito associado ao uso de álcool, motofrete e atropelamento de criança e idosos. A premiação dos melhores vídeos ocorrerá na I Mostra Municipal de Experiências: Saúde e Violência, em novembro de 2003.

Em fase de elaboração, a Campanha de Promoção à Saúde e Prevenção de Acidentes de Trânsito, em conjunto com outros setores do Governo Municipal (SMT/CET-SP, SPTrans, SGM, SMSU e SME), dará prioridade para as vias onde ocorrem os maiores números de óbitos por

acidentes de trânsito. A campanha privilegiará ações educativas voltadas para a população usuária e que habita as proximidades destas vias, além de intervenções na engenharia de trânsito em locais específicos.

I Campanha de Prevenção da Violência Doméstica e Sexual

Esta campanha será lançada na I Mostra Municipal de Experiências: Saúde e Violência, devendo suas ações se estender por todo o ano de 2004, priorizando quatro grupos vulneráveis:

- Mulher
- Criança e adolescente
- Idoso
- Pessoa com deficiência

OFICINAS DE ACOMPANHAMENTO

Cuidar de pessoas envolvidas em situações de violência acarreta uma sobrecarga em múltiplas dimensões. Muitos profissionais ainda se sentem isolados, inseguros, sem o apoio necessário para o desenvolvimento satisfatório das práticas.

Para abarcar toda a complexidade da tarefa, os processos de capacitação desses

trabalhadores precisam incluir estratégias que envolvam a dimensão da subjetividade.

Nessa perspectiva, organizamos algumas oficinas dirigidas a pensar e tecer os sentidos no trabalho, criando um espaço de reflexão e elaboração coletiva das vivências dos atores envolvidos: gestores, articuladores ou cuidadores.

PARTICIPAÇÃO NAS AÇÕES JUNTO AOS GOVERNOS LOCAIS/SUBPREFEITURAS

Participação nas Comissões Cíveis Comunitárias, coordenadas pela Secretaria Municipal de Segurança Urbana, em quatro subprefeituras da cidade de São Paulo: Sé, Vila Prudente/Sapopemba, São Miguel Paulista e M'Boi Mirim.

Organização de Fóruns Regionais, articulado com outros setores do governo municipal e da sociedade civil para discutir ações de enfrentamento da violência da região.

UNIVERSIDADE PARA A PAZ

O Projeto Resgate Cidadão iniciou há dois anos, em parceria com Palas Athena, Aliviador, Esalq/USP, contatos junto à direção da Universidade para a Paz/ONU, com sede na Costa Rica, no sentido de trazer para o Município de São Paulo um escritório de representação dessa Universidade.

A Universidade para a Paz em São Paulo funcionará como um centro de estudo, pesquisa e formação, voltado ao desenvolvimento da cultura da paz e não-violência, contribuindo para construção de uma sociedade mais justa e solidária, que respeite e promova os direitos humanos e a diversidade cultural.

Para alcançar seus objetivos está sendo formada uma rede de parceiros entre o poder público, organizações da sociedade civil, universidades, instituições privadas, organismos internacionais e imprensa.

I FORUM DE IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES DA UNIVERSIDADE PARA A PAZ/ONU NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

24 DE OUTUBRO DE 2003
SESC VILA MARIANA

Os públicos prioritários dos processos de formação serão as lideranças comunitárias, os movimentos sociais e os membros eleitos de conselhos da sociedade civil (tutelar, da saúde, da defesa dos direitos, etc.). Foram definidos quatro eixos para o trabalho: violência doméstica, homicídio, violência contra a juventude e a cultura da paz.

Foi enfatizada a importância de um olhar sensível para a relação da mídia com a cultura da paz.

No final de outubro de 2003 realizou-se no SESC Vila Mariana o "I Fórum de Implementação para as Atividades da Universidade para a Paz no Município de São Paulo", que contou com a presença de mais de 70 pessoas, representando um conjunto significativo de organizações sociais afinadas com o enfrentamento da situação da violência e com a construção da cultura da paz.

Resgate Cidadão é uma publicação da Coordenação de Desenvolvimento Gestão Descentralizada - COGest, da Secretaria Municipal da Saúde. Produção: Assessoria de Comunicação e Imprensa (ACI). Jornalista responsável: Sueli Gimenez (Mtb 13.770). Colaboração: Lúmena, Jonas, Mariângela, Lucia e Cleide. Revisão: Hanuska Bertola. Diagramação: Andréa Stutz. Rua General Jardim, 36 - 4º andar - República, CEP 01223-010. Telefone: (11) 3218-4233. Fax: 3257-9369. Página: www.prefeitura.sp.gov.br. Correio eletrônico: resgatecidadao@prefeitura.sp.gov.br. Tiragem: 40.000 exemplares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aquino EML, Barbosa RM, Heilborn ML, Berquó E. Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(supl.2):S198-9.

Araújo MF, Schraiber LB, Cohen DD. Penetração da perspectiva de gênero e análise crítica do desenvolvimento do conceito na produção científica da Saúde Coletiva. *Interface*. 2011;15(38): 805-18.

Araújo MJO. Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo. In: Abstracts of Seminar Women's and health mains-tream-ing the gender perspective into the health sector; Tunísia; 1998.

Ayres JRCM. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, IMS/UERJ, ABRASCO; 2009.

Ayres JRCM. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade*. 2009;18(supl.2):11-23.

Barbosa RM, Aquino EML. Cultura sexual, ciência e política: uma entrevista com Richard Parker. *Cad. Saúde Pública*. 2003;19(supl.2):S455-64.

Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 1977.

Barros SGA. *Política nacional de luta contra a aids e o espaço aids no Brasil* [tese]. Salvador: Instituto de saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2013.

Batista KBC. *Violência contra a mulher e programa saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2003.

Batista KBC, Goncalves OSJ. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. *Saúde sociedade*. 2011;20(4):884-99.

Beauvoir S. *O segundo sexo*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1980. 2v.

Blay EA. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estud. Avançados*. 2003;17(49):87-98.

Bourdieu P, Passeron JC. *A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino*. Rio de Janeiro: Perspectiva; 1975.

Bourdieu P. Futuro de classe e causalidade do provável. In: Nogueira MA, Catani A, editores. *Escritos de Educação*. Petrópolis: Vozes; 2002.

- Bourdieu P. *O poder simbólico*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.
- Brandão ER. Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. In: Bruschini C, Hollanda HB, editores. *Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil*. São Paulo: Fundação Carlos Chagas/Editora 34; 1998. p.51-84.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
- Bruschini C. Gênero e trabalho no Brasil: novas conquistas ou persistência da discriminação? (Brasil,1985-1995). In: Rocha MIB, editor. *Trabalho e gênero: mudanças, permanências e desafios*. São Paulo: Editora 34; 2000. p.13-58.
- Bruschini C, Lombardi MRA. Bipolaridade do trabalho feminino no Brasil contemporâneo. *Cadernos de Pesquisa*. 2000; 110:67-104.
- Callou JLL. *Rotas percorridas por mulheres em situação de violência nos serviços do município de Juazeiro/BA [dissertação]*. Salvador: Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia; 2012.
- Canesqui AM. As Ciências Sociais e Humanas em Saúde na Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva. *Physis*. 2008;18(2):215-50.
- Carapinheiro G. *Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares*. Porto: Afrontamento; 1993.
- Carapinheiro G. A Saúde no contexto da sociologia. *Sociologia, problemas e práticas*. 1986;1:9-22.
- Castro CM, Lago TG, Batista KBC. Mapeamento dos serviços de saúde que atendem mulheres em situação de violência doméstica e sexual no SUS/SP: conhecer para dar visibilidade e ampliar o acesso. *Boletim do Instituto de Saúde*. 2014;15(1):6-15.
- Cavalcanti SVSF. *Violência Doméstica contra a mulher no Brasil*. 2a ed. Salvador: Podivm; 2008.
- Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*. 2004;14(1):41-65.
- Cecilio LCO, Lacaz FAC. *O trabalho em saúde*. Rio de Janeiro: Cebes; 2012.
- Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.
- Cecílio LCO. A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstói: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic., Saúde, Educ*. 2009;13(S1):545–55.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro R, Mattos R, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: IMS/Abrasco; 2003.

Cecílio LCO, editor. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.

Chauí M. *Repressão sexual, essa nossa (des)conhecida*. São Paulo: Brasiliense; 1984.

Corrêa S. Saúde reprodutiva, gênero e sexualidade: legitimação e novas interrogações. In: Costa S, Giffin K, editores. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.39-50.

Costa AM. Desenvolvimento e Implantação do PAISM no Brasil. In: Costa S, Giffin K, editores. *Questões de saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p.39-50.

Costa AM. Participação social na conquista das políticas de saúde para mulheres no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2009;14(4):1073-83.

CSESBP-FMUSP / CFSS. *Guia de Serviços – Mulheres em Situação de Violência*. Município de São Paulo e Grande São Paulo, São Paulo; 2001

Cyrino AP, Schraiber LB, Teixeira RR. A educação para o autocuidado no diabetes mellitus tipo 2: da adesão ao “empoderamento”. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2009;13(30):93-106.

D’Oliveira AFPL, Schraiber LB. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. *Rev Med*.2013;92(2):134-40.

D’Oliveira AFPL. *Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

D’Oliveira AFPL, Schraiber LB. *Identificando possibilidades e limites para a redução da violência contra as mulheres em três capitais brasileiras*. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP; 2005.

D’Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand JG. Atenção Integral à saúde das mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para atenção à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009; 14:1037-50.

Donnangelo MCF. *Medicina e Sociedade*. São Paulo: Pioneiras; 1975.

Draibe SM. Estado de Bem-Estar, Desenvolvimento Econômico e Cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: Hochman G, Arretche M, Marques E, editores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.27 – 64.

Esping-Andersen G. *The three Worlds of Welfare Capitalism*. New Jersey: Pinceton University Press; 1990.

Farah MFS. Gênero e políticas públicas. *Rev Estud Fem*. 2004; 12(1):47-71.

Feuerwerker LCM. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(18):489-506.

Feuerwerker LCM, Batista KBC, Santos HE. A experiência da coordenadoria Regional de Saúde Sudeste no município de São Paulo: uma aposta em dispositivos de construção de redes. In: OPAS. *Inovação e direito à saúde na cidade de São Paulo (2013-2016)*. Brasília: OPAS; 2017. p.129-40.

Feuerwerker LCM, Merhy EE. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. *Rev Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health*. 2008;24:180-188.

Figueiredo WS. *Masculinidades e cuidado: diversidade e necessidades de saúde dos homens na atenção primária* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2008.

Franco TB. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: Pinheiro R, Mattos AR, editores. *Gestão em redes*. Rio de Janeiro: LAPPISIMS/UERJ-Abrasco; 2006. p.459-73.

Garcia M. Mas, quais são os direitos fundamentais?. *Rev de Direito Constitucional e Internacional*. 2002;39:115.

Gierycz D. A educação em Direitos Humanos das Mulheres como veículo de mudança. In: Claude RP, Andreopoulos, G, editores. *Educação em Direitos Humanos para o Século XXI*. São Paulo: EDUSP; 2006.5v. p165-94.

Giffin K, Costa SH, editores. *Questões da saúde reprodutiva*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999.

Hanada H, D'Oliveira AFPL, Schraiber LB. Os psicólogos e a assistência a mulheres em situação de violência. In: *Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero: corpo, violência e poder*; 2008. Florianópolis: Editora Mulheres; 2008. v. 1.

Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. *Population Reports*. 1999;27(11):1-44.

Hirata H. Gênero, classe e raça Interseccionalidade e consubstancialidade das relações sociais. *Tempo Social*. 2014;26(1):61-73.

Hochman G, Arretche M, Marques E, editores. *Políticas Públicas no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007. p.27 – 64.

Jofilly OR. Eixos estruturadores da violência. In: Seminário Nacional Palavra de Mulher: revisão em torno das questões da violência doméstica; 1998; Belo Horizonte. Belo Horizonte: Benvinda – Centro de Apoio à Mulher; 1998.

Kalichman AO. *A integralidade no cuidado das pessoas vivendo com HIV e AIDS: a experiência do Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS da SESSP* [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2010.

Kiss LB, Schraiber LB. Temas Médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra as mulheres no discurso dos profissionais. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2011; 16(3):1943-52.

Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The lancet*. 2002; 360 (9339):1083-8.

Malta DC, Merhy EE. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2010; 14(34):593-605.

Marabezzi NM. *Direitos Humanos e Violência Contra a Mulher: um estudo de gênero sobre o homicídio passional no Código Penal Brasileiro* [dissertação]. Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba; 2010.

Mendes-Gonçalves RB. *Tecnologia e organização das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

Meneguel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro D, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. 2011;27(4):743-52.

Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, editores. *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. p.71-112.

Merhy EE. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato*. São Paulo: Hucitec; 2002.

Minayo MCS. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 1994;10(suppl 1).

Minayo MCS. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005. p.9-41.

- Minayo MCS. *Violência e Saúde*. Coleção Temas em Saúde. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- Oliveira EM. Relações de trabalho e coação. *Rev Estudos de Sociologia*. 2006;10(18/19):223-8.
- Organização das Nações Unidas. Declaração e Programa de Ação sobre uma Cultura de Paz. Resolução aprovada por Assembleia Geral. 06 de outubro; 1999.
- Paim JS. *Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2008.
- Peduzzi M. *Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação [tese]*. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1998.
- Peduzzi M, Schraiber LB. Processo de trabalho em saúde In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – EPSJV. *Dicionário da educação profissional em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV; 2006. v.1, p.199-207.
- Pinell P. *Análise Sociológica das políticas públicas de Saúde*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2010.
- Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO; 2006.
- Piosevan F. *Lei Maria da Penha: Inconstitucional não é a lei, mas a ausência dela*. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres; 2007.
- Pithon Cyrino AP. As competências no cuidado com o diabetes mellitus: contribuições à educação e comunicação em saúde. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. 2005; 9(18):646.
- Presser AD. *Mulheres enfrentando a violência de gênero: a voz dos operadores sociais [dissertação]*. São Leopoldo: Universidade Vale do Rio dos Sinos; 2007.
- Presser AD, Meneghel SN, Hennington ÉA. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. *Saúde Sociedade*. 2008;17(3):126-37.
- Rangel O. A punição da maternidade. *Princípios*. 1994; (42):47-51.
- Rangel O, Sorrentino S. Gênero, conceito histórico. *Princípios*. 1996; (33): 70-72.
- Saffioti H. *Gênero, patriarcado e violência*. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo; 2004
- Saffioti H. *O poder do macho*. São Paulo: Moderna; 1992.
- Sagot M. *La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América latina (estudo de caso de diez países)*. OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde); 2000.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde – CODEPPS. *Caderno de violência doméstica e sexual contra a mulher*. São Paulo: CODEPPS; 2007.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação da Atenção Básica. Área Técnica de Cultura de Paz, Saúde e Cidadania. *Documento Norteador para a Atenção Integral às Pessoas em Situação de Violência do Município de São Paulo*. São Paulo: SMS; 2012.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Desenvolvimento e Gestão descentralizada – COGEST. *Projeto Resgate Cidadão*. São Paulo: SMS; 2003.

São Paulo (Cidade). Secretaria Municipal da Saúde. *Linha de Cuidado para Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência*. São Paulo: SMS; 2015.

Schraiber LB. Acción técnica y acción moral: el doble carácter de la práctica de los profesionales de la salud. Apuntes para el debate In: Castro R, Gómez AL. *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina*. Montevideo: Universidad de la República; 2010. v.1, p. 11-26.

Schraiber LB, Barros CRS, Castilho EA. Violência contra as mulheres por parceiros íntimos: usos de serviços de saúde. *Rev Brasileira de Epidemiologia*. 2010;13:237-45.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, editores. *Saúde do adulto: programas e ações da unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 2000. p.29-47.

Schraiber LB, Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho A. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev Saude Publica*. 2002;36(4):470-7.

Schraiber LB, Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface – Comunic Saude Educ*. 1999;3(5):11-27.

Schraiber LB. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec; 1993

Schraiber LB. *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. São Paulo: Hucitec; 2008.

Schraiber LB. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Saúde para Debate*. 1996; 12:45-50.

Schraiber LB. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciência & saúde coletiva*. 2012;17(10):2635-44.

Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício do julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*. 1997; 1(1):123-40.

Schraiber LB. Engajamento Ético-Político e Construção Teórica na Produção Científica do Conhecimento em Saúde Coletiva. In: Baptista TWF, Azevedo CS, Machado CV, editores. *Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2015. p.33-57.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPLD, França-Junior I, Diniz S, Portella AP, Ludemir AB, Valença O, Couto MT. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807.

Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. *Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os Direitos Humanos*. São Paulo: Unesp; 2005.

Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Couto MT. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. *Cad. Saúde Pública*. 2009;25(supl. 2):205-16.

Schraiber LB. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. *Saúde em Debate*. 1995; 47:28-35.

Schraiber LB, Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de Saúde e Atenção Primária. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB, editores. *Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-47 (FMUSP/ PROGRED v.4).

Scott J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educ. Real*. 1990;16(2):5-22.

Scott J. Preface a gender and politics of history. *Cadernos Pagu*. 1994;3:11-27.

Teixeira CF, editor. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2016. v. 1, p. 15-40.

Vieira-da-Silva LM, Paim JS, Schraiber LB. O que é saúde coletiva? In: Paim JS, Almeida-Filho N, editores. *Saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: MedBook; 2014. p.3-12.

Vieira-da-Silva LM, Pinell P. The genesis of collective health in Brazil. *Sociology of Health & Illness*. 2013;36:n/a-n/a.

Vieira-da-Silva LM, Chaves CL, Esperidião MA, Barros SG, Souza JC. Análise Sócio histórica das políticas de saúde: algumas questões metodológicas da abordagem bourdieusiana. In: Teixeira CF, editor. *Observatório de Análise Política em Saúde*. Salvador: EDUFBA; 2016. v. 1. p. 15-40.

Villela W, Monteiro S, editores. *Gênero e Saúde*: Programa Saúde da Família em Questão. Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Saúde Coletiva – ABRASCO; Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA; 2005.