**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

REBECA NUNES GUEDES DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E NECESSIDADES EM SAÚDE:
LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

**SÃO PAULO
2011**

REBECA NUNES GUEDES DE OLIVEIRA

**VIOLÊNCIA DE GÊNERO E NECESSIDADES EM SAÚDE:
LIMITES E POSSIBILIDADES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades EEUSP-EERP, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Área de concentração:
Saúde Coletiva

Orientadora:
Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da
Fonseca

**SÃO PAULO
2011**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Oliveira, Rebeca Nunes Guedes de
Violência de gênero e necessidades em saúde: limites
e possibilidades da estratégia saúde da família / Rebeca
Nunes Guedes de Oliveira. -- São Paulo, 2011.
207p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade
de São Paulo.

Área: Enfermagem em saúde coletiva

Orientadora: Profª Drª Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca

1. Violência contra a mulher 2. Serviços de saúde da
família 3. Atenção à saúde 4. Necessidades e demanda de serviços
de saúde 5. Saúde pública I. Título.

Nome: Rebeca Nunes Guedes de Oliveira

Título: Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da
Estratégia Saúde da Família

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Interunidades EEUSP-
EERP, da Escola de Enfermagem da
Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

A Luciano e Arthur,

*Pessoas que sintetizam o sentido da minha existência e a vivência plena do
Amor, em toda a sua grandiosidade*

Aos meu pais,

Amor e bênçãos em minha vida.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dr^a. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, pelos ensinamentos, pelas oportunidades, pela confiança, pelos cuidados, pela amizade e pela maneira competente com a qual conduziu a orientação deste estudo, possibilitando a construção de uma trajetória apaixonante.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio ao desenvolvimento das atividades de pesquisa por meio de bolsa de formação de pesquisador de doutorado.

À Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), pelo acolhimento e pelo compromisso com a formação e qualificação dos profissionais de Enfermagem.

À Prof^a. Dr^a. Emiko Yoshikawa Egry, pelo incentivo, pelas reflexões, os ensinamentos e a presença constante em todo o processo do curso. Essenciais para a construção deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Ana Tereza Medeiros Cavalcante da Silva, pelos ensinamentos, pela amizade e pelo incentivo, fundamentais nessa caminhada.

Ao Pro. Dr. César Cavalcanti, pelo incentivo e pela confiança encorajadora nos primeiros passos dessa trajetória.

À Prof^a. Dr^a. Eunice Nakamura, pelas contribuições no exame de qualificação.

Aos professores e funcionários do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP, pelo apoio, pela amizade e pelos cuidados recebidos.

Ao corpo técnico-administrativo da EEUSP, em especial a Silvana Maximiano, Terezinha e Socorro Moura pela afetuosa prontidão com que nos atende.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pelo apoio e pelas orientações concedidas.

Aos sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade e pela rica contribuição para o presente estudo.

A Emília e Rosângela, pelo apoio, pela amizade e pela troca de conhecimentos e de experiências.

A Kelly, Marília, Tânia, Vânia, Leda, Ana Paula, Laura, Cecília, Caroline, Lara, Dora, Lisiane e Marta, pelos momentos de reflexão nos espaços proporcionados pelos grupos de pesquisa.

A Paula Hino e Maira Apostólico, pela amizade, pelo companheirismo, pela alegria contagiante e pelo o compartilhar de momentos de reflexão, de trabalho, de distração, de inquietações e de alegrias que permearam essa trajetória.

A Luciano Alexandre de Oliveira, meu esposo e grande incentivador desta conquista, pelo exemplo de ser humano, pelas lições diárias que foram significativas em todo o processo do curso e, acima de tudo, pelo amor e alegria com os quais ilumina os meus dias.

A José Guedes Neto e Maria Jaíze Nunes Guedes, meus pais, meus maiores formadores, seres especiais, cujos ensinamentos e exemplos foram essenciais para a construção do que sou.

A Arthur Guedes de Oliveira, meu filho, gerado e concebido nessa trajetória, por fazer a minha vida colorida com a maior alegria e o mais profundo amor que podem existir.

A Bianca Nunes Guedes e Diego Nunes Guedes, meus irmãos, pelo incentivo e torcida constantes.

Aos meus amigos e familiares que acompanharam e incentivaram essa caminhada.

A Deus, que permitiu tudo isso que está acontecendo, concedendo sabedoria, saúde e coragem para a concretização dos meus objetivos. Que Ele abençoe a vida todos vocês!

*Maria, Maria
É um dom, uma certa magia
Uma força que nos alerta
Uma mulher que merece
Viver e amar
Como outra qualquer
Do planeta*

*Maria, Maria
É o som, é a cor, é o suor
É a dose mais forte e lenta
De uma gente que ri
Quando deve chorar
E não vive, apenas agüenta*

*Mas é preciso ter força
É preciso ter raça
É preciso ter gana sempre
Quem traz no corpo a marca
Maria, Maria
Mistura a dor e a alegria*

*Mas é preciso ter manha
É preciso ter graça
É preciso ter sonho sempre
Quem traz na pele essa marca
Possui a estranha mania
De ter fé na vida...*

(Milton Nascimento)

Oliveira RNG. Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

RESUMO

Estudo exploratório, com abordagem qualitativa, que teve como objetivo geral compreender os limites e as possibilidades avaliativas no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência no espaço de concretização das práticas da Estratégia Saúde da Família (ESF). Foi realizado em uma Unidade Básica de Saúde que opera sob a ESF em São Paulo (SP). Os dados foram coletados por meio de entrevistas em profundidade com vinte e dois profissionais de saúde que compõem as equipes multiprofissionais e com treze mulheres usuárias do serviço que vivenciaram situações de violência de gênero. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise de discurso. Os resultados foram analisados segundo as categorias analíticas gênero, violência de gênero e necessidades em saúde. Os resultados revelaram a violência enquanto problema que tem interfaces com o processo saúde doença das mulheres. Entretanto, o fenômeno raramente aparece enquanto uma demanda imediata sendo expressiva como demanda implícita e submersa em outras queixas. Houve o reconhecimento de necessidades relacionadas às condições de vida e o contexto de exclusão social do território; necessidades que remetem à autonomia; medicalização das necessidades em saúde revelando a dicotomia mente-corpo no trabalho em saúde; e necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos enquanto possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência. A prática biologicista, ainda hegemônica, limita o campo de ação das práticas profissionais, levando usuárias e profissionais a não reconhecerem os serviços de saúde enquanto possibilidade de apoio e enfrentamento da violência. A medicalização foi constatada enquanto a limitação mais significativa das práticas profissionais. As possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF encontram-se ainda cerceadas pelas limitações do modelo biomédico e a ausência de tecnologias específicas para lidar com a violência. Concluiu-se que é premente o reconhecimento da violência enquanto problema cuja atenção deve ser inerente aos serviços de saúde, assim como a tradução das demandas trazidas pelas mulheres nas necessidades que a produziram. O reconhecimento dessas necessidades pressupõe ainda considerar a violência e a subalternidade de gênero como generativos desse processo. O trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve superar o modelo biomédico de atenção, o que implica rever a prática profissional, posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra, constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais nessa área.

PALAVRAS-CHAVE: Violência de gênero. Estratégia Saúde da Família. Necessidades em saúde. Saúde Coletiva

Oliveira RNG. Gender violence and health needs: limitations and possibilities of the Family Health Strategy [Thesis]. São Paulo: Nursing School of University of São Paulo; 2011.

ABSTRACT

The general objective of this exploratory study with a qualitative approach was to understand the limitations and possibilities of the Family Health Strategy (EFS) to recognize and meet the health needs of women experiencing violence. The study was carried out in a Primary Health Care Unit working within the ESF in São Paulo, SP, Brazil. Data were collected through in-depth interviews with 22 health professionals who compose the multidisciplinary teams and with 13 women who use the service and had experienced violence. Interviews were recorded, transcribed and submitted to discourse analysis. The results were analyzed according to analytical categories of gender violence and health needs. The results revealed that violence is an issue that interfaces with the women's health-disease continuum, although the phenomenon rarely appears as an immediate demand; it rather emerges as an implicit demand underlying other complains. The following was identified: needs related to living conditions and the context on social exclusion; needs related to autonomy; medicalization of health needs revealing a dichotomy between body-mind in health care delivery; and the need related to active listening and the establishment of bonds as an alternative to empower women experiencing violence. The biologicist practice is still predominant and limits the field of actions of professional practices, hindering users and professionals the possibility to recognize health services as a space where to seek support to cope with violence. Medicalization was identified as the most significant limitation of professional practices. The possibilities related to bonds enabled by the logic of care delivery established within the ESF are still surrounded by the limitations of the biomedical model and the absence of specific technologies to deal with violence. We conclude that acknowledging violence as a problem whose care should be inherent to the health services is urgent as well as the need to translate the demands of these women into the needs that produce them. Acknowledging these needs requires considering violence and gender subordination as elements that generate such a process. The work that qualifies care delivered to women experiencing violence should overcome the biomedical model. It implies a review of professional practices since, from the perspective of emancipation of women's oppression, critical knowledge concerning health needs as a consequence of oppression implied in gender approach, constitutes one of the instruments that should guide the work of professional practice in this field.

KEY WORDS: Gender violence. Family Health Strategy. Health needs. Collective Health.

LISTRA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1–	Mapa do município de São Paulo com destaque na região da subprefeitura do Campo Limpo, São Paulo – 2004	80
Figura 2–	– Mapa da subprefeitura do Campo Limpo com seta indicando o Distrito de Capão Redondo, São Paulo - 2004	80
Figura 3–	Pirâmide populacional da Subprefeitura de Campo Limpo, São Paulo- 2004	81
Figura 4–	Mapa da distribuição das UBS nos bairros do distrito de Capão Redondo. Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo	88

LISTA DE TABELAS

Tabela 1–	Distribuição de óbitos masculino e feminino segundo causa, subprefeitura do Campo Limpo, São Paulo- 2004	82
Tabela 2–	Crimes Contra a Pessoa, por Tipo, segundo Delegacias Seccionais e Distritos Policiais Município de São Paulo, São Paulo- 2002	83
Tabela 3–	Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (SF) nos bairros do Distrito de Capão Redondo-2010	89
Tabela 4–	Espaços de reconhecimento pelos profissionais de saúde da violência contra as mulheres usuárias da UBS Jardim Comercial, Distrito de Capão Redondo, São Paulo- 2009	106

LISTA DE SIGLAS

SUS	Sistema Único de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
ONU	Organização das Nações Unidas
CEDAW	Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
ONG	Organização Não Governamental
SIVVA	Sistema de Informação e de Vigilância da Violência e Acidentes
MS	Ministério da Saúde
MHD	Materialismo Histórico e Dialético
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SEADE	Sistema Estadual de análise de Dados
CEInfo-	Coordenação de Epidemiologia e Informação da Prefeitura Municipal de São Paulo
DCNT	Mortalidade Precoce por Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DDM	Delegacia de Defesa da Mulher
DP	Delegacia Policial
UNASP	Centro Universitário Adventista de São Paulo
COHAB	Conjunto Habitacional
IVJ-	Índice de Vulnerabilidade Juvenil
INS	Índice de Necessidades de Saúde
CECCO	Centro de Convivência Cooperativa
CAPS	Centro de Apoio Psico-Social
SF	Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica-
ACS	Agente Comunitário de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	18
1.1	DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO	18
1.1.1	A violência de gênero no âmbito da atenção à saúde	23
1.2	O OBJETO DE ESTUDO	30
1.3	JUSTIFICATIVA	30
2	OBJETIVOS	32
2.1	OBJETIVO GERAL	32
2.1.2	Objetivos específicos	32
3	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	33
3.1	BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS	33
3.1.1	Gênero: aspectos históricos e conceituais	33
3.1.2	Violência de gênero.....	38
3.1.3	Considerações teórico conceituais sobre necessidades em saúde no âmbito das práticas em Saúde Coletiva	45
3.1.4	A violência contra a mulher no discurso oficial e nas políticas de saúde no Brasil.....	59
3.2	PERCURSO METODOLÓGICO	66
3.2.1	Caracterização do estudo	66
3.2.2	O cenário do estudo	68
3.2.3	Sujeitos da pesquisa e Produção do material empírico	69
3.2.3.1	A fase de aproximação com o campo de estudos	69
3.2.3.2	As entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde.....	70
3.2.3.3	As entrevistas com as mulheres usuárias do serviço de saúde	72
3.2.4	Tratamento e análise do material empírico	75
3.2.5.4	Aspectos Éticos	78
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	79
4.1	O OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO: CAPTANDO A REALIDADE PARA COMPREENDER OS FENÔMENOS QUE NELA SE REPRODUZEM	79
4.1.1	O Distrito de Capão Redondo	85
4.1.2	A Estratégia Saúde da Família no Distrito Capão Redondo.....	87
4.1.3	A UBS jardim Comercial	89
4.2	A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA VIDA E NO DISCURSO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE	91

4.3	MULHERES E VIOLÊNCIA: A REALIDADE INVISÍVEL NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	106
4.4	NECESSIDADES: O QUE RECONHECEM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?.....	113
4.4.1	Necessidades relacionadas às condições de vida: o contexto de exclusão social do território determinando violência e necessidades.....	113
4.4.2	Necessidades que remetem à autonomia como necessidades estruturantes para o enfrentamento da violência de gênero.....	125
4.4.3	As necessidades relacionadas à dicotomia biopsico: a medicalização das necessidades em saúde.....	137
4.4.4	A dimensão relacional do trabalho em saúde: necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos como possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência.....	149
4.5	PRÁTICAS PROFISSIONAIS E RESPOSTAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE: IDENTIFICANDO LIMITES, VISLUMBRANDO POTENCIALIDADES.....	158
5	CONCLUSÃO.....	183

APRESENTAÇÃO

Foi no contexto da formação acadêmica como enfermeira, durante estágio em uma maternidade pública do município de João Pessoa-Pb, que emergiram as primeiras reflexões envolvendo questões de gênero no âmbito da prática profissional em saúde. Nesse serviço, frequentemente, presenciavam-se situações de violência institucional à qual as mulheres usuárias eram submetidas. Ser mulher parecia ser o único motivo pelo qual vivenciavam tais situações. Inquietação era o sentimento que predominava frente a essas situações, reconhecidas, porém não compreendidas.

Durante a disciplina de saúde da mulher, falava-se sobre gênero, um conceito que despontava como possibilidade de desvelar as questões incitadas. Foi o compartilhar dessas questões na disciplina que levaram ao desafio de participar, como bolsista de iniciação científica, de um projeto de pesquisa que seria desenvolvido, naquela maternidade, junto a mulheres profissionais de saúde. Essa experiência possibilitou um mergulho no referencial teórico-metodológico de gênero, oceano que se apresentou tão apaixonante, que suscitou o desejo de desbravar suas profundezas.

A decisão de dar continuidade aos estudos de gênero, no mestrado, possibilitou o ingresso em um projeto de pesquisa que envolvia violência de gênero no município de João Pessoa. A pesquisa promoveu um aprofundamento no campo teórico-prático da Saúde Coletiva, de gênero e de violência de gênero enquanto categorias significativamente envolvidas na determinação social do processo saúde-doença das mulheres. Tratou-se de um estudo desenvolvido na Delegacia da Mulher, junto a mulheres que vivenciavam violência e apontou a violência contra mulheres como um fenômeno determinado pelo gênero e que atravessa toda a trama social, independe de classe social, geração, raça, cultura e escolaridade. Os resultados apontaram significativamente para a relação violência e saúde e para a questão da ausência de reconhecimento e atenção ao fenômeno pelos serviços de saúde e demais instituições que fazem parte da rota que as mulheres percorrem ao buscar ajuda para enfrentamento do problema.

Compreendendo mais claramente aquelas questões inquietadoras, surgiu a oportunidade de partir para o campo de práticas, atuando como enfermeira na

Estratégia Saúde da Família (ESF). Na prática profissional, novamente se apresentavam as situações de violência, diariamente. Seja nas entrelinhas das histórias das mulheres que buscavam outros cuidados no serviço, seja diretamente na face de mulheres que, espancadas, também buscavam o serviço. Nessas ocasiões, novamente emergia a inquietação diante de uma situação compreendida, porém diante da qual não havia possibilidades práticas para o enfrentamento. O que aquelas mulheres precisavam? O que queriam? O que fazer? O serviço de saúde podia fazer algo? Eram questões do cotidiano de práticas em saúde.

Constatava-se, cada vez mais, que a lógica hegemônica de atenção à saúde é desgenerificada, que a violência é naturalizada, por mulheres e por profissionais de saúde, passando despercebida, obscurecida por problemas de saúde cuja atenção está normatizada nas rotinas dos serviços. A decisão de dar continuidade aos estudos da violência de gênero não deixou espaço para dúvidas: era o momento de desbravar as questões no âmbito das práticas profissionais da ESF, um dos mais importantes campo de atenção a saúde no país e *lócus* de vivência prática de todas as questões impulsionadoras.

A temática da violência no âmbito das práticas na ESF vinham sendo discutidas em projetos de pesquisa do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), coordenado pela Prof^a. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, orientadora do presente estudo. Ao ingressar no curso de doutorado, os horizontes foram ampliados com a participação como integrante da equipe de pesquisadoras do projeto de pesquisa “Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo” desenvolvido por pesquisadoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. Nesse projeto, a aproximação com o campo teórico das necessidades em saúde, possibilitou a compreensão de que essa ainda era uma lacuna nos estudos sobre violência de gênero. Da mesma forma, a violência de gênero também era pouco explorada nos estudos sobre necessidades em saúde.

Sendo as necessidades em saúde centrais para a organização de toda a atenção a saúde e a violência de gênero um fenômeno que também determina essas

necessidades, decidiu-se que explorar essa problemática, contribuiria para construção de conhecimentos que possibilitem subsidiar as práticas profissionais nesse campo. Desse modo, a investigação de limites e possibilidades da ESF para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência é o ponto central do presente estudo, cujas reflexões serão apresentadas nesta tese.

1 INTRODUÇÃO

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMÁTICA DA INVESTIGAÇÃO

A perspectiva do Sistema Único de Saúde (SUS) tem tornado visíveis possibilidades de mudanças na área de saúde, entre as quais, uma ampliação da consciência e do debate acerca da importância da adoção de abordagens teóricas e práticas profissionais inovadoras e emancipatórias, em virtude do reconhecimento das limitações do modelo de saúde pública tradicional por seu enfoque predominantemente biomédico.

Entretanto, a implementação do SUS tem se deparado com barreiras em sua operacionalização, principalmente no que concerne ao modo como os processos de trabalho reconhecem e atendem as necessidades em saúde da população. No Brasil, as necessidades em saúde têm sido objeto de estudos, debates e de políticas em saúde, de tal modo que têm também se configurado como eixo norteador da atual política de saúde do país (Egry, 2008).

Para iniciar este debate, julgamos importante situar as necessidades no campo teórico filosófico a fim de definir o marco conceitual que possibilitará recortá-las no âmbito das práticas em saúde. Do ponto de vista marxiano, a concepção de necessidades construída por Agnes Heller, as define como um “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida a todo o momento para certo objeto e que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social, independentemente do fato de que se trate de mercadorias, de um modo de vida ou de outro homem” (Heller, 1986 p. 170).

A autora distingue dois tipos de necessidades: as necessidades naturais, relativas à conservação da vida e as necessárias, radicais ou propriamente humanas; ambas são social e historicamente determinadas. As necessidades naturais incluem as necessidades de alimentação, abrigo, sexual, de contato social e cooperação e são relativas, portanto, à auto-conservação e à preservação da espécie humana. Nem por isso podem ser consideradas “naturais”, porque são produzidas em contextos sociais que também as determinam, bem como a maneira de satisfazê-las. Já as necessidades

necessárias incluem a liberdade, a autonomia, a auto-realização, a auto-determinação, a atividade moral, a reflexão, entre outras (Heller, 1986). Nesse sentido, nem toda necessidade é carecimento, pois, no que concerne às necessidades necessárias, seu contínuo aperfeiçoamento nos humaniza progressivamente (Egry, 2008).

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, apoiando-se nas concepções marxianas, introduziu o conceito aplicado à saúde (Mendes Gonçalves, 1992). Cecílio (2001, p. 2), considerando a centralidade das necessidades para o trabalho em saúde, as coloca como analisadoras das práticas em saúde, uma vez que a integralidade operacionalizada nos serviços de saúde pode ser definida como “o esforço da equipe de saúde de traduzir e atender, da melhor forma possível [...] necessidades sempre complexas, [...] captadas em sua expressão individual”. Desse modo, as necessidades estão implícitas nas demandas que chegam aos serviços de saúde na busca de cuidados, precisando ser, de alguma forma, escutadas e traduzidas pela equipe:

No encontro do usuário com a equipe de saúde, haveria de prevalecer, sempre, o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por aquela pessoa que busca o serviço, apresentadas ou "travestidas" em alguma(s) demanda(s) específica(s). [...] Quando alguém procura um serviço de saúde, está trazendo uma "cesta de necessidades de saúde" e caberia à equipe ter sensibilidade e preparo para decodificar e saber atender da melhor forma possível. Toda a ênfase da gestão, organização da atenção e capacitação dos trabalhadores deveria ser no sentido de uma maior capacidade de escutar e atender as necessidades de saúde, mais do que a adesão pura e simples a qualquer modelo de atenção (Cecílio, 2001, p. 2).

Compreendemos que todo processo de trabalho tem por finalidade responder a uma necessidade. Desse modo, sob o arcabouço teórico da Saúde Coletiva, tomar necessidades de saúde como objeto do trabalho em saúde, implica adotar uma concepção de saúde que considere a inserção histórico-social dos indivíduos (Stotz, 2004). Assim, as necessidades de saúde não são naturais nem homogêneas, são determinadas pela inserção dos indivíduos nos diferentes grupos sociais, o que determina diferentes modos de viver e, conseqüentemente, diferentes necessidades.

A concepção de necessidade em saúde remete à concepção de determinação social do processo saúde-doença. Nesta concepção, saúde e doença são “expressões de um mesmo processo, no seu duplo caráter: biológico e social porque apesar de ter lastro biológico, a natureza humana revela-se a partir da vida em sociedade” O processo saúde-doença é compreendido como produto dos perfis de produção e

reprodução social dos indivíduos que conformam os diferentes grupos sociais, sendo esse processo uma síntese do conjunto de determinações com a possibilidade de resultar em vulnerabilidades e potencialidades diferenciadas (Fonseca, 2005, p. 453).

A vulnerabilidade é também um conceito-chave na definição de necessidades em saúde. O termo designa grupos ou indivíduos fragilizados jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos, estando vinculados a situações de iniquidade e desigualdade social, expressas por meio de potenciais de enfrentamento ou de fortalecimento e desgaste (Ayres, 1997).

Essa concepção, situada no âmbito do trabalho em saúde traz consigo a possibilidade de se eleger ou recortar o objeto de trabalho, que não é natural, mas delimitado por um olhar que contém um projeto (Mendes Gonçalves, 1992) e, como para toda necessidade há um processo de trabalho correspondente, os processos de trabalho em saúde, instaurados a partir do SUS, deveriam responder a necessidades ampliadas, aquelas identificadas com os determinantes históricos e sociais do processo saúde-doença, em direção às necessidades atinentes ao aprimoramento da essência humana (Campos, Mishima, 2005).

Entretanto, a lógica capitalista hegemônica que mercantiliza também os sistemas de saúde termina por racionalizar os cuidados, fazendo com que a produção dos serviços valorize muito mais as necessidades no plano de sua satisfação que no de sua origem, buscando muito mais um equilíbrio entre demanda e custos do que o reconhecimento e enfrentamento de necessidades e seus processos definidores (Schaiber, Mendes Gonçalves, 1996). Em relação à complexidade que permeia as necessidades de saúde, Stotz (2004, p. 2) coloca que

em razão das condições sociais e da ideologia vigentes nas sociedades, as necessidades de saúde podem ou não serem sentidas e, estas, por sua vez, serem expressas, ou seja, transformar-se em demandas; demandas podem ou não manifestar necessidades; a oferta de serviços pode ou não atender às demandas e, por último, necessidades podem ser tecnicamente definidas sem que, por isto, sejam sentidas. Em resumo: estamos lidando com o que San-Martín (1989) denominou de dialética da satisfação das necessidades de saúde. Com isto, ele quis demonstrar tanto as múltiplas perspectivas a partir das quais o problema precisa ser situado, como a própria complexidade da definição das necessidades de saúde.

Sabemos que a situação socioeconômica, as identidades de gênero, de etnia e de geração condicionam o desenvolvimento das capacidades de cada pessoa e

determinam seus modos de produzir, consumir e viver. Assim, quanto mais desigual uma sociedade e quanto mais a desigualdade for naturalizada culturalmente, maiores serão as necessidades de saúde dos diferentes grupos da população (Stotz, 2004).

Desse modo, apesar das necessidades serem fenômenos que se expressam individualmente (Heller, 1986), alguns processos da vida comuns a certos grupos possibilitam a determinação de necessidades particulares e modos particulares dos indivíduos que conformam esse grupo experimentarem riscos e potencialidades de saúde-doença.

No que concerne à saúde das mulheres, a vulnerabilidade feminina frente a certos agravos está mais relacionada com a situação de discriminação na sociedade do que a fatores biológicos. A violência no âmbito da relação conjugal assim como a violência traduzida pela discriminação nas relações de trabalho, a sobrecarga pela soma de responsabilidade de trabalho nas esferas pública e doméstica e a falta de poder de decisão sobre o seu corpo, são apenas exemplos da realidade de muitas mulheres que influenciam sobremaneira sua saúde (Guedes, Silva, Fonseca, 2009).

Desse modo, a construção histórica e social das relações de gênero tem imputado às mulheres condições de vida precárias e subalternas, determinantes significativos de seu processo saúde-doença. A feminização da pobreza, a subvalorização do trabalho feminino, com salários inferiores ao do homem, mesmo quando elas ocupam os mesmos cargos, o aumento do número de mulheres chefes de família, constituindo o maior número de famílias pobres na sociedade; a violência de gênero; a sobrecarga da tripla jornada de trabalho, são detectados na realidade elencando processos destrutivos na vida das mulheres, que tem estreita relação com as suas necessidades em saúde (Fonseca, 2005).

Para Fonseca (1997), na compreensão da determinação social do processo saúde-doença devem-se considerar tanto as categorias que expressam as diferenciações existentes na sociedade a partir da posição de sujeito social na produção da vida material (classe social), como outras categorias importantes, como gênero, geração e etnia que buscam compreender a vivência social de alguns atributos naturais. Assim, a categoria gênero, apesar de suas especificidades biológicas, expressa uma desigualdade no espaço social e apresenta interfaces com o processo saúde-doença.

Dentro dos fenômenos da vida das mulheres determinados pelo gênero, a violência manifesta-se como um dos seus aspectos, entre os mais perversos, ou seja, é determinada pela desigualdade expressa em relações de poder que são traduzidas em relações de dominação. A violência, quando praticada contra a mulher assume certas particularidades. Por resultar de uma questão de gênero, na grande maioria dos casos, o agressor é alguém do sexo masculino, com quem a mulher, contraditoriamente, compartilha sentimentos, sonhos e prole, é seu parceiro ou cônjuge atual ou anterior. Num plano de maior abstração, a violência contra as mulheres é resultado de relações de dominação construídas ao longo da história pela desigualdade de gênero e naturalizadas por uma ideologia de dominação masculina.

Estudo comparativo, de inquérito populacional, realizado em 15 regiões de dez países, incluindo o Brasil, reitera a variação, as elevadas taxas de violência e o parceiro como principal agressor (Garcia-Moreno et al., 2005). No Brasil, o referido estudo foi realizado em São Paulo e na Zona da Mata de Pernambuco, revelando que a violência física cometida alguma vez na vida pelo parceiro foi relatada por 29% das mulheres na cidade de São Paulo e 37% na Zona da Mata, em Pernambuco (Schraiber, 2007a) e 45,4 % para esse mesmo tipo de violência entre as usuárias de serviços públicos de saúde em São Paulo (Schraiber, 2007b). Outro estudo populacional realizado no Brasil, mostrou 43% das brasileiras declararam ter sofrido violência por homem alguma vez na vida, 33% alguma forma de violência física, 13% sexual e 27% psicológica (Venturi, Recamán, Oliveira, 2004).

A violência de gênero, embora consista em um fenômeno relacional entre homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres, constituindo uma questão de saúde. Estima-se que esse problema seja maior causa de mortes em mulheres de 15 a 44 anos que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Ainda há uma estimativa brasileira de que pelo menos 35% das queixas que as mulheres levam aos serviços de saúde estejam relacionadas com algum tipo de violência vivenciada (Minayo, 2006).

Com base nesses dados, pode-se asseverar que a violência de gênero como fenômeno estrutural da sociedade tem influenciado sobremaneira os processos de vida das mulheres em todo o mundo.

Em investigação anterior (Guedes, 2006) os depoimentos de mulheres em situação de violência apontaram que uma grande parte das mulheres está distante das condições mínimas aceitáveis de saúde, quando as consideramos em suas múltiplas dimensões, tendo em vista que a violência de gênero repercute significativamente como processo destrutivo da vida das mulheres.

Assim, as mulheres que vivenciam violência apresentam problemas e necessidades de saúde particulares, de modo que as práticas em saúde voltadas para este grupo devem tomar como objeto de trabalho as necessidades geradas por processos de vida comuns, ou seja, que se constituem no cotidiano de indivíduos que experimentam situações de subalternidade nos espaços sociais, contudo, essas relações sociais são naturalizadas pela ideologia da dominação masculina.

Para Fonseca (2007), as práticas profissionais voltadas para a atenção às mulheres em situação de violência devem intervir no sentido de ajudá-las no enfrentamento desse grave problema, mas, por tratar-se de tema delicado e de difícil abordagem, requerem capacitação específica, dificilmente encontrada, especialmente porque as concepções que as embasam não consideram as relações de gênero, que correspondem a um atributo social do sexo biológico e que determina a construção histórico-social das matrizes femininas e masculinas vigentes.

Essa reflexão requer considerações sobre a processualidade das práticas profissionais em saúde, pois, segundo Fonseca (2007), as práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las.

1.1.1 A violência de gênero no âmbito da atenção a saúde.

Compreendemos que a violência em si consiste um problema social, não específico da área da saúde. Trata-se de um problema que afeta os envolvidos não só pelas mortes, lesões e traumas que causa, mas também pelo impacto que gera nas condições de vida e saúde de indivíduos e coletividades. Isto requer a formulação de políticas específicas e a organização de práticas e de serviços peculiares ao setor e ao tema. A violência configura atualmente, ao lado dos agravos crônicos e degenerativos, um novo perfil epidemiológico no quadro de saúde do Brasil. O fenômeno passa a demandar uma abordagem com a qual o sistema de saúde,

historicamente, não está habituado a lidar, uma vez que requer ênfase nos determinantes sociais e na produção e reprodução dos modos de viver e adoecer (Minayo, 2006; D'Oliveira et al., 2009).

A partir da década de 1990, a violência contra a mulher passou a ser tema de estudos e intervenção na área da saúde. Nessa época, também se firmava mundialmente como questão de direitos humanos. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o relatório mundial sobre violência e saúde, fortalecendo o entendimento da violência como um fenômeno de grande relevância e magnitude na saúde em todo o mundo (OMS, 2002).

A alta prevalência da violência de gênero entre mulheres usuárias dos serviços básicos de saúde foi constatada tanto em estudos internacionais (Mccauley et al., 1995; OMS, 2002; OPAS, 2002) quanto em estudos nacionais (Deslandes et al., 2000; Schraiber et al., 2002; Silva, 2003; Schraiber et al., 2007b). Estudiosos da temática têm demonstrado que as mulheres que relatam a busca de assistência em algum serviço de saúde não são atendidas em rotinas de atenção por profissionais sensíveis à abordagem da violência doméstica e sexual (Dantas-Berger; Giffin, 2005; Oliveira, 2005). Heise (1994), em um estudo de base populacional realizada em diversos países, ressalta que cerca de 35% das queixas que levam as mulheres a buscar algum serviço de saúde estão relacionadas com algum tipo de violência.

Estudo realizado no Município de São Paulo, em 19 serviços de atenção primária, nos quais foram ouvidas 3.193 mulheres, mostrou que a vivência de violência física e/ou sexual por parceiro íntimo na vida foi referida por 45,3% das mulheres. No entanto, apenas 39% dessas mulheres, quando questionadas sobre o tema, consideravam ter sofrido violência e 3,8% dos casos tinham algum tipo de registro em prontuário do serviço de saúde (Schraiber, 2007b).

Outro estudo realizado em Unidade Básica de Saúde (UBS) de São Paulo mediante entrevistas com 322 mulheres, mostra que cerca de 40% das usuárias relataram violência física, de modo que uma em cada três mulheres usuárias desses serviços já havia sofrido violência na vida. (Schraiber et al., 2002). Pode-se perceber a relevância do reconhecimento da violência entre usuárias dos serviços básicos de saúde e sua invisibilização tanto pelas mulheres quanto pelos serviços.

No âmbito da atenção primária à saúde, os estudos revelam dificuldades dos profissionais em diagnosticar o problema e limitações das mulheres em falar

espontaneamente sobre o assunto. Somam-se a isso os limites técnicos, éticos e as dificuldades dos profissionais em lidarem com as necessidades das mulheres quando o problema é expresso como demanda nos serviços de saúde (D'Oliveira, 2000; Schraiber, 2000; Andrade, 2009).

Os estudos citados revelam a violência como um problema da realidade das mulheres usuárias dos serviços públicos de saúde. No âmbito dos serviços de urgência e emergência as mulheres buscam atenção para problemas decorrentes diretamente da violência física ou sexual (traumas, lesões físicas, tentativas de suicídio, abortamentos, profilaxia de DST, etc.). Na atenção primária, elas buscam assistência em decorrência de sofrimentos pouco específicos, doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais que ocorrem em maior frequência entre mulheres que vivenciam violência (Schraiber, 2002).

No entanto, a violência ainda consiste em um fenômeno invisibilizado enquanto demanda nesses serviços. Andrade (2009), em estudo que investigou as práticas profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) voltadas para mulheres que vivenciam violência, detectou que os profissionais reconhecem a importância em acolher as mulheres que trazem essa demanda, porém se sentem impotentes e temerosos em se envolver com a situação. Essa impotência, também identificada no estudo de Oliveira (2005) como “paralizante” é reiterada em diversos outros estudos com recorte semelhante quando se referem a atitudes e práticas profissionais relacionados à violência de gênero (Schraiber, 2005; De Ferrante, 2009; D'Oliveira et al., 2009; Fonseca et. al., 2009, Franzoi, Fonseca, Guedes, 2011).

O estudo de Andrade (2009) revelou que além dos sentimentos que permeiam as práticas relacionadas a situações de violência, os profissionais da ESF compreendem o problema como inerente à atenção por profissionais especializados e não pela equipe de saúde que acompanha a usuária. A desinformação e a falta de capacitação profissional específica são evidenciadas pela autora como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços, constituindo aspectos limitadores para a sua abordagem pelo setor. Esse aspecto está relacionado com o fato de o setor saúde ainda não dispor de tecnologias específicas para lidar com a complexidade que envolve o fenômeno da violência, visto que, historicamente, a abordagem se objetiva sob o enfoque biomédico.

Além disso, as profissionais de saúde que também são mulheres podem ter vivenciado ou estar vivenciando a violência, o que as faz agir, muitas vezes, de maneira semelhante às usuárias, silenciando ou não reconhecendo o problema (Andrade, 2009). Vários estudos mostram que as mulheres profissionais de saúde trazem para o cotidiano da atenção à saúde as marcas da construção de sua identidade de gênero (Coelho, 2001; Oliveira, 2005; Guedes, 2006; Guedes, Coelho, Silva, 2007a). Considerando que o modo como se compreende e se delimita um problema moldará a intervenção, pressupõe-se que a naturalização da desigualdade de gênero e da violência no âmbito do trabalho em saúde poderia gerar mais um tipo de violência, traduzida pela omissão de cuidados efetivos, solidariedade e proteção, dificultando o exercício da prática profissional como instrumento para emancipação da opressão social de gênero e para transformação do *status quo* dessas mulheres.

Ao avaliar registros realizados por profissionais da atenção básica em 784 prontuários de gestantes Bonfim; Lopes e Peretto (2010) constataram apenas 20 registros relacionados à violência, nos quais o problema apareceu descontextualizado e cujo atendimento limitou-se a condutas clínicas voltadas para queixas físicas ou psicológicas. Esses dados demonstram necessidades que vão além da identificação da violência: o encaminhamento dado ao caso e o enfrentamento do problema quando identificado. Conforme colocam Schraiber et al. (2002), é importante não limitar a ênfase do problema apenas na identificação da violência pelos serviços de saúde, é preciso que, uma vez identificada a violência, a demanda não seja desqualificada como algo que não requer intervenção também do setor saúde.

Assim, a detecção da violência enquanto demanda deveria constituir apenas o início de um processo de enfrentamento do problema. Estudos internacionais têm dado significativa ênfase no rastreamento da violência de gênero em todas as usuárias dos serviços de saúde frente à grande magnitude do problema. No entanto, esse processo é permeado por limitações relativas à baixa adesão dos profissionais e à pouca consolidação da proposta na prática. Esses limites estão entre aqueles que ocorrem pela inexistência de avaliações que comprovem a eficácia da estratégia, principalmente no que concerne a medidas tomadas após a identificação dos casos (Bacchus et al., 2007).

Ângulo Tuesta (1997) ressalta que os profissionais de saúde não têm dificuldades em identificar a violência, uma vez que, na estratégia saúde da Família,

em geral, a convivência com a população é suficiente para que se suspeite do problema. A maior dificuldade dos profissionais está em não saber como encaminhar o problema, onde e quando atuar, a despeito da vantajosa posição da saúde para lidar com o fenômeno da violência, não de modo exclusivo, mas em integração intersetorial. Tal vantagem advém da excelente porta de entrada assistencial que a saúde já representa para as mulheres, mesmo sem aperceber-se, tanto quanto dos objetivos que este setor social se propõe, sobretudo na assistência primária à saúde, ao pretender a promoção da saúde e a prevenção de agravos, buscando melhor qualidade de vida para indivíduos e populações (Schraiber, D'Oliveira, 1999).

No Brasil, a Estratégia Saúde da Família tem constituído a pedra angular para a viabilização do SUS, facilitando a aproximação entre os profissionais de saúde e clientela de áreas de abrangência definidas descortinando, dessa forma, problemas que anteriormente permaneciam na desinformação dos serviços (Oliveira, Fonseca, 2007). No âmbito da dimensão do enfoque coletivo, essa estratégia tem constituído o marco mais fértil de implementação das práticas em saúde coletiva no Brasil, configurando o *locus* privilegiado para o reconhecimento de necessidades em saúde, constituindo também espaços que, articulados às demais instâncias da rede de atenção a saúde, buscam atender a essas necessidades (Egry, 2008).

Esse tipo de relacionamento tem permitido que problemas de saúde saiam de clausuras pré-determinadas para serem tratados ou prevenidos. Entre os diversos problemas encontrados chama atenção a violência contra a mulher, visualizada e, ao mesmo tempo, encoberta (Oliveira, Fonseca, 2007). Esse enfoque oferece a possibilidade de um contato mais estreito com as mulheres, por seu potencial para reconhecer o problema e acolhê-las antes que incidentes mais graves aconteçam, mas a realidade revelada nos estudos mostra que não há, na prática profissional em saúde, ferramentas específicas para o reconhecimento, nem para o enfrentamento da violência nos serviços de saúde.

No âmbito da atenção à saúde das mulheres, a ESF constitui espaço de concretização da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher. A atenção à saúde da mulher que considerar as desigualdades de gênero, para além das especificidades biológicas, como especificidades sociais que intersectam com a área da saúde, estará em acordo com os princípios que norteiam a atual política de saúde da mulher. Entretanto, os processos de trabalho que concretizam essas políticas têm sido

contraditórios, uma vez que as práticas em saúde acabam se traduzindo, muitas vezes, no atendimento de aspectos biológicos do corpo feminino (D'Oliveira, Senna, 1996).

Cabe aqui resgatarmos a historicidade das práticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, que teve no Programa de Atenção Integral a saúde da mulher (PAISM) o seu marco fundamental. Em 1993, como resultado das reivindicações do movimento sanitário articulado ao movimento de mulheres, o PAISM foi elaborado como modelo assistencial capaz de atender as necessidades de saúde femininas. Em sua formulação, o PAISM incluía dimensões correlacionadas à proposta original do SUS (que viria a ser viabilizado mais tarde), pressupondo a atenção integral, universal e equânime, hierarquização, regionalização e controle social. Segundo D'Oliveira e Senna:

Nos serviços de saúde as ações dirigidas à dimensão reduzida aos aspectos biológicos do corpo feminino são preponderantes. Se continuam sendo cruciais para evitar mortes e adoecimento para uma grande parte da população [...] possuem também um conteúdo violento importante. “Violento” porque essas ações não questionam a reprodução das desigualdades nas relações de gênero, traduzidos no desrespeito à integridade corporal e autonomia das mulheres; ao contrário, reafirmam que o núcleo do sofrimento feminino está sediado em sua anatomia, que determina o seu “destino natural” de ser humano incompleto (D'Oliveira, Senna, 1996, p. 88).

No que concerne à assistência específica à mulher, nos serviços de saúde há três aspectos que se cruzam, cujas intersecções potencializam os efeitos da violência e ampliam seu campo de atuação: o primeiro diz respeito ao fato da mulher não verbalizar a agressão sofrida, seja ela física ou psicológica, apresentando queixas vagas e recorrentes. Depois, há o fato da predominância de uma qualidade tradicional da assistência do profissional de saúde pautada numa visão biologicista e medicalizada. Há, ainda, a influência do modo como foram construídas as identidades de gênero, impregnadas de estereótipos que designam, para as mulheres, obediência e submissão. Esses três aspectos interrelacionados na dinâmica da realidade social produzem a invisibilidade do impacto da violência na saúde da mulher.

Outras vezes, mesmo quando a situação de violência é reconhecida, ela não é devidamente valorizada, pois, o saber instrumental que orienta as práticas profissionais está voltado para tratar, sobretudo, os danos físicos centralizando-se nas queixas. Todavia, questões subjetivas como a vulnerabilidade emocional e a desproteção são sentimentos que afetam a saúde e fragilizam a capacidade das vítimas de violência para o enfrentamento do problema, que é extensivo do espaço doméstico ao público. Essa realidade remete à afirmativa de Silva (2003), para quem a inadequação do saber instrumental é um dos empecilhos para o desenvolvimento de um processo de trabalho em saúde transformador da realidade.

Segundo Stotz (2004), a medicalização das necessidades de saúde constitui um problema bastante comum, especialmente quando se considera que, em decorrência do aumento das desigualdades sociais que determinam condições de vida cada vez mais destrutivas, os profissionais de saúde devem atender uma demanda muito grande expressa sob a forma de um sofrimento difuso que inclui sinais como dores musculares, insônia, angústia e dores de cabeça. Porém é importante que o processo de trabalho em saúde reconheça que necessidades estão por trás disso, ou seja, que produzem e determinam essas demandas verbalizadas na busca de cuidados em saúde.

Esse contexto assume maior complexidade quando se associa ao fato que as mulheres têm algo mais a dizer além das queixas que trazem aos serviços de saúde. Nas relações de gênero, a dominação masculina tenta impor silêncio às mulheres vitimizadas pela violência, de modo que, quando buscam os serviços de saúde, trazem um discurso indireto e quase sempre falam de outras queixas. (D' Oliveira, 2000; Oliveira, 2005)

A compreensão do trabalho como práxis, momento de síntese da teoria e da prática, o reconhecimento do caráter de direito civil que a política de saúde sintetiza no SUS e o entendimento de política como um conjunto de teorias e práticas que se materializam nos processos de trabalho encontram nas categorias gênero e necessidades os conceitos e as explicações para o entendimento de que a violência de gênero, assim como as necessidades por ela determinadas, são produzidas socialmente e têm relação direta com o processo histórico e econômico de formação da sociedade e do Estado, bem como com o processo saúde-doença.

Essa problemática permite argumentar que gênero é uma categoria sociológica capaz de abranger a análise da investigação entre o que se anuncia no plano da política e o que se realiza no plano das práticas profissionais de saúde no sentido de atender as necessidades de saúde das mulheres em situação de violência, nos serviços públicos de saúde, especificamente na ESF.

1.2 O OBJETO DE ESTUDO

A compreensão sobre a realidade da atenção às mulheres que vivenciam violência de gênero leva a refletir sobre o fato de que as políticas públicas de saúde para as mulheres parecem não garantir sua concretização no sentido de contribuir para o empoderamento das mulheres, o que motiva às seguintes questões: Qual a interface entre as práticas profissionais da ESF e as possibilidades de reconhecimento e respostas às necessidades de saúde das mulheres que vivenciam violência? Quais os limites e potencialidades da ESF para a emancipação da opressão de gênero e o enfrentamento da violência contra as mulheres?

1.3 JUSTIFICATIVA

Diante do exposto, argumenta-se que na perspectiva de uma prática generificada de atenção à saúde das mulheres, encontram-se as diversas possibilidades de investigação que o universo das mudanças na área de saúde e a perspectiva de gênero comportam. Neste estudo, destacamos as mudanças que se operam nas práticas profissionais no âmbito da atenção às necessidades em saúde das mulheres no âmbito da ESF, em São Paulo. Ao recortar esse objeto de estudo, partimos da compreensão de que as práticas em saúde estão subordinadas às visões de mundo que orientam sua processualidade para atingir sua finalidade. Desse modo, o trabalho para reconhecer e atender as necessidades de saúde das mulheres que vivenciam violência deve pressupor a desnaturalização das desigualdades entre os sexos e promover o empoderamento das mulheres como meio para sua emancipação da opressão masculina.

De modo que, sob o enfoque das mudanças requeridas, a perspectiva de gênero informa uma nova qualidade (um novo saber sobre os seres humanos e sobre a sociedade) que se deve agregar ao cotidiano das práticas profissionais em saúde para confirmar ou negar o caráter transformador da assistência em vigor.

Para Silva (2003), as concepções que orientam o trabalho informam o sentido ideológico, conservador ou transformador que as mudanças podem imprimir ao trabalho em saúde. Portanto, o trabalho pode qualificar a assistência em saúde a partir dos saberes e técnicas que veiculam as ideologias no sentido de legitimar ou superar as condições de saúde das mulheres.

Tais reflexões motivaram a elaboração desse projeto orientado pelos objetivos apresentados a seguir.

2. OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL:

Compreender os limites e as possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero.

2.1.2 Objetivos específicos

Identificar as necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência, à luz de gênero;

Analisar as necessidades reconhecidas pelos profissionais da ESF e suas respectivas práticas na atenção às necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero;

Identificar o objeto de trabalho dos profissionais que atendem mulheres que vivenciam violência de gênero;

Analisar os conteúdos que conformam o saber que norteia essas práticas profissionais.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 BASE TEÓRICA E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

3.1.1 Gênero: aspectos históricos e conceituais

Os significados que conformam o objeto de estudo foram analisados a partir da perspectiva de gênero. Isso significa que a leitura teve como enfoque principal a construção histórica das relações sociais entre os sexos, buscando, também, o modo como a ideologia de gênero, historicamente, tem influenciado a constituição social dos discursos a respeito da violência vivenciada pelas mulheres que se reproduz nas práticas profissionais no âmbito do trabalho em saúde.

A perspectiva de gênero é uma abordagem que considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres, contrapondo-se ao entendimento do enfoque hegemônico, clássico, cujas consequências impactam a vida de relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher das possibilidades de sua emancipação social. Tradicionalmente, a mulher tem sido compreendida no contexto de um “universo feminino” que compõe os processos de reprodução social. Nesse sentido, a importância e o significado das relações sociais entre os sexos foram historicamente negligenciados, pois, a visão essencialista dominante tem valorizado, no “universo feminino”, a mulher enquanto reprodutora da espécie humana e o seu papel na família, voltado, sobretudo, para o cuidado dos filhos, do lar e da vida doméstica.

Desse modo, o mundo ocidental constituiu e socializou a identidade da mulher e do homem sob a ótica patriarcal de sujeição. Tal enfoque possibilitou que o processo de construção social e cultural do sexo ou da diferença sexual passasse a ser vincado pela ideologia capitalista, classista e pela desigualdade social. Assim, na modernidade capitalista, o sexismo, que é a essência da sociedade patriarcal, constitui uma das formas de hierarquização para a dominação que contém elementos de duas importantes categorias sociológicas: a desigualdade e a exclusão. Para Santos (1999), o princípio da exclusão que respalda o sexismo assenta-se na

distinção entre o espaço público e o privado e no princípio da integração desigual, no papel da mulher na reprodução do trabalho doméstico e, mais tarde, na integração e formas desvalorizadas da força de trabalho.

Na atualidade, a contradição de gênero é uma das quatro grandes contradições da sociedade ocidental, sendo as outras três, a de classe, a de raça/etnia e a de geração. O patriarcado foi-se produzindo tendo gênero como pano de fundo, mesclando-se com o racismo e, com o advento do capitalismo, as classes sociais floresceram em sua plenitude e valorizaram as gerações de maneira diferenciada. As contradições decorrentes da produção dessas categorias constituem uma realidade regida por uma lógica igualmente contraditória. Essa lógica mantém-se por meio de interesses sociais naturalizados, constituindo, na atualidade, uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade.

A esse discurso opõe-se aquele que afirma que a humanidade do ser humano é socialmente construída nas relações sociais. Tal compreensão do mundo pressupõe que todos os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados. Assim, o modo dominante de se explicar as relações patriarcais de gênero tem base na historicidade das Instituições e dos modos de vida social que permitiram a explicação do universo feminino através da abordagem, sobretudo, biológica, em uma interpretação que atende a interesses sociais dominantes. Segundo Chauí (1995), a ideologia dominante é um instrumento de dominação que se manifesta em um conjunto de regras práticas e objetivam-se nos procedimentos institucionais, jurídicos, políticos, morais e culturais para exercer e manter a dominação.

Uma parcela do feminismo começou a utilizar a palavra gênero na década de 1970 como uma maneira de referir-se à organização social da relação entre os sexos. Seu uso apareceu primeiro entre as feministas americanas que insistiam no caráter fundamentalmente social das distinções baseadas no sexo. A palavra indicava uma rejeição ao determinismo biológico das desigualdades entre homens e mulheres (Scott, 1991). Para Fonseca (2005), gênero é o sexo social e historicamente construído, determinado pelas relações sociais entre homens e mulheres e deve ser

compreendido como elemento constitutivo dessas mesmas relações, nas quais as desigualdades são apresentadas como naturais e inquestionáveis.

O gênero sublinha também o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade. Os que estavam preocupados com o fato de que os estudos feministas se detinham nas mulheres, de forma estreita e isolada, utilizavam o termo gênero para introduzir uma noção relacional no nosso vocabulário analítico. Sendo assim, o gênero é maneira de se indicar as construções sociais das idéias sobre os papéis próprios dos homens e das mulheres, podendo ser definido como uma categoria social (Scott, 1991).

Segundo Scott (1991), foram três as principais posições teóricas utilizadas pelas feministas para explicar as desigualdades entre homens e mulheres. A **primeira** apóia-se no conceito de patriarcado e tenta explicar suas origens, vendo a dominação como uma forma de apropriação masculina do “labor reprodutivo” da mulher, ou como uma forma de reificação sexual das mulheres pelos homens. Para a autora, essa abordagem é limitada, uma vez que se baseia unicamente na diferença física e biológica, deixando à margem a historicidade e a relação da desigualdade de gênero com as outras desigualdades presentes na sociedade.

A **segunda** abordagem, o feminismo marxista, apóia-se na historicidade e responsabiliza o sistema capitalista pela opressão feminina. Essa abordagem considera o patriarcado e o capitalismo como dois sistemas em interação, porém, no desenvolvimento de sua argumentação a causalidade econômica toma destaque e o patriarcado está sempre em função das relações econômicas de produção. Para a autora “no interior do marxismo, o conceito de gênero foi tratado, por muito tempo, como subproduto das estruturas econômicas, não tendo seu próprio estatuto de análise” (Scott, 1991, p. 09).

A teoria psicanalítica é a base da **terceira** abordagem feminista de gênero, na qual duas escolas se destacam e influenciam o eixo de encaminhamento dos estudos: a escola anglo-americana que trabalha com os termos de teorias de relações de objetos, tendo como principais nomes Carol Gilligan e Nancy Chodorow; e a escola francesa, que se baseia nas leituras estruturalistas e pós estruturalistas de Freud, no contexto das teorias da linguagem, sendo Jacques Lacan a figura central. Ambas as escolas se centram nos processos de criação das identidades do sujeito, centrando seu

interesse nas primeiras etapas de desenvolvimento da criança na formação da identidade de gênero. A autora considera que essas teorias fazem a construção das identidades de gênero e a gênese da mudança dependerem de estruturas de inter-relação relativamente pequenas, limitando o conceito de gênero à esfera da família e à experiência doméstica (Scott, 1991).

Foi a partir da década de 1980, que o conceito de gênero começou a ser utilizado em pesquisas dentro da academia e o gênero desenvolveu-se como categoria analítica. Sua base teórica foi formulada pela historiadora Joan Scott (1991, p. 13), segundo a qual,

ao lado da crítica da ciência desenvolvida pelas ciências humanas e da crítica ao empiricismo e do humanismo que desenvolvem os estruturalistas, as feministas não só começam a encontrar uma via teórica própria como elas também encontram aliados científicos e políticos. É nesse espaço político que nós devemos articular o gênero como uma categoria de análise.

Ainda segundo Scott (1991, p. 14), o núcleo essencial de sua definição de gênero baseia-se na conexão de duas proposições: “O gênero é um elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder”.

Em relação à **primeira proposição**, a autora afirma que o gênero implica em quatro elementos inter-relacionados: os símbolos culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas e contraditórias, a exemplo de Eva e Maria como símbolos da figura feminina; conceitos normativos que dão significados aos símbolos, sendo veiculados pelas doutrinas religiosas, educativas, científicas, políticas e jurídicas, tomando forma de uma oposição binária entre masculino e feminino; as instituições sociais que alimentam e legitimam a fixidade da representação binária dos gêneros; a identidade subjetiva dos sujeitos, são o terceiro e quarto elementos definidos pela autora (Scott, 1991).

Scott considera, ainda, sua **segunda proposição**, de que “gênero é a forma primeira de significar as relações de poder”, a teorização do gênero e afirma que gênero não é “o único campo, mas o campo primeiro no seio do qual o poder é articulado”. (Scott, 1991, p. 16). Ao explicar essa proposição, a autora resgata a idéia

de Pierre Bourdieu de que “as diferenças biológicas, particularmente aquelas que se referem à divisão sexual do trabalho, da procriação e da reprodução, operam como a mais fundamentada das ilusões coletivas” (Bourdieu, 1980 apud Scott, 1991, p.16) e afirma que “o conceito de gênero estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social” (Scott, 1991, p. 16).

Em relação às duas proposições conceituais de gênero apresentadas por Joan Scott, Souza Lobo, (1991, p. 188) afirma que “a questão primordial continua sendo a de que essas relações implicam não apenas diferenças, assimetrias, mas hierarquias, e que são as relações de poder que fazem parte dos mecanismos de constituição dos poderes na sociedade”.

A partir da formulação de gênero como categoria analítica, o norteamento da reflexão das feministas que antes tinham as fortes marcas da militância, assumindo, assim, um caráter mais descritivo que analítico, desloca-se para a “busca dos significados das representações do feminino e do masculino, das construções culturais e históricas das relações de gênero” (Souza Lobo, 1991, p. 187).

A categoria gênero, por se referir a uma construção social transversal a todos os campos desse universo, é incorporada e se articula com outras categorias, como classe, raça, gerações. Segundo Meyer (1996) “o gênero é mais do que o lugar onde as subjetividades sexuadas são produzidas. Enquanto discurso, ele produz e é produzido, organiza e é organizado e, portanto, atravessa, modula e regula o próprio contexto social”. Coelho (2001) assinala que as relações de gênero, uma vez permeadas pelas relações de poder, assumem perspectivas ampliadas de análise, sendo incorporadas a estudos de relações sociais interdisciplinares e institucionais.

Com base nessa reflexão teórica, a compreensão da violência contra a mulher, como fenômeno que tem em suas origens a desigualdade de gênero presente na sociedade, exige a articulação entre múltiplas categorias interrelacionadas, uma vez que gênero perpassa todos os campos do social e das relações de poder da sociedade, que legitimam a subordinação feminina, alimentando as condições para que ocorra a violência e opressão sobre um grande número de mulheres, conforme coloca Fonseca (2005, p. 41),

a categoria gênero pretende assim explicar, à luz das relações de poder, as manifestações sociais de homens e mulheres, entre elas o seu processo saúde-doença. No entanto, não pode ser vista nem utilizada isoladamente, sob pena de incorrer ao mesmo erro apontado quando se falou do uso da categoria classe social isoladamente. Na verdade o que se propõe é a compreensão da realidade alquimizada pelas diferentes categorias, ressaltando-se uma ou outra ou a junção de várias, dependendo do fenômeno a ser iluminado.

3.1.2 Violência de gênero

Trabalhar com a perspectiva de gênero para explicar e compreender a violência contra mulher é trabalhar com o reconhecimento de que, na hierarquia de poderes presente na sociedade, a mulher sempre ocupou posição social inferior, sofrendo injustiça social, em virtude das desigualdades construídas e naturalizadas historicamente.

A OMS define a violência como “o uso da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (OMS, 2002, p. 5).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher – Convenção de Belém do Pará (1994, artigo 1º) construiu uma definição oficial da violência contra a mulher como “todo ato de violência ou conduta, baseada no gênero, que resulte, ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico da mulher, incluindo a ameaça de tais atos, a coerção ou a privação arbitrária da liberdade, tanto na vida pública como na vida privada.”

Minayo (2006) destaca o sentido de intencionalidade que porta seu significado, constituindo um tema filosófico essencial que situa a violência no âmbito eminentemente humano. A respeito da violência de gênero, a autora destaca que a violência, quando praticada contra mulheres, para ser compreendida, precisa ser vista sob a perspectiva de gênero, pois distingue um tipo de dominação estruturalmente construída nas relações entre homens e mulheres, atravessando classes sociais, etnias e faixas etárias. Consiste em um fenômeno que, embora diga respeito a relações que envolvam homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres, vitimizando-as por razões sexuais, conjugais. Assim, embora nem sempre

se traduza em homicídio, o que determina mais sofrimento às mulheres e assume importante significado na sociedade são as lesões e traumas dos quais são vítimas nas interações cotidianas e socialmente naturalizadas (Minayo, 2006).

Chauí (1985) define a violência como o resultado de uma relação de desigualdade, justificada pela diferença, que permite a expressão da força de dominação, opressão e exploração, assim como uma ação que reifica o ser humano, uma vez que o impede de ser sujeito na relação com o mundo:

Entendemos por violência uma relação determinada das relações de força tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Em lugar de tomarmos a violência como violação e transgressão de normas, regras e leis, preferimos considerá-la sob dois outros ângulos. Em primeiro lugar, como conversão de uma diferença e de uma assimetria numa relação hierárquica de desigualdade com fins de dominação, de exploração e de opressão. Isto é, a conversão dos diferentes em desiguais e a desigualdade em relação entre superior e inferior. Em segundo lugar, com a ação que trata o ser humano não como sujeito, mas como uma coisa. Esta se caracteriza pela inércia, pela passividade e pelo silêncio, de modo que quando a atividade e a fala de outrem são impedidas, há violência (Chauí, 1985, p. 35).

Portanto, para Chauí (1985), violência é uma relação de força caracterizada em um pólo pela dominação e, no outro, pela coisificação. Para a autora, o pressuposto dessa definição é a idéia de liberdade de Espinosa (1973) apud Chauí (1985, p. 36).

A liberdade não é a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Não se opõe à necessidade (natural ou social), mas trabalha com ela, opondo-se ao constrangimento e à autoridade. Nessa perspectiva, ser sujeito é construir-se e constituir-se como capaz de autonomia numa relação tal que as coisas e os demais não se ofereçam como determinantes do que somos e fazemos, mas como campo no qual o que somos e o que fazemos pode ter a capacidade aumentada ou diminuída, segundo nos submetamos ou não à força e à violência ou sejamos agentes dela.

A autora considera haver diferença entre a relação de força e a violência (ainda que uma seja uma realização particular da outra), afirmando que a relação de força, em sua forma mais pura, visa a aniquilar-se pela destruição de uma das partes envolvidas, enquanto a violência visa a manter a relação com uma das partes anulada

pela sua diferença, submetida à vontade e à ação da outra. Para ela, “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal” (Chauí, 1985, p. 35).

Portanto, para Chauí (2006, p. 342), a violência significa:

1) Tudo o que age usando a força para ir contra a natureza de algum ser (é desnaturar); 2) Todo ato de força contra a espontaneidade, a vontade e a liberdade de alguém (é coagir, constranger, torturar, brutalizar); 3) Todo ato de violação da natureza de alguém ou de alguma coisa valorizada positivamente por uma sociedade (é violar); 4) Todo ato de transgressão contra aquelas coisas e ações que alguém ou uma sociedade definem como justas e como um direito; 5) Conseqüentemente, a violência é um ato de brutalidade, sevícia e abuso físico e/ou psíquico contra alguém e caracteriza relações intersubjetivas e sociais definidas pela opressão, intimidação, pelo medo e pelo terror.

O ideário machista profere, ao longo da história, um discurso que constrói a “natureza feminina”, sendo esse incorporado por toda a sociedade, inclusive pelas mulheres. É importante perceber que o discurso que produziu essas idéias se trata de um discurso masculino, de uma fala externa sobre as mulheres, cuja principal condição que possibilita sua legitimação é o seu silêncio. É nas idéias de supervalorização aparente da maternidade e da sensibilidade, próprias da “natureza” da mulher, que se esconde uma grande discriminação e se cria o primeiro passo para a violência (Chauí, 1985).

Segundo Bourdieu (2003), a lógica da relação de dominação chega a impor e inculcar nos homens e nas próprias mulheres todas as propriedades negativas que a ideologia machista dominante atribui à natureza feminina. A visão patriarcal, androcêntrica, é continuamente confirmada e legitimada pelas próprias práticas que determina, fazendo com que as mulheres incorporem o preconceito desfavorável contra o feminino. Sendo assim, a dominação masculina tem todas as condições favoráveis para seu pleno exercício, uma vez que a primazia masculina se afirma e é incorporada por toda a estrutura social.

O mesmo autor considera, ainda, que as estruturas de dominação são o produto de um trabalho histórico de reprodução para o qual contribuem agentes específicos como as instituições. Para Foucault (1993, p. 247) “socialmente se chama instituição todo comportamento mais ou menos coercitivo, aprendido. Tudo o que em uma sociedade funciona como sistema de coerção, sem ser um enunciado, ou seja, todo o social não discursivo”. Os dominados aplicam às relações de poder as categorias construídas sob o ponto de vista dos dominantes, fazendo com que essas sejam percebidas como naturais. A respeito da naturalização social das relações de dominação, Bourdieu (2003, p. 47) afirma que

a violência simbólica se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante, quando ele não dispõe para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais do que a forma incorporada de dominação, fazem esta relação ser vista como natural.

Heise (1994), em seu estudo pioneiro sobre a violência contra a mulher e suas consequências para a sua saúde, concluiu que deixar às mulheres a definição de abuso leva à subestimação do nível de violência física e psicológica nas relações íntimas. Isso nos mostra, na prática, a naturalização da dominação e da violência masculina pelas próprias mulheres.

A violência constitui a forma perversa de uma relação de poder fundamentada no gênero que se traduz numa relação de dominação na qual quase sempre as mulheres são desfavorecidas.

O poder não é algo que possa ser dividido entre aqueles que o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, que funciona em cadeia, que se exerce em rede. Os indivíduos nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outras palavras, o poder não se aplica aos indivíduos, e sim passa por eles, sendo o indivíduo um dos primeiros efeitos do poder (Foucault, 1993, p. 184).

Apesar da dominação masculina estar introjetada também no imaginário feminino, isso não significa afirmar que as mulheres são responsáveis pela sua própria opressão, que a escolhem conscientemente ou que se gratificam em adotar

práticas submissas. A submissão feminina é muitas vezes citada como pretexto para se culpar as mulheres, mas é importante assinalar que essa construção não é um ato consciente e sim resultante de mecanismos ideológicos, que ocultam ou dissimulam a realidade.

A ideologia, forma específica do imaginário social moderno, é a maneira necessária pela qual os agentes sociais representam para si mesmos o aparecer social, econômico e político, de tal sorte que essa aparência (que não devemos simplesmente tomar como sinônimo de ilusão ou falsidade) é ocultamento ou a dissimulação do real (Chauí, 2006, p. 15).

A realidade das diversas instituições que trabalham na atenção a mulheres em situação de violência tem revelado que, apesar da situação de opressão, muitas permanecem convivendo com o agressor. As que chegam a denunciá-lo, o fazem só em situações limítrofes. No que diz respeito à violência psicológica e simbólica, fazem parte do cotidiano de muitas mulheres em sua relação conjugal, nas quais, na maioria das vezes, a violência não é identificada na sua materialidade, mas referida como destino (Guedes, 2006).

A permanência de muitas mulheres em relações em que se vêem submissas ao poder masculino envolve múltiplos aspectos, desde a dependência, seja econômica ou afetiva do parceiro, até supostas gratificações que a relação traz pela realização pessoal de manterem o modelo idealizado de mulher, que mantém a relação afetiva e a família nuclear, mesmo que, para isso, tenha que se anular como ser humano sujeito de sua existência (Guedes, 2006).

Em relação à aceitação e manutenção da relação de poder, Foucault (1993, p. 08) afirma que

se o poder fosse puramente repressivo, se não fizesse outra coisa a não ser dizer não, você acredita que seria obedecido? O que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social muito mais do que uma instância negativa que tem por função reprimir.

Vale salientar, que, como os valores de uma ideologia machista e patriarcal são incorporados por homens e mulheres, não podemos analisar a violência de gênero a partir de posições reducionistas que apontam para o homem agressor ativo e algoz versus a mulher passiva vítima como dualidade cristalizada que permeia a compreensão da violência. Nesse sentido, Saffiotti (1994, p. 446) aponta que

não se está, de forma alguma afirmando que as mulheres são santas. Ao contrario, elas participam da relação de violência, chegando mesmo a desencadeá-la. Nem por isto, porém, a mulher detém o mesmo poder que o homem (...) trata-se de uma correlação de forças que muito raramente beneficia a mulher. Socialmente falando, o saldo negativo da violência de gênero é tremendamente mais negativo para a mulher que para o homem.

Desse modo, embora as relações de poder tenham-se modificado, ao longo da história, no âmbito social e do Estado, os pequenos exercícios de poder que se exercem no âmbito privado das relações entre homens e mulheres permanecem. Ou seja, é uma forma de poder ainda justificada pela “privacidade” da relação familiar.

Segundo Pitanguy (2002, p. 68), a invisibilidade da violência que ainda persiste não se encontra no que identificamos como “violência propriamente dita”, ou seja, nas agressões físicas, estupros e homicídios, mas na situação social, política, cultural e econômica da mulher na sociedade e no imaginário social sobre o feminino e sua inferioridade na hierarquia de poder das relações de gênero.

Para Azevedo (1985, p. 24)

o espancamento de mulheres constitui uma exacerbação de um relacionamento hierárquico entre os sexos: a violência masculina é o exercício perverso da dominação do macho sobre a fêmea, o uso voluntário e maldoso da força física constitui o que se poderia chamar de face brutal da falocracia, ou seja, da hegemonia masculina. A violência física se nutre e reforça as muitas violências através das quais a sociedade assegura que a mulher sempre esteja por baixo e não subverta a ordem vigente: a violência simbólica, a violência psicológica e a violência sexual, por isso a violência física, na medida em que se trata de violência manifesta, é a ponta visível de um iceberg de violências sutis disfarçadas.

A violência manifestada na agressão física é apenas a expressão maior da violência simbólica, introjetada por homens e mulheres, que faz com que a mulher

sofra pequenas violências e mortes cotidianas. Violências simbólicas, invisibilizadas e naturalizadas por um longo processo histórico de inculcação cultural (Bourdieu, 1996), geram a desigualdade na relação entre os sexos, que é refletida em todos os espaços da sociedade, seja nas relações de trabalho, na escola, na família e no Estado. Além disso, somam-se a estas as formas de violência consideradas mais sutis, como a tortura psicológica, humilhação verbal, constante ameaça de abandono, ameaça de agressão física, chantagem econômica, provocando impactos negativos na vida das mulheres, tão ou mais destrutivos que as agressões físicas, tendo como agravante sua invisibilização, banalização e naturalização, seja pela sociedade, seja pelos próprios envolvidos.

Se a unidade doméstica é o lugar onde a dominação masculina se manifesta de maneira mais indiscutível (e não só através do recurso à violência física), o princípio de perpetuação das relações de forças materiais e simbólicas que aí se exercem se coloca essencialmente fora dessa unidade, em instâncias, como a igreja, a escola ou o Estado e em suas ações próprias, declaradas ou escondidas, oficiais ou oficiosas (Bourdieu, 2003, p. 138).

Compreender as mudanças ocorridas na condição feminina e na relação entre os sexos implica a análise das transformações dos mecanismos e das instituições que produzem e perpetuam a relação entre os gêneros. As principais instituições responsáveis por essa reprodução de desigualdades, até época recente, são a família, a igreja e a escola, instituições que têm em comum o fato de agirem sobre o inconsciente dos indivíduos. A família é o principal *locus* de produção da dominação masculina, é nela que se vive e aprende a experiência da divisão sexual do trabalho (Bourdieu, 2003).

Assim, para Minayo (2006, p. 118), o fenômeno da violência

Não é uma fatalidade, nem uma abstração. Ela ocorre nas microrrelações e no contexto da vida [...] Não tem consistência teórica qualquer proposta positivista que apresente planos mirabolantes para acabar com a violência num toque de mágica ou de autoritarismo. Ela precisa ser entendida e analisada como um fenômeno de expressão e parte constitutiva dos processos históricos complexos, nos quais é possível intervir [...] É muito mais profícuo, para efeitos de análise, trabalhar com a proposta de que existem violências em lugar de violência. Elas apresentam manifestações particulares e, geralmente, se encontram articuladas, umas potencializando as outras.

3.1.3 Considerações teórico conceituais sobre necessidades em saúde no âmbito das práticas em Saúde Coletiva

A violência de gênero constitui um fenômeno que tem interfaces com a Saúde Coletiva, pois desponta como uma contradição na vida das mulheres gerando tensão e resultando em processos destrutivos do seu processo saúde-doença. Assim, a luta pela ampliação dos espaços de liberdade e de produção social da vida das mulheres deve ter como eixo norteador uma ruptura com a tradição do modelo de assistência hegemônico, de modo que a superação dessa realidade implica em transformações e enfrentamento nos planos político, ideológico, técnico, cultural e social.

No Brasil, a partir da legitimação do Sistema Único de Saúde, que materializou o ideário do movimento sanitário, várias propostas de reorientação da atenção à saúde foram se constituindo em modelos de atenção fundamentados em diferentes teorias interpretativas do processo saúde-doença. Nesses modelos, apesar da prevalência do modelo hegemônico hospitalocêntrico, fundamentado na clínica, convivem modelos sanitaristas que caracterizam a epidemiologia clássica e modelos que incorporam elementos da epidemiologia crítica, que se aproxima do projeto ideológico da Reforma Sanitária (Campos, 2004).

Nesse sentido, aproximar-se do tema da violência de gênero na perspectiva da saúde significa buscar a interface entre desigualdades de gênero, violência e o processo saúde-doença das mulheres. Os conceitos e categorias gerais da Saúde Coletiva comportam essa interface, uma vez que se constitui como um campo de saberes e práticas que consideram os modos de viver, produzir, reproduzir e consumir dos indivíduos e grupos sociais como determinantes de potenciais de desgaste e fortalecimento para a saúde, o que se traduz na teoria da determinação social do processo saúde-doença (Egry, 1996).

Assim, com base na concepção ampliada de saúde sancionada pelo SUS, responder a necessidades em saúde deveria significar um agir que incidisse em determinantes não só do adoecimento, mas nos que vão para além das ações curativas, no sentido de responder necessidades cada vez mais ampliadas (Campos, Bataiero, 2007). Desse modo, a relação entre violência e saúde remete à Saúde

Coletiva enquanto campo de saberes e práticas que busca compreender e enfrentar a violência como uma necessidade particular das mulheres, ao mesmo tempo em que sugere o repensar crítico sobre a dinâmica do trabalho operacionalizado nas práticas de atenção à saúde.

Para Breilh (2006), a reflexão sobre a atividade da Saúde Coletiva enquanto instrumento de investigação, planejamento, monitoramento e controle das condições de saúde, ações e programas não podem desvincular-se de categorias fundamentais de análise estratégica, entre as quais, a da necessidade, definida e usada de acordo com distintas interpretações.

No âmbito da base filosófica adotada neste estudo, o Materialismo Histórico e Dialético (MHD), os fundamentos teóricos assentam-se na base teórica e conceitual desenvolvida por Marx. Do ponto de vista marxiano, a concepção de necessidades foi construída por Agnes Heller. Para a autora, as necessidades se concretizam nos indivíduos de diferentes classes sociais de maneira desigual, pois desigual é o acesso aos produtos que satisfazem essas necessidades (Heller, 1986).

Neste estudo, buscamos compreender limites e potencialidades da ESF para o reconhecimento e respostas às necessidades de saúde trazidas pelas mulheres, em particular, as que vivenciam violência de gênero. Nesse sentido, não trataremos especificamente da dimensão mais estrutural da assistência e sim da interação entre indivíduos que se dá no processo de trabalho em saúde. Para essa abordagem, julgamos importante traçarmos algumas considerações sobre a relação entre processo de trabalho e necessidades no âmbito do trabalho em saúde.

Marx coloca que as necessidades são satisfeitas por meio de mercadorias, objetos externos ao ser humano, que, para serem produzidas, precisam de determinada espécie de atividade produtiva. Cada mercadoria não existente na natureza sempre teve que ser mediada por uma atividade produtiva adequada ao seu fim, que assimila elementos específicos da natureza e necessidades humanas. Em outras palavras, o trabalho é definido por Marx como condição de existência humana, independente de todas as formas de sociedade, que tem por finalidade produzir mercadorias, que constituem valor de uso e, por fim, atendem necessidades humanas:

O processo de trabalho é atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer a necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a natureza, condição natural eterna da vida humana e portanto independente de qualquer forma dessa vida, sendo antes igualmente comum a todas as suas formas sociais (Marx, 1994, p. 146).

No campo da Saúde Coletiva, diversos estudos têm apontado a importante e intrínseca relação entre necessidades de saúde e processo de trabalho em saúde (Stotz, 1991; Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996; Matsumoto, 1999; Cecílio, 2001; Campos, Mishima, 2005). Pressupondo que a satisfação de necessidades encontra-se em potência no produto de um processo de trabalho há, desse modo, uma conexão circular entre necessidade e processo de trabalho instaurado para satisfazê-la (Mendes Gonçalves, 1992).

No âmbito do processo de trabalho em saúde, o modo pelo qual os serviços de saúde organizam suas ações em resposta às necessidades de saúde dos indivíduos que buscam cuidados (demanda) tem se traduzido não apenas em respostas a necessidades, mas também em um contexto instaurador de necessidades, uma vez que ao *atenderem a demanda* com soluções antevistas, criam padrões de necessidades na sociedade e essa busca fica sempre reiterada (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996).

O trabalho humano, além das propriedades imanentes, seus nexos internos e processualidade, funda o ser social como uma das esferas ontológicas (Lessa, 1997). Organiza-se em um conjunto de idéias, elementos e momentos essenciais para a transformação intencional de algo que atenda necessidades humanas (Mendes Gonçalves, 1992). A processualidade decorre da dinâmica de articulação entre seus elementos. Segundo Marx (1994), esses elementos são: o objeto de trabalho, matéria da natureza a ser transformada; os meios e instrumentos de trabalho; a finalidade, ou seja, a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho.

O *objeto de trabalho*, diz respeito ao aspecto específico recortado da realidade, sobre o qual incide a atividade do trabalho. O objeto de trabalho contém potencialmente o produto resultante do processo de transformação efetivado pelo trabalho, de modo que não se delimita por si mesmo, mas é delimitado por um olhar que contém um projeto (Mendes Gonçalves, 1992). O objeto é a idéia impressa na matéria pelo trabalho, é a idéia transformada em objeto socialmente posto, é a subjetividade objetivada.

Os *meios e instrumentos de trabalho* correspondem aos recursos e materiais envolvidos no processo de produção como, “é um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto” (Marx, 1994, p. 203). Servem como guias da ação sobre o objeto e referem-se a todos os recursos implicados com a realização do processo de trabalho.

Segundo Paro (2001), além dos instrumentos materiais o ser humano emprega recursos conceituais, como os saberes e técnicas que ele acumulou historicamente e que vai aplicar como instrumentos para a racionalização do trabalho. São conhecimentos e técnicas que lhe permite domínio sobre a natureza e determina novas qualidades nas relações sociais.

A finalidade do trabalho informa a intencionalidade em transformar algo (Mendes Gonçalves, 1992). “Está presente em todos os elementos constituintes do processo de trabalho e significa a interiorização produtiva das necessidades humanas, ou seja, que as necessidades transformadas em finalidades conduzem todo o transcorrer do processo”. É pressuposto fundamental da consubstancialidade entre trabalho e necessidades (Peduzzi, 2001, p. 169).

Nesse sentido, o trabalho em saúde consiste em um processo de transformação no qual o agente, através de suas ações, faz a finalidade social do próprio trabalho realizar-se. As ações são realizadas com base em um saber operante traduzindo projetos coletivos e individuais. Dadas as peculiaridades do objeto de trabalho em saúde – as **necessidades** sentidas e trazidas aos serviços pelos indivíduos e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos profissionais – o trabalho em saúde “configura-se como um trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de algo (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade (Peduzzi, 2002, p. 83).

Heller (1986) define necessidades como sendo “desejo consciente, aspiração, intenção dirigida em todo momento para certo objeto a que motiva a ação como tal. O objeto em questão é um produto social independente do fato de que se trate de mercadoria, de um modo de vida ou de um homem” (Heller, 1986, p. 170). Segundo a autora, as necessidades são situadas em dois campos: as necessidades existenciais, que são aquelas destinadas à manutenção da vida, motivadas pelo instinto de auto-conservação (entretanto nem por isso são naturais, uma vez que se determinam em

um contexto histórico e social); e as necessidades propriamente humanas, que são aquelas determinadas historicamente e não se destinam apenas a mera conservação da vida.

Heller (1986) ainda se refere às necessidades radicais como aquelas que, se respondidas, têm potência para aperfeiçoar a essência humana. São determinadas sócio-historicamente e estão relacionadas aos processos de criatividade e liberdade; e às necessidades alienadas ou socialmente criadas, que se manifestam em condições sociais dadas e são criadas em função do capital e não da expressão das potencialidades humanas, de modo que o homem alienado é aquele que se torna sujeito dessas necessidades (a exemplo do dinheiro, da posse e do poder).

Em revisão de literatura sobre os estudos no campo das necessidades em saúde, Campos e Mishima (2005) dividem os estudos em dois campos: aqueles cujos autores tratam dos conceito de necessidades em sua dimensão abstrata, é o caso do quadro teórico e conceitual de Agnes Heller; e aqueles cujos autores tratam do conceito em sua dimensão operacional (Stotz, 1991; Mendes Gonçalves, 1996; Cecílio, 2001; Campos, 2004), que define a operacionalização do conceito de necessidades no âmbito prático dos serviços de atenção a saúde, ou seja, aquele utilizado para eleger o objeto da atenção à saúde e, conseqüentemente, os projetos de atenção à saúde e a operacionalização das políticas públicas (Campos, Mishima, 2005).

É importante considerar que necessidade nem sempre é sinônimo de falta ou carência. Para Merhy (1997), tomá-los como sinônimos seria negar a existência de necessidades como expressões de um indivíduo em potência que deseja mais autonomia, por exemplo. As necessidades também não se restringem a necessidades por serviços de saúde ou por intervenções em saúde (Braz Junior, 2002).

Para Heller (1986) as necessidades são pessoais, pois somente pessoas desejam algo, e ao mesmo tempo sociais, já que o objeto de toda necessidade vem também motivado por uma objetivação social. Assim, não existem necessidades *naturais*. Mesmo o ar, por exemplo, constitui uma condição de existência e não um objeto de necessidade. Contrapondo-se à visão idealista de mundo que homogeneiza o ser humano na sua natureza, Marx define que as próprias necessidades *naturais* são diferentes de acordo com as particularidades em que vive o ser humano. Por outro lado, o âmbito das assim chamadas necessidades básicas, assim como o modo de sua

satisfação, é um produto histórico e depende, por isso, do contexto cultural, econômico e histórico (Marx, 1994). As necessidades

não se produzem nem existem como um fato natural espontâneo, mas são processos em movimento, com características e modos de devir determinados pelas condições socioestruturais e pelos conflitos de interesses a que elas correspondem, com especificidades que, não sendo levadas em conta, conduzem a graves erros de interpretação e ação. Do mesmo modo, se é verdade que a ‘subsistência’, por exemplo, é uma necessidade essencial em qualquer sociedade, falar dela no vazio, sem inserir essa análise nos processos históricos da reprodução social [...] equivale a criar uma abstração inútil, caso o que se almeje seja desencadear uma ação emancipadora; é como tirar o processo da subsistência de sua raiz e vê-lo incompleto [...] Assim, a necessidade de subsistência é um processo que começa em sua forma de determinação histórica e se projeta nos processos de satisfação, como uma unidade dinâmica que a análise não deve quebrar em pedaços; fazer o inverso é um fracionamento positivista tão falacioso quanto a decomposição da realidade e em fatores para estudar de forma positivista as “causas” das doenças (Breilh, 2006, p. 173).

Desse modo, a construção das necessidades é gerada a partir da ordem individual (micro, gênese), na qual primam os processos fenotípicos básicos de indivíduos e famílias, a exemplo de necessidades fisiológicas e psicológicas, e se reproduz na ordem social (macro, reprodução social) marcada por condicionamentos sociais, econômicos, culturais e políticos que as caracterizam de acordo com cada classe social, relações étnicas e de gênero que as caracterizam e determinam (Samaja, 1993 apud Breilh, 2006).

Segundo Egry (1996) e Breilh (2006) o processo saúde-doença determina-se na relação do homem com a natureza por meio de sua inserção no trabalho, determinado pelo desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção, de acordo com o modelo econômico vigente naquela sociedade, em determinado contexto histórico e social. A determinação do processo saúde-doença relaciona-se às três dimensões da realidade objetiva (estrutural, particular e singular), de modo que os potenciais de desgaste e fortalecimento são representados, no coletivo, pelas diferentes expressões da epidemiologia e, nos indivíduos, pelas expressões de desgaste traduzidas em queixas e sintomas. Assim, segundo Breilh (2006, p. 45)

A saúde não é primordialmente ‘individual-subjetiva-contingente’, nem tampouco é primordialmente ‘coletiva-objetiva-determinada’; ela é, sempre e simultaneamente, o movimento de gênese e reprodução possibilitado pelo concurso de processos individuais e coletivos, que se

articulam e se determinam mutuamente. Ela tampouco é primeiro individual e depois coletiva, como produto da combinação de realidades individuais. Em suma, o olhar dialético nos permite ver que essa discussão não tem sentido, porque livre arbítrio e determinação coletiva não são termos excludentes, mas interdependentes.

De acordo com Heller (1986), que diferencia o ser humano particular (genérico) do indivíduo, as necessidades existenciais são características do homem particular e as necessidades propriamente humanas se identificam com o indivíduo. Desse modo, essas necessidades - que Mendes Gonçalves define como necessidades necessárias - são o conjunto de necessidades que devem estar presentes para a reprodução do homem em um determinado contexto histórico e social e, em cada grupo particular e homens nessa sociedade. São sempre conscientes e tratam-se sempre de necessidades de indivíduos que estão em relação sócio-histórica com outros indivíduos, são produzidas por essas relações e para essas relações, sem nunca deixarem de ser individuais (Mendes Gonçalves, 1992).

Para o mesmo autor, contraditoriamente, a sociedade tende a travestir as necessidades de alguns indivíduos como necessidades gerais, as “necessidades sociais”, não no sentido de socialmente determinadas, mas no sentido de necessidades “de todos”, por cima dos indivíduos. Desse modo, superar a antinomia necessidades sociais/necessidades individuais requer “o reconhecimento das necessidades como individuais de modo que não acarrete a sua subjetivização em infinitos e relativos valores equivalentes, e a paralisia da práxis teleologicamente orientada para a socialidade dos mesmos indivíduos (Mendes Gonçalves, 1992, p. 21).

Trazendo para o âmbito da saúde na perspectiva até agora assinalada, nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde organizou-se basicamente como forma de controlar a doença em ampla escala social, como forma de recuperar a força de trabalho e como forma de ampliar os direitos e o consumo das classes subalternas. Desse modo o capitalismo produz e reproduz as necessidades sociais (gerais) como forma de atender interesses hegemônicos do modo de produção.

No campo do trabalho em saúde, o problema das necessidades “sociais” (entre aspas porque no sentido de necessidades “de todos”), é traduzido pelas práticas que defendem um presumível interesse geral, passando por cima das necessidades dos indivíduos, justificando-se, antes e depois, pelos seus resultados técnicos,

traduzindo-se em uma prática de saúde alienada, que toma lugar da prática de saúde verdadeiramente humana, obstaculizando a plena expressão das potencialidades humanas (Mendes Gonçalves, 1992).

É preciso não confundir, aqui, os dois sentidos do termo social. Em um deles nos referimos à origem social do fato ou fenômeno e, nesse caso, quando falamos em necessidades sociais, estamos dizendo que são criadas e recriadas na vida em sociedade. Noutro sentido, em razão dessa origem, produzem-se necessidades que podem ser de muitas ou, potencialmente, de todas as pessoas[...]. Mas essa característica das necessidades também pode resultar em sua manipulação ideológica e política, isto é, no fato social de que, mesmo que potencialmente não venha a ser de todos, certa pauta de carecimentos pode ser mostrada como se fosse tal, convencendo que muitos pertencem a uma situação que será sempre apenas de alguns. Assim, o problema não está na origem social da necessidade, mas na situação em que essa pretensão de bem comum, de “social” ocorre, ignorando a efetiva desigualdade das necessidades[...] (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996, p. 31).

Nos modelos de atenção à saúde vigentes predomina essa lógica das necessidades “sociais” que desconsidera as desigualdades e os processos de vida que a produzem. Assim, o trabalho em saúde acaba se organizando sobre uma lógica de racionalização entre necessidades e custos. Essa concepção transforma também os sujeitos em seres alienados, amputados do exercício da subjetividade. Trata-se da compreensão ahistórica das necessidades, que se traduz na naturalização e reificação das necessidades e demandas na realidade dos serviços de saúde (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996).

Particularizando para o capitalismo, “as ‘necessidades sociais’ desse modo de produção são as necessidades do grupo de indivíduos que personifica o capital, que assumem como suas as necessidades de uma relação social que assim se re-produz” (Mendes Gonçalves, 1992, p. 47). Assim, em relação às necessidades necessárias que se referem à saúde, o indivíduo comum passa a ter como suas as necessidades referidas à saúde que coerentemente compõem as necessidades de consumo de serviços de assistência à doença, interditando, assim, aquelas necessidades que escapam a essa coerência.

Esse fato, historicamente, determinou a doença como objeto de trabalho em saúde, ou seja, a saúde tornou-se subordinada à definição de doença, lógica que

predomina na atualidade, apesar dos avanços na política de saúde. (Mendes Gonçalves, 1992). A respeito desse raciocínio, Breilh (2006, p. 175) aponta que

A estrutura produtiva é determinante, uma vez que estabelece os condicionamentos decisivos da construção de necessidades e da maneira de satisfazê-las[...]. As necessidades são, essencialmente, um produto do movimento das opções individuais em meio ao movimento determinante do coletivo[...] Estão ligadas aos interesses das classes hegemônicas que criam os 'elementos de satisfação' de acordo com a sua conveniência. É nesse contexto que se devem estudar as atribuições de valor e os comportamentos das coletividades em relação aos serviços públicos e privados de saúde.

Schraiber; Mendes Gonçalves (1996) colocam que, ao explicar de certo modo e com determinados referenciais, a experiência vivida e as necessidades dos indivíduos, o saber médico instaura-se como a explicação mais adequada porque ancorada em um discurso de verdade: o discurso científico. Esse processo remete à análise da circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde, uma vez que toda forma de produção de serviços, longe de ser mera resposta a uma demanda é também um contexto instaurador de necessidades.

Segundo Stotz (1991), a prática institucionalizada dos serviços de saúde têm reduzido as necessidades em saúde dos indivíduos ao que é biologicamente expresso pelo desgaste no corpo. Desse modo, na organização das intervenções a serem desenvolvidas pelos serviços de saúde, as necessidades são definidas de acordo com uma demanda atendida pelo serviço na qual se encontra excluída grande parte das necessidades expressas pelos sujeitos, uma vez que não são consideradas como passíveis de atendimento aquelas que fogem à lógica dos parâmetros previamente estabelecidos e valorizados pela lógica medicalizante hegemônica.

A realidade do cotidiano dos serviços de saúde tem demonstrado esse processo, traduzido pelo que D'Oliveira (2000) denomina de processo medicalizador de necessidades caracterizado pela produção e reiteração de necessidades, que podem ser do próprio processo de trabalho, relativas quer aos instrumentos, quer às condições de trabalho ou mesmo à produção de conhecimentos como necessidades da sociedade em geral. No âmbito da atenção à saúde das mulheres, esse processo medicalizador de necessidades determina que a violência como problema social não disponha de possibilidades diagnósticas dentro da lógica medicalizadora

predominante nos serviços, não possibilitando a antevisão dos resultados. Isso faz com que o problema apenas tenha chance de ser acolhido quando apresentar possibilidade de ser enquadrado como atual ou futura patologia física e mental, lógica que foi confirmada em estudo sobre violência, necessidades e atenção primária a saúde (D'Oliveira, 2000).

Essa circularidade entre processo de trabalho e necessidades de saúde explica parte significativa das origens da reiteração interminável das queixas que as mulheres que vivenciam violência trazem aos serviços de saúde (que as denominam de poliqueixosas e compreendem seus problemas como somatizações e agravos mentais). A utilização de instrumentos de trabalho precários baseados na reparação do corpo biológico pode atuar sobre os sintomas e não sobre a situação vivenciada que os determina.

Tal característica faz com que as mulheres sejam culpabilizadas por expressarem e buscarem intervenções imediatistas nos serviços de saúde, quando, historicamente, é essa a resposta que elas têm recebido desses serviços, que atuam desconectados dos demais setores sociais que poderiam apoiar a construção de um caminho de superação (D'Oliveira, 2000).

Os profissionais de saúde não têm olhos, ouvidos, palavras nem ações para lidar com aqueles problemas que não estão inscritos nos corpos, o que gera neles o sentimento de “impotência paralisante” descrito em estudos que investigam as práticas profissionais voltadas para as mulheres que vivenciam violência (D'Oliveira, 2000; Oliveira, 2005; Fonseca et. al., 2009). Essa impotência percebida está associada com a falta de um saber operante que dê sentido tecnológico a esta demanda, já que o hegemônico reconhece apenas as queixas potencialmente classificáveis como doença.

A percepção do sofrimento gerador de queixas para os serviços de saúde, sobre as quais não dispõem de recursos técnicos para trabalhar dão aos profissionais a sensação de impotência e perda do controle profissional, pois o saber instrumental hegemônico não oferece respostas que fujam da lógica de doença ou risco detectável passível de intervenção técnica. Essa dificuldade em lidar com problemas cujas formas de intervenção dependem basicamente das mulheres usuárias dos serviços também está associada a essa impotência frente a situações de atendimento que envolvem a violência, uma vez que hegemonicamente os serviços de saúde detêm os

instrumentos de intervenção e os sentidos do trabalho (D'Oliveira, Schraiber, Hanada, 2009).

Nesse sentido, quando nos referimos aos saberes que orientam as características do trabalho, não estamos nos referindo apenas à dimensão individual. Apesar de neste estudo partirmos da captação da relação entre indivíduos no processo de trabalho para apreendê-lo, consideramos que as concepções e os saberes que fundamentam as práticas profissionais refletem uma ideologia, uma tradição consolidada estruturalmente no campo da saúde. Assim, tanto as concepções sobre gênero, violência e processo saúde-doença, quanto os processos de trabalho operacionalizados nos serviços de saúde são determinados e também determinantes dos contextos histórico e social em que se produzem e que reproduzem.

Para Melo Filho (1995), ao pensar em necessidades de saúde, é consensual que as práticas em saúde vigentes têm considerado apenas as necessidades existenciais, uma vez que não são levadas em conta as necessidades que não estão dirigidas à mera sobrevivência. Retomando as palavras de Heller, a autora coloca que, com o desenvolvimento do capitalismo, as necessidades alienadas têm tomado a frente de todas as necessidades propriamente humanas, o que é traduzido também no âmbito das necessidades em saúde.

Em revisão bibliográfica sobre a produção científica que tem como centralidade as necessidades em saúde, Campos e Bataiero, (2004) constataram que, em 76 artigos selecionados cujo tema central é necessidades em saúde, a maioria se centra no âmbito hospitalar da assistência, sendo escassos os estudos no âmbito da atenção básica e, principalmente, no âmbito da Saúde Coletiva. A concepção de necessidades utilizada na maioria das publicações é de senso comum, que toma necessidades como homogêneas a todos os indivíduos, sem considerar a inserção de classe. As respostas às necessidades relacionam-se a problemas já instalados, desconsiderando os determinantes, cujo foco incide sobre os indivíduos, ampliando-se, no máximo a grupos específicos priorizados pela atual política de financiamento no país. A análise da produção científica traduz aquilo que vem sendo revelado no âmbito da atenção: a saúde vem privilegiando um recorte de necessidades fragmentado por doença (Campos, Bataiero, 2004).

Segundo Mendes Gonçalves (1992) há uma significativa distância entre as necessidades em saúde, expressas individual ou coletivamente, e a concretização de ações para o seu atendimento. De todas as necessidades em saúde, aquela que mais coerentemente compõe com as “necessidades sociais” é a do consumo por serviços de assistência à doença. Isso se dá pela redução da saúde ao resultado de atos de consumo individual que privilegia a doença como objeto de trabalho, subordinando a definição da saúde à negação da doença.

A perspectiva do SUS se propõe à superação desses aspectos quando defende princípios como a integralidade, equidade e universalidade, definindo a hierarquização, regionalização, controle social e descentralização como diretrizes de organização dos serviços de saúde. No entanto, diversas contradições são identificadas na implementação do SUS. O que se tem percebido é a ampliação da cobertura com a manutenção do enfoque na doença manifesta no corpo individual, desconsiderando as necessidades dos indivíduos enquanto sujeitos sociais protagonistas no processo de determinação do processo saúde-doença.

Nesse sentido, os recortes do objeto de trabalho em saúde devem ter como foco as necessidades dos indivíduos, compreendendo-as sob uma ótica que ultrapassa a individualidade abstrata para reencontrá-la na trans-individualidade em que ele se reconhece e se relaciona. Assim, as necessidades são dos indivíduos enquanto mulheres, enquanto homens, enquanto trabalhadores, enquanto adolescentes, enfim, “enquanto sujeito de natureza sócio-histórica que aparece como valor transcendente à mera individualidade, sem negá-la, mas afirmando-a como específica e concreta” (Mendes Gonçalves, 1992, p. 50)

De uma maneira geral, são escassos os estudos teóricos sobre necessidades, especificamente sob o enfoque de gênero. O quadro conceitual de Heller e demais autores mencionados, a partir dos quais foi construído o quadro teórico do presente estudo, contempla essa categoria, uma vez que se assenta na determinação social das necessidades vinculada ao lugar social dos indivíduos e coletividades.

No âmbito específico os estudos feministas, destacam-se os trabalhos de Moser (1993). A autora afirma que homens e mulheres não só desempenham papéis sociais distintos, como possuem distintos níveis de controle sobre os recursos, apresentando, assim, diferentes necessidades.

Baseada na obra de Molineux, a autora, cujos estudos se voltam para o âmbito do planejamento na perspectiva de gênero, define necessidades de gênero como a tradução pela qual os interesses ou preocupações de gênero podem ser satisfeitos. Assim, o planejamento de gênero relaciona-se com necessidades de gênero que precisam ser implementadas para que os interesses ou preocupações de gênero sejam satisfeitos. Essas necessidades são controladas pelo Estado através de uma política familiar relacionada com a violência doméstica, os direitos reprodutivos e a situação jurídica e política de bem estar das mulheres (Molineux, 1985 apud Morser, 1993).

Para a autora, a lógica do planejamento de gênero não ignora outras categorias importantes, como etnia e classe social, mas se concentra no gênero porque esta categoria tende a ser subsumida dentro da classe social em tantas políticas e iniciativas de planejamento. O objetivo do debate feminista é a emancipação feminina e superação da subordinação de gênero. Sua meta específica é a conquista da igualdade, equidade e empoderamento mediante instrumentos como o estabelecimento das necessidades de gênero e a matriz de políticas de gênero (Moser, 1993).

A autora diferencia as necessidades de gênero em *necessidades estratégicas de gênero e necessidades práticas de gênero*. As **primeiras** são as necessidades que as mulheres identificam em virtude da sua posição subordinada aos homens na sociedade e variam de acordo com contextos particulares. Assim, satisfazer essas necessidades determinaria a conquista de uma maior igualdade de gênero, transformando os papéis vigentes e assim desafiando a posição subordinada das mulheres na sociedade. As necessidades estratégicas de gênero se relacionam com a estrutura social e a determinação das relações entre homens e mulheres e incluem: a eliminação da divisão sexual do trabalho; o alívio da sobrecarga de trabalho feminina; a eliminação das formas institucionalizadas de discriminação, o estabelecimento de igualdade política; a liberdade de decisão sobre a maternidade; e a adoção de medidas adequadas contra a violência e o controle masculino sobre as mulheres.

As **segundas**, as necessidades práticas de gênero, são as necessidades que as mulheres identificam em virtude de seus papéis socialmente aceitos. Não desafiam a desigualdade estrutural de gênero, mas são uma resposta a necessidades percebidas

de imediato, dentro de um contexto específico. São de natureza prática e se relacionam com inadequadas condições de vida, formuladas a partir de condições concretas em que vivem as mulheres. Devem concentrar-se no terreno doméstico, nas atividades de geração de renda e reivindicação de serviços básicos a nível da comunidade. A maioria das intervenções voltadas para mulheres a nível mundial se ocupam delas dentro da divisão do trabalho por gênero, ou seja, como mães e esposas, visando a atender mais as necessidades práticas de gênero, o que dificulta e formulação de necessidades estratégicas de gênero pelas mulheres.

Para Molineux (1985) apud Moser (1993), interesses e necessidades *da mulher* se diferenciam de interesses e necessidades *de gênero*, pois o primeiro conceito assume um significado baseado em similitudes que tomam as diferenças biológicas como pano de fundo. Assim, deve-se falar em interesses e necessidades *de gênero* para diferenciar esse significado da falsa homogeneidade que é imposta quando se fala em mulher, considerando a determinação pela sua inserção social através dos atributos determinados pelo gênero.

A autonomia feminina se enquadraria no campo que Moser (1993) define como necessidades estratégicas de gênero, visto que assegura, entre outras possibilidades, a proteção das mulheres em situação de violência no sentido do fortalecimento para a tomada de decisões. Entretanto, as necessidades práticas, que podem ser traduzidas como necessidades enfrentadas a partir de intervenções fixadas na dimensão individual ou, no máximo, particular, seguem sendo como únicas metas específicas para a maioria dos que planejam para mulheres. Essa lógica acontece porque se fala em planejamento e política para *a mulher* e não em planejamento e política *de gênero*.

Considerando que as necessidades práticas de gênero se relacionam com a dimensão mais singular e particular da realidade, visto que dizem respeito a problemas mais imediatos, quando pensamos na atenção à saúde que toma o indivíduo, ou o agravo instalado como objeto do processo de trabalho, sem considerar a sua relação e os determinantes estruturais da sociedade, compreendemos que esse enfoque se traduz em uma prática que não possibilita transformações estratégicas de gênero na vida das mulheres.

Além disso, esse aspecto pode ser traduzido no não reconhecimento da violência enquanto problema que se determina pela desigualdade de gênero como

fenômeno estrutural da sociedade. Esse recorte faz com que práticas sejam pautadas por programas que tornam homogêneas as necessidades de gênero como necessidades de mulheres, fundamentadas nas diferenças de sexo. Desse modo, o foco da atenção no processo de trabalho em saúde, se traduz em responsabilizações e intervenções individuais, fragmentadas, sem qualquer possibilidade de potencialização do empoderamento e emancipação de gênero, fundamentais para o enfrentamento do fenômeno da opressão e violência na realidade das mulheres.

3.1.4 A violência contra a mulher e o discurso que informa a política oficial de saúde no Brasil

Tendo em vista o caráter histórico dos fenômenos sociais no qual a violência está inserida, podemos afirmar que os conceitos da violência contra a mulher adquirem significado ao longo da história. Essa transformação vem ocorrendo no Brasil, assim como no cenário internacional, nos últimos anos, nos quais a violência vem ganhando maior visibilidade social, sendo também inserida nas políticas de saúde.

A proposta de construir políticas públicas dirigidas especificamente às mulheres como forma de possibilitar o processo de equidade nas relações de gênero é recente no Brasil. O movimento feminista é protagonista da expansão da visibilidade da violência de gênero. Na década de 1970, época conhecida como a segunda onda feminista, os primeiros grupos do movimento deram maior visibilidade social e política à violência contra a mulher através da reivindicação de direitos. Isso ocorreu simultaneamente à ascensão da luta pela democratização, constituindo uma das reivindicações dos movimentos sociais organizados, inclusive aquelas ligadas ao acesso a serviços públicos de saúde e melhoria da qualidade de vida, especialmente nos centros urbanos (Farah, 2004).

Após o período da ditadura militar, as mulheres mobilizadas conseguiram a implantação das primeiras políticas públicas na perspectiva de gênero. Na década de 80, foram criados o primeiro Conselho Estadual da Condição Feminina (em 1983) e a primeira Delegacia de Polícia de Defesa da Mulher (em 1985). Em 1985, ainda foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, atrelado ao Ministério da

Justiça. Posteriormente, esse órgão foi transformado na atual Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, ligada diretamente à Presidência da República.

Na década de 1980, esse pensamento foi permeado por uma reflexão mais crítica e analítica, uma vez que a abordagem de gênero assumia destaque como categoria de análise de fenômenos sociais que envolvem a dinâmica das relações entre homens e mulheres. A segunda metade do século XX foi marcada por grandes conquistas na trajetória de luta do movimento de mulheres. Além das conquistas acima citadas, as primeiras mudanças no arcabouço jurídico também têm sido marcos importantes nesse processo.

A questão da desigualdade e da discriminação entre os sexos esteve presente na trajetória da construção da atual concepção dos direitos humanos, que foi introduzida em 1948. Adotada pela ONU, essa concepção é fundamentada na dignidade de todos os seres humanos e marcada pelos princípios da universalidade e indivisibilidade de direitos, conjugando o valor da liberdade ao da igualdade. (AGENDE, CLADEM, 2003).

A década de 1975 a 1985 é reconhecida pela ONU como a década da mulher, tendo como marco inicial a Conferência Mundial de Mulheres, no México, seguida pela de Copenhague, em 1980 e culminando com a terceira, em Nairobi. Nesse contexto foi elaborada a Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979, um dos mais importantes documentos contra a discriminação das mulheres.

A Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, em 1993, apresenta, em seu parágrafo 18, que os direitos das mulheres são parte inalienável dos direitos humanos universais. Essa mesma conferência reconheceu a violência contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos. No fim desse mesmo ano, a ONU adotou a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher e, em 1994, foi aprovada a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará), tendo sido assinada pelo Brasil, por toda a América Latina e Caribe, países que se comprometeram com os princípios e medidas de enfrentamento de todas as formas de discriminação e violência contra a mulher (AGENDE, CLADEM, 2003).

Especificamente no âmbito da saúde, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi concebido na década de 1980, para responder às reivindicações do movimento de mulheres, na área da saúde, com o objetivo de assistir à saúde das mulheres em todas as etapas da vida e em sua integralidade. Na sua formulação, o PAISM não contemplava diretamente a violência de gênero como um aspecto importante que interfere na saúde das mulheres, mas, na década de 1990, essa lacuna foi preenchida e, atualmente, a violência doméstica e sexual está presente nos princípios e diretrizes, sendo parte integrante do plano de ação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004).

A partir de 1994, as ações do PAISM foram integradas às ações do Programa Saúde da Família, estratégia de reorientação da Atenção Básica no Brasil. A ESF tem sido reconhecida como campo de ações potente para a prevenção e enfrentamento do problema devido à proximidade dos profissionais da saúde com a clientela das áreas de abrangência. Essa inserção na comunidade, além do referencial de promoção da saúde no qual a Estratégia se fundamenta, pressupõe a possibilidade de atuação sobre os grupos sociais, procurando potencializar seus recursos para a prevenção e enfrentamento de problemas sociais complexos como a violência. Entretanto, esse aspecto consiste mais em uma possibilidade que uma realidade vigente no cotidiano da maioria desses serviços de saúde (Camargo, 2003).

Na última década, a temática da prevenção da violência tem sido inserida na agenda do Sistema Único de Saúde (SUS), tecendo uma articulação intra-setorial, por meio da mobilização das suas diferentes áreas, Ministérios, Estados e Municípios, instituições acadêmicas e organizações não governamentais (ONGs). A formulação de uma política específica e a estruturação das ações voltadas para vigilância, pesquisa e avaliação, assistência às vítimas e populações vulneráveis; a formação dos profissionais de saúde e prevenção de violência são ações que vêm sendo implantadas e desenvolvidas em todo o país, dando visibilidade ao problema, assim como buscando a prevenção e o seu enfrentamento (Almeida, 2007).

Desde 2001, o MS desenvolve ações de enfrentamento às Violências e Acidentes, de maneira a integrar informação e assistência. O Sistema de Informação e de Vigilância da Violência e Acidentes (SIVVA) foi implantado e envolve os profissionais dos diversos níveis da atenção à saúde de forma descentralizada,

apoiado por capacitações e discussões locais que estimulam a participação, o compromisso com o cuidado, a construção de redes locais e o trabalho intersetorial.

Em 16 de maio de 2001 foi aprovada a Política de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esse documento contém a definição dos conceitos, o diagnóstico da situação, as diretrizes e as estratégias de ação intersetorial, ressaltando a responsabilidade do setor saúde em tratar desse fenômeno social (Brasil, 2005). O Ministério da Saúde caracteriza a violência como um fenômeno de conceituação complexa, polissêmica e controversa, assumindo que ela é representada por ações humanas realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, numa dinâmica de relações, ocasionando danos saúde em todas as suas dimensões (Minayo, Souza, 1998).

No que concerne à violência sexual, em 2002, o Ministério da Saúde (MS) elaborou a atual Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes que orienta o atendimento a ser prestado pelos profissionais do SUS; o Protocolo de Atenção à Violência Intrafamiliar direcionado às equipes de saúde da Família; o Plano de ação da Política Nacional de Atenção à saúde da Mulher, que inclui a violência doméstica e sexual em suas estratégias prioritárias (Brasil, 2002; Brasil, 2002b; Brasil, 2004).

Em 2004, foram aprovadas a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e promoção da saúde e a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência e promoção da Saúde nos estados e municípios. Os Núcleos têm como linhas a construção de informação para a intervenção e a formação de redes de atenção às situações de violência (Almeida, 2007).

As conquistas nacionais ou locais passam pelo âmbito legislativo brasileiro no que se refere à aprovação de leis que reconhecem as situações de violência contra a mulher. A Lei nº 10.778/03 (Brasil, 2003) estabelece a notificação compulsória, no território nacional, de casos de violência contra a mulher atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Ainda se destaca a Lei Federal 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha, que determina ao poder público o desenvolvimento de ações que visam a garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares, no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Em relação à assistência

à mulher em situação de violência, estabelece que deve ser prestada de forma articulada entre diferentes setores como saúde, segurança pública e assistência social.

A Lei Maria da Penha amplia o conceito de violência, ao apresentar e definir, em seu artigo 7º, além da violência física, outras dimensões que sua complexidade comporta: psicológica, sexual, patrimonial e moral, definidas como diferentes tipos ou formas: **Violência física**: qualquer conduta que ofenda integridade ou saúde corporal da mulher; **Violência psicológica**: qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima à mulher ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; **Violência sexual**: qualquer conduta que constranja a mulher a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; **Violência patrimonial**: qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos pertencentes à mulher, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; Violência moral: qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (Brasil, 2006).

Em 2008, a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República deu um importante impulso ao movimento de luta pela igualdade entre homens e mulheres, com a elaboração e desenvolvimento do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher. A iniciativa implica no desenvolvimento de um conjunto de ações a serem executadas no período entre 2008 e 2011 a respeito de políticas públicas amplas e articuladas, direcionadas prioritariamente às mulheres em situação de maior vulnerabilidade social (Brasil, 2008).

As propostas de enfrentamento da violência contra a mulher estão presentes em todos os documentos internacionais, citados anteriormente, dos quais o Brasil é signatário. Essas conquistas geraram avanços na política nacional que são fundamentais para o enfrentamento da violência e da discriminação contra as mulheres e a eliminação das desigualdades relacionadas ao gênero. No entanto, essas medidas dependem do envolvimento diferentes atores nos âmbitos do governo e da sociedade, bem como da introdução de conhecimentos específicos sobre a temática e tecnologias diferenciadas para profissionais que atuam diretamente na atenção à saúde. Essas transformações devem ser integradas a outras iniciativas, possibilitando, assim, a formação de redes de atenção para mulheres em situação de violência, uma vez que problemas complexos exigem soluções multifacetadas.

Já existe, em cada Estado brasileiro, pelo menos um programa de atenção às vítimas de violência sexual e alguns possuem redes estaduais de atenção, que são instâncias articuladoras das diversas instituições que tratam do problema. As diversas Organizações Não Governamentais (ONGs) que abordam as questões femininas, como a violência, também têm desenvolvido seus programas de intervenção e dado visibilidade ao problema. Porém, a realidade mostra que apesar desses esforços, ainda há lacunas na implementação de estratégias eficazes de prevenção e enfrentamento da violência de gênero, principalmente no que diz respeito à sua prevenção pelo setor saúde.

Há mais de duas décadas, a categoria gênero foi apropriada pelo campo da saúde e vem sendo utilizada como importante ferramenta de análise da determinação de gênero no processo saúde-doença das mulheres. Enquanto categoria elaborada pelo feminismo, depois agregada à academia, a perspectiva de gênero, intrinsecamente, carrega em si a politicidade e o compromisso com as transformações sociais relacionadas às mulheres, assim como um novo olhar sobre as relações de poder estabelecidas entre mulheres e homens, homens e homens e mulheres e mulheres.

Grande parte das reivindicações feministas dos anos setenta e oitenta do século passado foi absorvida pela sociedade e incluída nas formulações governamentais. Ao mesmo tempo, o panorama de oferta de atenção com ênfase crescente na Atenção Básica, nas ações de promoção da saúde e em um novo quadro conceitual baseado na humanização e integralidade apontam para a necessidade de

utilização dos conhecimentos produzidos no campo da Saúde Coletiva que promovam a equidade em saúde, para a qual a equidade de gênero é condição.

Segundo Fonseca (2005, p. 458)

Os documentos oficiais contêm as diretrizes para a incorporação da categoria gênero nas políticas voltadas para a saúde das mulheres valorizando:

- 1) criação e uso de indicadores de gênero para a construção dos perfis de saúde-doença de grupos populacionais e monitoramento das condições de saúde;
- 2) estabelecimento de estratégias para o enfrentamento dos problemas de saúde evitáveis, em especial os que influenciam na capacidade reprodutiva das mulheres;
- 3) criação e uso de indicadores para embasar a destinação de recursos para enfrentar os problemas de saúde das mulheres, baseados em medidas protecionistas ou discriminatórias positivas;
- 4) uso de metodologias específicas para embasar a investigação em saúde sob o recorte de gênero[...]

Entretanto, a autora aponta alguns riscos inerentes à adoção de visões inovadoras e revolucionárias, a exemplo do risco de converter gênero em mais um modismo que implicaria mais em mudanças de forma (terminologias, conceitos e suportes teóricos) que das práticas de saúde, restritas às instâncias superiores, sem alcançar os diretamente responsáveis pelas ações em saúde. Assim, é importante a não transformação da incorporação da perspectiva de gênero no âmbito da saúde em mais uma versão banalizada de assistência à saúde das mulheres que as torne cada vez mais dependentes da ciência e da medicalização do corpo. Assim, consideramos a equidade de gênero como um conceito ético, cuja concretização nas práticas é premente. Essa perspectiva ainda deve ser associada aos princípios de justiça social e de direitos humanos que não implica em desmerecer ou desvestir de direitos os homens para privilegiar as mulheres (Fonseca, 2005).

As mudanças na legislação e a implementação das políticas públicas relativas à violência são necessárias e fundamentais, porém, isoladamente, não significam a garantia de efetividade para o enfrentamento do problema, uma vez que a violência contra a mulher é permeada por uma complexa trama de fatores sociais, culturais e ideológicos que dificultam e até mesmo impedem a efetiva vigência dos direitos humanos.

De acordo com a OPAS (2002), ainda são poucas as estratégias cuja eficácia têm-se mostrado com rigor. Não há programas suficientes orientados para a

prevenção primária da violência, principalmente nos países em desenvolvimento. Além disso, a atenção à mulher que sofre em decorrência desse fenômeno deve ser intersetorial e interdisciplinar. Os serviços de saúde não conseguem enfrentar, sozinhos, isoladamente, problemas com a complexidade que envolve a violência, porém, devem estar preparados para reconhecer, acolher e apoiar as mulheres de forma integral, integrada e articulada com os demais setores sociais.

É fundamental que, no atendimento que a mulher agredida busca, evitem-se que ela passe por um processo de revitimização por parte da instituição. Valorizar as demandas trazidas pelas mulheres, enfatizando o atendimento nas necessidades que porta, é papel do setor saúde. O encaminhamento desarticulado e de uma maneira imposta verticalmente a outros serviços de apoio social sem a consideração da autonomia das mulheres no processo decisório pode fazer com que elas percorram, sem apoio nenhum, diferentes instituições, estando sujeitas a passar por novas situações de violência em uma rota que deve pressupor o acolhimento e apoio para o enfrentamento do problema.

3.2 PERCURSO METODOLÓGICO

3.2.1 Caracterização do estudo

Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado “Limites e possibilidades dos sistemas de saúde locais no reconhecimento e enfrentamento das necessidades de saúde da população: o PSF no município de São Paulo” desenvolvido por pesquisadoras do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Desdobra-se no sentido de investigar as necessidades de saúde reconhecidas pelo PSF em relação às mulheres em situação de violência enquanto grupo social com necessidades específicas.

Caracteriza-se como estudo qualitativo, de caráter analítico, tendo Gênero, Violência de Gênero e Necessidades em saúde como categorias de análise. É qualitativo porque possibilita uma análise aprofundada sobre discursos, práticas e seus significados, assim como sobre a maneira como a sociedade se relaciona com as questões entre os sexos, dotados de significados que podem ser investigados nas

relações sociais, como no trabalho em saúde da mulher na perspectiva das transformações proposta pelo movimento social organizado que luta pela emancipação da mulher da opressão de gênero e que se pretende com este trabalho incorporar esse significado às práticas profissionais em saúde propostas pela atual política de saúde no país.

Partimos do pressuposto fundamental de que as práticas sociais no âmbito do trabalho em saúde podem reproduzir as condições de dominação ou agir no sentido de transformá-las. Portanto, o trabalho pode qualificar a assistência em saúde a partir dos saberes e técnicas que veiculam as ideologias no sentido de legitimar ou superar as condições de saúde das mulheres. Tal pressuposto representa a integração das categorias e conceitos acerca de gênero, violência de gênero e necessidades em saúde no âmbito do trabalho em saúde.

Desse modo, a integração desses quadros conceituais é a base teórica e metodológica norteadora deste estudo. As teorias críticas das referidas categorias de análise permitem explicar a estreita relação entre Sociedade, Estado e Saúde; a importância da ciência e da atividade política dos seres humanos nas suas relações sociais, entre as quais se encontram as relações sociais entre os sexos e as relações de trabalho; os limites do positivismo como concepção filosófica dominante, orientando a produção do saber na área da saúde; as contradições produzidas nas relações sociais determinantes do processo saúde-doença das mulheres; e os limites e as possibilidades de superação do modelo de assistência dominante na área da saúde.

O referencial teórico-metodológico comporta a compreensão de que as Instituições Sociais, como os Serviços de Saúde, são produzidas na prática social concreta assumindo significados com base nas tramas que os sujeitos constroem no tecido social por meio do trabalho socialmente organizado para atender necessidades em saúde. Nessa atividade, produzem também as contradições que impulsionam ou retardam as transformações nessa área. Desse modo, para investigar os limites e as possibilidades de mudança transformadora do modelo de assistência tradicional à saúde da mulher, e aqui a atenção à saúde das mulheres que vivenciam violência, sob o eixo teórico metodológico da abordagem de Gênero recorre-se também às necessidades em saúde como categoria capaz de favorecer a análise das articulações entre o que se anuncia como horizonte de possibilidade no plano da política com o que se realiza na prática do trabalho em saúde, no cenário deste estudo.

3.2.2 O cenário do estudo

O presente estudo teve como cenário de investigação a Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim Comercial, localizada no Distrito de Capão Redondo e que, juntamente com as demais 74 Equipes de Saúde compõem a ESF do Distrito. O Distrito de Capão Redondo é considerado uma das áreas com maiores índices de violência e exclusão social no município de São Paulo.

Até o momento da investigação, a UBS contava com 09 equipes de Saúde da Família, distribuídas em micro áreas caracterizadas pelas cores: Laranja, Verde, Lilás, Azul, Cinza, Vermelha, Prata, Branca, Amarela e Grafite, sendo cada equipe responsável, em média, por 900 a 1.000 famílias (Brasil, 2008).

As equipes Verde, Laranja, Azul, Cinza, Vermelha, Prata e Amarela são constituídas por profissionais que compõem a equipe mínima para a Estratégia Saúde da Família: um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. As equipes Branca, Grafite e Lilás, além dos profissionais citados, são compostas também por um cirurgião dentista e um auxiliar de consultório dentário. Vale salientar que estes profissionais, mesmo compondo três das nove equipes, atendem à demanda proveniente de todas as microáreas.

Além das Equipes de Saúde da Família, a UBS conta também com um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) composto pelos seguintes profissionais: um médico psiquiatra, um médico pediatra, um médico ginecologista, uma nutricionista, um educador físico, duas terapeutas ocupacionais, uma fonoaudióloga e um psicólogo.

Quanto às instalações físicas, a UBS conta com sete consultórios, uma sala para a odontologia, sala de curativo, sala de imunização, sala de nebulização e sala para repouso ou observação. Além disso há o serviço de vigilância em saúde e posto de coleta de materiais biológicos, serviços de apoio, como central de esterilização de materiais, farmácia e serviço de prontuário de paciente.

Dados referentes à caracterização mais detalhada do território no qual está inserido o cenário do estudo serão apresentados nos resultados, pois foram produzidos na fase de aproximação com o campo de estudos e captação da realidade objetiva e são resultado do olhar da pesquisadora sobre o território para compreender

a articulação da estrutura social com os fenômenos revelados no processo de investigação.

3.2.3 Sujeitos da pesquisa e Produção do material empírico

3.2.3.1 A fase de aproximação com o campo de estudos

A UBS Jardim Comercial constituiu um cenário fértil de pesquisas realizadas dentro do projeto do qual este estudo é parte. Nas oportunidades de contato com as pesquisadoras, os profissionais de saúde que integram esse serviço mostraram-se abertos à participação em pesquisas, demonstrando também interesse no acesso ao conhecimento produzido para o aprimoramento das práticas profissionais.

Considerando que a pesquisadora do presente estudo ingressou no referido projeto em sua segunda fase, julgamos necessária uma fase de aproximação com o campo, uma vez que a aproximação do pesquisador com a realidade estudada proporciona um olhar mais completo e uma melhor integração entre pesquisador e pesquisados. Essa relação é importante especialmente em estudos qualitativos para a compreensão mais aprofundada dos significados que conformam a realidade pesquisada.

A fase de aproximação com o cenário de estudos foi constituída pela observação participante das práticas desenvolvidas, de modo a compreender como a violência adquire significado naquele universo. Nessa etapa, a pesquisadora passou a observar, mediante autorização prévia da Coordenadoria Regional de Saúde Sul e gerência da UBS, as atividades cotidianas do trabalho das equipes de saúde. No decorrer desse processo, essa aproximação passou a integrar uma importante ferramenta de captação da realidade para a compreensão da dinâmica de trabalho da UBS, assim como para o estabelecimento de uma relação de confiança entre a pesquisadora e os profissionais de saúde, o que foi importante para o processo de entrevistas em profundidade.

A fase de aproximação com o campo de estudos teve duração de 30 dias e constou de observação do cotidiano na recepção da UBS; participação em visitas domiciliárias com as equipes, visitas a ONGs da região, participação em reuniões com grupos educativos, participação em reuniões com as equipes de saúde, conversas

com usuários e profissionais do serviço e participação em consultas individuais e atendimentos em grupo, mediante prévia autorização e consentimento dos usuários e profissionais envolvidos.

3.2.3.2 As entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde

O material empírico foi produzido por meio de entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de saúde e mulheres usuárias do serviço de saúde. Como instrumento para implementação dessa técnica, foi utilizado roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndices 1 e 2), com questões norteadoras que serviram de guia no processo de apreensão da realidade a partir dos depoimentos dos sujeitos.

No processo de aproximação com o campo, foi solicitado à gerência, um espaço da reunião semanal que reunisse todos os profissionais para que o projeto de pesquisa fosse apresentado. Nessa oportunidade, foram convidados todos os profissionais a participar do estudo. Subseqüentemente, à medida em que alguns profissionais de saúde estabeleciam contato com a pesquisadora, espontaneamente falavam sobre suas histórias e experiências vivenciadas no atendimento às mulheres. Em ocasiões como essas, os profissionais eram novamente convidados a participar das entrevistas em profundidade a serem realizadas em um momento oportuno e previamente agendado.

Essa dinâmica fez com que o critério de seleção dos sujeitos da pesquisa acontecesse aleatoriamente, por conveniência dos sujeitos. Nesse processo, participaram da pesquisa aqueles profissionais que demonstravam interesse e disponibilidade em participar das entrevistas. Assim, na medida em que os profissionais relatavam suas experiências, também buscávamos conhecer os demais integrantes da equipe e também profissionais de outras equipes significativamente mencionados, ocasião em que também eram entrevistados aqueles profissionais que demonstravam interesse em participar do estudo.

Por outro lado, alguns profissionais demonstravam interesse pela temática da pesquisa, porém mencionavam nunca ter atendido algum caso de violência. Porém, na medida em que contavam relatos de atendimento a mulheres que marcaram sua trajetória profissional, alguns apresentavam em seus relatos fortes marcas de uma situação de violência vivenciada pela mulher atendida. Outros profissionais não

realizaram a entrevista por afirmar nunca ter atendido ou não se lembrar de nenhum caso relacionado a uma situação de violência ou atendimentos a mulheres que marcaram sua trajetória profissional. Essa particularidade mostrou que a definição do que é violência está fortemente vinculada à compreensão singular de cada sujeito, atrelada ao contexto histórico e cultural no qual ele está inserido. Ao mesmo tempo, verificamos que proporcionar espaços para a discussão sobre o tema, a exemplo da participação de um processo de entrevista em profundidade, em alguns casos pode ampliar o campo de compreensão relacionado à temática.

Ao serem entrevistados, vários profissionais das equipes de Saúde da Família, mencionaram como estratégia de intervenção no problema da violência o encaminhamento para a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é parte integrante da UBS. Essa particularidade fez com que incluíssemos esses profissionais também como sujeitos do estudo, de modo a ter uma visão mais ampliada do atendimento da ESF às mulheres quando falamos em violência de gênero e necessidades em saúde.

A fase de campo do estudo revelou a violência como um fenômeno que está presente em todos os espaços no serviço de saúde, é concreto, pois mencionado por profissionais e usuárias, porém, invisibilizado enquanto demanda do serviço de saúde, corroborando o que os estudos com recorte semelhante têm detectado.

Dentre os profissionais de saúde que compõem a ESF da UBS Jardim comercial e o NASF, foram entrevistadas 22 pessoas, entre elas: cinco enfermeiras, seis médicos, quatro técnicos de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional e uma fonoaudióloga.

A seguir, serão apresentadas algumas características sócio-demográficas dos profissionais sujeitos desta investigação:

Em relação à faixa etária, a idade dos profissionais variou entre 21 e 55 anos, sendo oito profissionais entre 21 e 35 anos, 12 profissionais com idade entre 36 e 50 anos e três com idade acima de 50 anos. Quanto ao sexo, oito profissionais eram do sexo masculino e 15 do sexo feminino. Em relação à escolaridade, 15 profissionais tinham concluído o ensino superior, sendo que dentre, esses, 13 tinham pós graduação; dois estavam cursando o ensino superior e seis haviam concluído o ensino médio. Entre os profissionais com cursos de pós-graduação, seis tinham formação complementar na área de saúde pública ou PSF. O tempo de atuação dos

profissionais na área da saúde variou entre quatro meses e trinta anos, sendo que, especificamente no PSF, esse tempo variou entre quatro meses e 11 anos. Quanto ao estado civil, na ocasião da pesquisa, sete eram solteiros, 12 casados, dois desquitados, um divorciado e um viúvo. Oito dos profissionais não possuíam filhos, sendo que os possuíam de um a cinco filhos, com uma média de dois filhos.

Em relação às equipes nas quais os profissionais atuavam foram três profissionais da equipe azul, três da equipe amarela, dois da equipe lilás, quatro da equipe prata, um da equipe laranja, um da equipe grafite, um da equipe branca, um da equipe verde, um da equipe vermelha e cinco do NASF. Cabe aqui ressaltar que, em relação às equipes das quais foi entrevistado apenas um profissional, embora outros profissionais dessas equipes tenham sido convidados a participar da pesquisa, não realizaram o processo de entrevista ou por indisponibilidade de tempo, ou por afirmarem nunca ter atendido ou não se lembrar de nenhum caso de violência do qual tenham tomado conhecimento ou de algum caso marcante de atendimento a mulheres, não demonstrando interesse em participar da pesquisa.

3.2.3.3 As entrevistas com as mulheres usuárias do serviço de saúde

Ao entrevistar os profissionais do NASF, a prática de atenção em saúde mais referida enquanto intervenção foi o encaminhamento para o “Grupo Projeto de Vida” que na prática é uma terapia de grupo realizada pelo psicólogo e pela terapeuta ocupacional da equipe do NASF. Esse grupo é constituído por homens e mulheres com algum transtorno de ordem psicológica que são encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família para o NASF. Os profissionais agendam um atendimento com esses usuários e, mediante a necessidade de participação no grupo, os convidam a participar semanalmente dos atendimentos grupais. Após tomar conhecimento do grupo, foi solicitada autorização dos profissionais e usuárias para a participação da pesquisadora nas reuniões semanais. Na UBS Jardim comercial, no período de desenvolvimento da pesquisa, o grupo era freqüentado só por mulheres e sua dinâmica é mediada por um pacto de sigilo e confiança entre as participantes.

No processo de participação no grupo, as mulheres se sentiam à vontade para falar de sua vida e de suas questões mais profundas. Assim, eram fortemente perceptíveis as questões de gênero, a opressão feminina e a violência, moldando toda

a dinâmica de vida dessas mulheres e determinando inclusive o processo de adoecimento que as levou àquele espaço. Essa compreensão visibilizou uma necessidade: a de ouvir as mulheres usuárias do serviço de saúde.

Na proposta inicial do estudo, esta etapa não estava prevista, porém, como o estudo qualitativo toma forma também quando imerso na realidade objetiva, emergiu a necessidade de ouvir as mulheres, de modo a ter uma compreensão ampliada acerca de suas necessidades e relacioná-las com a atenção a saúde. Assim, foi solicitado um adendo ao Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP relativo à autorização para a realização de entrevistas em profundidade com as mulheres usuárias do serviço de saúde. Após a fase de aproximação com o campo e de entrevistas em profundidade com os profissionais, foi iniciada a fase de entrevistas com as mulheres usuárias da UBS Jardim Comercial.

Foi solicitada autorização a todas as mulheres integrantes do “Grupo Projeto de Vida”, após a explicação da pesquisa e de seus objetivos e finalidades, uma vez que alguns aspectos, mesmo que mínimos, sobre o grupo poderiam ser mencionados no estudo. Ao mesmo tempo, foram convidadas todas as mulheres a participar do processo de entrevistas, individualmente. Concomitante ao processo de entrevistas realizado com as mulheres do “Grupo Projeto de Vida”, também foram realizadas entrevistas com as mulheres que buscaram o serviço para algum outro tipo de atendimento, de modo que no período de 11/01/2010 a 22/02/2010 realizamos as entrevistas com as usuárias do serviço, seguindo o critério de saturação dos dados (Minayo, 2006).

As mulheres foram selecionadas aleatoriamente, de modo que convidamos as mulheres participante do Grupo Projeto de Vida e também mulheres que, no mesmo período, que aguardavam outros tipos de atendimento no setor de espera da UBS e tinham disponibilidade de tempo e interesse em responder um questionário preliminar de identificação da vivência de violência. Esse questionário foi baseado no *Abuse Assesment Screening* (McFarlane, 1992), questionário utilizado para rastrear violência em mulheres grávidas. Desenvolvemos um questionário resumido e adaptado (Apêndice 3) devido à necessidade de sua utilização com o intuito exclusivo de seleção de sujeitos para a pesquisa, com vistas a detectar mulheres que vivenciam violência e são atendidas no serviço de saúde, cenário do estudo. Assim, não nos propomos a realizar uma análise com base nesse questionário preliminar.

Versão semelhante foi anteriormente aplicada em estudo qualitativo de Schraiber (2003). É importante ressaltar que, de modo a evitar possíveis vieses relacionados a conexões diretas, a palavra violência, propriamente dita, aparece apenas na última pergunta do questionário, quando foi indagado se as mulheres consideravam ter sofrido violência na vida.

Ao responder o questionário, uma vez identificada a vivência de violência de gênero, as mulheres eram convidadas a participar da entrevista em profundidade. Caso tivessem disponibilidade de tempo, eram conduzidas a um consultório individual para a realização da entrevista naquele mesmo momento, caso contrário, havendo interesse das mulheres, a entrevista era agendada de acordo com a sua disponibilidade de tempo e interesse.

As entrevistas duraram em média 40 minutos e foram permeadas por uma forte carga emocional das mulheres ao falar sobre a violência vivenciada e o sofrimento decorrente. O processo foi guiado por um roteiro norteador semi-estruturado com questões que contemplavam o relato de episódios marcantes de violência vivenciados ao longo da vida, assim como questões sobre necessidades em saúde e sobre a relação entre os serviços de saúde e o enfrentamento da violência e das necessidades relacionadas.

O questionário preliminar foi aplicado a 25 mulheres, entre as quais 19 responderam “sim” a pelo menos uma das perguntas que identificavam vivência de violência. Entre estas 19 mulheres, uma não quis realizar a entrevista em profundidade, três não tinham disponibilidade de tempo para realizar ou agendar a entrevistas e duas não compareceram à entrevista agendada. Entre as seis mulheres que responderam “sim” a alguma das perguntas e que não foram entrevistadas, todas afirmaram considerar ter vivido violência na vida e responderam sim a questões referentes à violência psicológica (duas mulheres), violência física e psicológica (três mulheres) e violência psicológica e sexual (uma mulher).

Assim, participaram das entrevistas em profundidade 13 mulheres. Em relação à faixa etária, as entrevistadas tinham entre 22 e 59 anos. Cinco tinham o ensino fundamental incompleto, três o ensino médio completo, três o ensino médio incompleto, uma era alfabetizada e uma tinha o ensino superior completo. Sete eram casadas, duas solteiras e quatro declararam conviver maritalmente com um companheiro. Em relação à ocupação, cinco se declararam do lar, uma diarista, uma

cozinheira, uma agricultora, uma passadeira, uma vendedora, uma estudante e uma supervisora de empresa. Oito se declararam católicas, duas evangélicas e três cristãs. Em relação à renda familiar, a média de ganhos foi de dois salários mínimos por mês. Tinham de 0 a 5 filhos.

Em relação às situações de violência vivenciadas, oito foram perpetradas pelo cônjuge atual ou anterior; uma pelo pai; uma pelo tio; uma pelo pai e um irmão; uma pelo irmão; e uma pelo sobrinho e por um desconhecido. Seis responderam sim à pergunta referente à violência psicológica e sexual; três à violência física e psicológica; duas a violência psicológica e duas à violência psicológica, física e sexual. Destas, apenas duas responderam “não” quando questionadas se consideravam ter vivido violência na vida, mesmo tendo respondido sim a questões referentes à violência psicológica e sexual.

3.2.4 Tratamento e análise do material empírico

Após as entrevistas, os depoimentos das participantes foram transcritos na íntegra, acompanhados de várias escutas das gravações e leituras das anotações das observações, de modo que não se perdessem aspectos relevantes para a interpretação e análise. Subseqüentemente, passamos às re-leituras dos textos e à identificação dos temas sob o enfoque de gênero e sobre as necessidades em saúde. Os temas identificados sobre as categorias gênero e necessidades de saúde possibilitaram a organização dos núcleos de sentido, pelo agrupamento dos sub-temas que apontaram o sentido dos discursos sobre as necessidades em saúde reconhecidas e respectivas práticas para o enfrentamento das necessidades em saúde das mulheres que vivenciam violência (Bardin, 2008).

Em seguida, foi feito o recorte dos textos que continham os temas e sub-temas que se relacionam aos objetivos propostos neste estudo. Para tanto, os textos foram decompostos e organizados em blocos de significados e dispostos por coincidência ou divergência temática. Em todo o processo de análise e discussão, o material empírico foi relacionado com a literatura pertinente, para ancorar as posições sociais nele reveladas e permitir a construção das categorias que explicam o fenômeno investigado.

Partimos do pressuposto básico de que texto é um todo organizado de sentidos e objeto lingüístico e histórico, havendo três planos na estrutura do texto, nos quais se busca o seu significado: o plano superficial (significados concretos e diversificados); o intermediário (valores com os quais os sujeitos entram em acordo/desacordo); e o plano profundo (significados mais abstratos, discurso). A linguagem e o trabalho são categorias que transformam a realidade e somente o ser humano exerce domínio sobre elas e, por meio delas, desempenha o poder criador/transformador do mundo e afirma o discurso como posição social a ser analisada (Fiorin, 2006).

Assim, entender um discurso é compreender o tema que subjaz ao texto figurativo. O tema explica os elementos concretos que estão distribuídos ao longo dos textos, no percurso figurativo ou no encadeamento das figuras, dando unidade aos elementos dispostos quando os explica, pois, segundo Fiorin (1998, p. 77),

a análise do discurso vai, à medida em que estuda os elementos discursivos, montando por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso. Depois mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada. A análise, embora não negue a relativa autonomia do discurso, não o vê como uma autarcia, pois, a chave para sua inteligibilidade última não está nele mesmo, mas na formação ideológica que o governa. As determinações últimas do texto estão nas relações de produção. O itinerário pelo discurso não se esgota no interior do próprio discurso, mas se projeta na história. É preciso levar em conta o intertexto para ler o texto.

Ainda, segundo o mesmo autor os textos são analisados, não para se responsabilizar individualmente as pessoas, mas para se identificar determinadas posições sociais que se manifestam discursivamente no interior da sociedade, marcadas pela ideologia, de modo que,

enquanto o discurso é a materialização das formações ideológicas, sendo por isso determinado por elas, o texto é unicamente o lugar de manipulação consciente, em que o homem organiza, da melhor maneira possível, os elementos de expressão que estão à sua disposição para veicular seu discurso. O texto é, pois, individual, enquanto o discurso é social. (Fiorin, 1998, p. 41).

Para percebermos a reiteração, segundo essa técnica, agrupamos os elementos significativos, as figuras ou os temas que se confirmavam num mesmo plano de significado, percorrendo o texto inteiro numa tentativa de localizar todas as recorrências, isto é, todas as figuras e temas que conduzem a um mesmo bloco de significação. A identificação/rejeição dos sujeitos discursistas com os diversos temas por eles referidos informa seus valores, crenças, anseios e expectativas (dos sujeitos discursistas) que revelam a visão de mundo do enunciador. Desse modo, o texto pode ser compreendido como um tecido no qual procuramos a organização dos seus fios, suas tramas, ou seja, o arranjo que lhes confere significado na malha social.

Seguindo essa orientação metodológica de análise, identificamos os temas emergentes dos discursos que permitiam a organização dos blocos de significação que orientaram a construção das seguintes categorias empíricas: **a violência de gênero na vida e no discurso das mulheres usuárias do serviço de saúde; mulheres e violência: a realidade invisível no cotidiano do trabalho em saúde; Necessidades: o que reconhecem os profissionais de saúde?; e práticas profissionais e respostas às necessidades de saúde: identificando limites, vislumbrando potencialidades.** A categoria **necessidades: o que reconhecem os profissionais de saúde?** foi subdividida nas subcategorias: **necessidades relacionadas às condições de vida: o contexto de exclusão social do território determinando violência e necessidades; necessidades que remetem à autonomia como necessidades estruturantes para o enfrentamento da violência de gênero; As necessidades relacionadas à dicotomia bio-psico: a medicalização das necessidades em saúde; A dimensão relacional do trabalho em saúde: necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos como possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência.**

Todo o processo de tratamento, análise e discussão teve suporte no referencial teórico metodológico, no qual gênero, violência de gênero e necessidade sem saúde serviram de guias da análise. A utilização desses enfoques como categoria analítica visa a enriquecer o marco teórico explicativo, sendo necessária à complexidade do fenômeno. Desta forma, os discursos dos profissionais aproximados com a lente das categorias analíticas citadas, passam a compor mais

uma informação no elenco de conhecimento construído para possibilitar transformações na prática profissional em relação às mulheres (Fonseca, 2007).

3.2.5 Aspectos éticos

O estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo os seres humanos. O projeto obteve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo sob o processo número 822/2009/CEP/EEUSP (Anexos 1 e 2).

No momento de cada entrevista, assim como antes da observação das práticas profissionais, reuniões de equipe, assim como reuniões do “Grupo Projeto de Vida”, a todos os participantes foram apresentados o tema e os objetivos da pesquisa. Posteriormente, foi realizada a leitura cuidadosa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndices 4 e 5) relativo à sua participação na pesquisa e solicitada sua assinatura mediante interesse dos sujeitos a serem observados ou entrevistados. Foi assegurado a todos os participantes o anonimato e a garantia de que as informações seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 O OLHAR SOBRE O TERRITÓRIO: CAPTANDO A REALIDADE PARA COMPREENDER OS FENÔMENOS QUE NELA SE REPRODUZEM.

O reconhecimento da realidade organizacional e do funcionamento dos sistemas de saúde de um determinado território é premente para a compreensão de como os processos de trabalho em saúde captam e atendem as necessidades da população. Assim, é importante o conhecimento dos contextos em que se processam essas práticas. Nesse sentido, serão apresentadas características do cenário do estudo, no que diz respeito a aspectos sócio-demográficos e à situação de saúde da população da região de Campo Limpo, mais especificamente do distrito Capão Redondo e da UBS Jardim Comercial, que constitui o território nos qual se insere o campo de práticas onde observamos a realidade buscando respostas para as questões deste estudo.

O município de São Paulo está dividido, administrativamente, em trinta e uma subprefeituras e seu Sistema de Saúde está organizado em cinco Coordenadorias Regionais de Saúde. Vinculadas às subprefeituras e, sob deliberação da Secretaria Municipal de Saúde, essas Coordenadorias são responsáveis pela gestão do SUS (São Paulo, 2002).

O presente estudo foi desenvolvido na Supervisão de Área de Saúde Campo Limpo, da Coordenadoria Sul, constituída pelos distritos de Campo Limpo, Vila Andrade e Capão Redondo (Figuras 1 e 2).

Figura 1 - Mapa do município de São Paulo com destaque na região da subprefeitura do Campo Limpo, São Paulo - 2004 .

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2004.

Disponível em:

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002 .Acesso em: 27 nov. 2009

Figura 2 – Mapa da subprefeitura do Campo Limpo com seta indicando o Distrito de Capão Redondo, São Paulo - 2004 .

Fonte: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE), 2004.

Disponível em:

http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002 .Acesso em: 27 nov. 2009

Localizada na região Sudoeste da cidade, a subprefeitura de Campo Limpo constitui uma área de 36,7 Km², com densidade demográfica de 15,269,318hab./km², o que a caracteriza como uma região de alta densidade populacional. Especificamente, o distrito de Capão Redondo caracteriza-se como distrito de maior densidade demográfica da cidade de São Paulo, com 19.421.08 hab/km² (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados- SEADE, 2008).

De acordo com dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação da Prefeitura Municipal de São Paulo (CEInfo), a Coordenadoria Sul registra um total 2.441.285 habitantes, sendo que 22, 67 % residem na região da Supervisão de Campo Limpo, sendo distribuídos entre os distritos da seguinte forma: Capão Redondo: 270.826 habitantes; Campo Limpo: 213.197 Habitantes e Vila Andrade: 97.834 habitantes (CEInfo, 2008).

Em relação à distribuição da população segundo faixa etária. Observa-se um elevado número de crianças de 0 a 4 anos e jovens concentrado nas faixas etárias entre 15 e 29 anos, homens e mulheres, apresentando uma tendência a redução quando observamos as faixas etárias mais elevadas (Figura 3). Essa característica talvez corrobore com os dados da Prefeitura Municipal de São Paulo, que revelam uma elevada taxa de mortalidade por causa externas.

Figura 3 - Pirâmide populacional da Subprefeitura do Campo Limpo, São Paulo- 2004

Fonte: Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Sumário de dados do município de São Paulo 2004. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002.

Acesso em: 27 nov. 2009.

A subprefeitura de campo Limpo foi revelada em 2005 como uma região classificada entre os mais baixos índices de saúde do Município de São Paulo, apresentando, um índice de 0,48. A pesquisa revela, entre os anos de 2003 e 2004, uma queda de quatro posições na classificação relacionada ao Índice de Saúde das subprefeituras do município de São Paulo, com uma diferença de 0,461 pontos em relação à subprefeitura de maior Índice de Saúde (Pinheiros, com IS de 0,998). Entre os indicadores utilizados no cálculo do índice de saúde, as mortes por causas externas apontam para 68,8; um Coeficiente de Mortalidade Infantil de 11,7; Mortalidade Precoce por Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) de 36,6 e um coeficiente de incidência por tuberculose de 61,2 (CEInfo, 2006).

As principais causas de óbito na Região, segundo dados da Coordenação de Epidemiologia e Informação (CEInfo, 2008), foram, em ordem decrescente, doença isquêmica do coração, câncer e homicídios. Os dados trazem ainda um elevado percentual para óbitos por causas externas, destacando estas como a terceira causa de morte na Supervisão de Saúde de Campo Limpo, sendo os agravos de maior incidência os homicídios e, em segundo lugar, os acidentes de trânsito. A análise dos dados por sexo destaca uma maior incidência dessas mortes em indivíduos do sexo masculino. A tabela 1 apresenta a distribuição de óbitos segundo causa e sexo para o ano de 2007.

Tabela 1 - Distribuição de óbitos masculino e feminino segundo causa. Campo Limpo, São Paulo-2007

Causa (Cap CID-10)	Masculino	Feminino	Total
TOTAL	1192	915	2107
I.Algumas doenças infecciosas e parasitárias	55	47	102
II. Neoplasias(tumores)	207	189	396
III.Doenças de sangue	4	5	9
IV.Doenças endócrinas	40	36	76
V.transtornos mentais	9	3	12
VI.Doenças do sistema nervoso	26	31	57
IX.Doenças do aparelho circulatório	349	341	690
X. Doenças do aparelho respiratório	114	86	200
XI.Doenças do aparelho digestivo	76	43	119
XII. Doenças da pele e do tecido subcutâneo	1	2	3
XIII.Doenças sist. Osteomuscular e tc. Conjuntivo	1	7	8
XIV. Doenças do aparelho geniturinário	15	23	38
XV. Gravidez, parto e puerpério	-	1	1
XVI. Infecções originadas do período perinatal	43	27	70
XVII. Malf. Cong., deformid e anomal. Cromoss.	11	17	28
XVIII.Sint sinais e ach anorm, ex clin e laborat	23	15	38
XX.Causas externas de morbidade e mortalidade	218	42	260

Fonte:SIM-Sistema de Informações sobre Mortalidade- Município de São Paulo, 2007

A Fundação SEADE destaca como importantes indicadores sociais: taxa de mortalidade infantil de 13,7 por mil nascidos vivos, número considerado alto quando comparamos com o município de São Paulo como um todo (12,6); o número de

nascidos vivos no ano de 2007 foi de 9.322; 14,21% das gestantes eram menores de 19 anos; 24,26% da população reside em favelas; a taxa de analfabetismo chega a 7%, superando a do município de São Paulo (4.88%); a média de anos de estudo dos chefes de família é de 6,59 anos e o rendimento mensal de 55,96% destes é de 5 salários mínimos (SEADE, 2007).

Dados divulgados pela Fundação SEADE (2002) sobre segurança pública no município de São Paulo revelam a 6ª Delegacia seccional de polícia (DP) , onde está inserido o distrito de Capão Redondo, como a terceira em maior número de ocorrências de crimes contra a pessoa, no município de São Paulo (14.448 de 98.849). Chama atenção o fato de que a Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) dessa seccional, a 6ª Delegacia de Defesa da Mulher, de Santo Amaro, a mais próxima na região do Capão Redondo, é que registra o maior número de crimes no município de São Paulo, com 4.730 casos no ano 2002, período mais recente cujos dados estão disponibilizados (Tabela 2).

Tabela 2 - Crimes Contra a Pessoa, por Tipo, segundo Delegacias Seccionais e Distritos Policiais Município de São Paulo, São Paulo- 2002.

Delegacias Seccionais e Distritos Policiais	Tentativa de Homicídio	Homicídio Doloso	Homicídio Culposo	Lesão Corporal Dolosa	Lesão Corporal Culposa	Outros	Total
TOTAL MUNICÍPIO DE SÃO PAULO	14	-	-	7.429	22	10.449	17.914
1º DP Defesa da Mulher (Parque D. Pedro)	2	-	-	1.294	4	1.078	2.378
2º DP Defesa da Mulher (Vila Mariana)	1	-	-	319	6	689	1.015
3º DP Defesa da Mulher (Jaguapé)	2	-	-	722	2	1.140	1.866
9º DP Defesa da Mulher(Pirituba)	-	-	-	531	-	1.219	1.750
4º DP Defesa da Mulher (Freguesia do Ó)	1	-	-	958	2	1.336	2.297
5º DP Defesa da Mulher (Pq São Jorge)	-	-	-	499	1	460	960
6º DP Defesa da Mulher (Santo Amaro)	3	-	-	1.917	2	2.808	4.730
7º DP Defesa da Mulher (São Miguel)	5	-	-	1.189	5	1.719	2.918
8º DP Defesa da Mulher (Jardim Marília)	1	-	-	835	-	760	1.596

Fonte: Secretaria da Segurança Pública - SSP/Delegacia Geral de Polícia - DGP/ Departamento de Administração e Planejamento - DAP/ Núcleo de Análise de Dados; Fundação SEADE.

O Distrito de Capão Redondo não dispõe de uma DDM e a DP do Distrito (47ª DP) registra o maior numero de crimes contra a pessoa, entre as DP comuns da Seccional (1.437). Esses dados revelam o território como um dos mais violentos do

município de São Paulo. Vale ressaltar que esses dados estão suscetíveis ao viés da notificação, mas, se a violência em nossa sociedade ainda é um fenômeno subnotificado, esses números oficiais indicam a violência como uma importante problemática no território (SEADE, 2002).

No âmbito dos serviços de saúde, no que tange à notificação da violência doméstica da região, há grande dificuldade em levantar dados. Essa limitação pode ser explicada pela escassez de estudos e também por uma possível subnotificação da violência pelos serviços de saúde.

De acordo com o Sistema de Informação para a Vigilância de Violência e Acidentes, o Hospital de Campo Limpo está entre os três principais notificadores de violência de uma maneira geral da cidade de São Paulo, sendo, juntamente com os Hospitais de Tatuapé e São Miguel responsáveis por 58,7% das notificações no município. O Hospital do Campo Limpo está em primeiro lugar no ranking de agressão por terceiros e auto agressão, com 1875 e 287 casos respectivamente no período de junho de 2008 a julho de 2009 (São Paulo, 2009).

No âmbito das unidades de atenção primária, como as UBS e as unidades de atendimento médico e ambulatorial (AMA), os 28 serviços da região de Campo Limpo, notificaram, de junho de 2008 a julho de 2009, 22 casos, o que se traduz em uma média de 0, 79 notificações de violência por UBS/AMA em um ano. A notificação da violência nesse âmbito representa um universo importante, uma vez que a violência doméstica é considerada agravo prioritário para a vigilância em saúde. Porém, os dados comprovam que a violência vem se apresentando em formas mascaradas, exigindo da unidade de saúde uma melhor capacidade de captação e acolhimento do problema no âmbito da Atenção Primária à Saúde, especialmente na Estratégia Saúde da Família (São Paulo, 2009).

A subnotificação da violência acometida no âmbito doméstico é referida nos estudos sobre a temática. Contudo a maioria desses casos só chega aos registros oficiais quando denunciadas às autoridades policiais. Todavia, desde o ano de 2003 a notificação da violência contra a mulher é compulsória para os serviços de saúde, mas por ser um fenômeno recorrente, cotidiano, que acontece no espaço privado das relações familiares e nem sempre leva a óbito, os serviços de saúde talvez não estejam dando a devida atenção (Brasil, 2003).

Desse modo a implementação da notificação da violência contra a mulher no âmbito da informação em saúde ainda consiste em um desafio, havendo expressiva subnotificação, assim como notificações incompletas, o que contribui para a invisibilidade de um determinante social do processo saúde-doença de mulheres em situação de violência de gênero. Entre os vários motivos que contribuem para a produção dessa invisibilidade estão: a recente discussão sobre violência no âmbito da saúde, o receio dos profissionais relacionado à falta de formação específica para lidar com o problema, a questão do sigilo profissional, entre outros motivos. A captação da violência e o acolhimento das mulheres por ela acometidas são limitados, uma vez que o tema envolve em sua complexidade aspectos do âmbito das relações interpessoais. Desse modo, quando se desvela uma situação de violência é desencadeada uma série de circunstâncias para o profissional de saúde, de ordem social, legal, moral e ética que os remetem a um maior recorte do objeto de trabalho em saúde, o que reforça de imediato a necessidade da ampliação deste campo para ações intersetoriais (São Paulo, 2009).

Se por um lado, as informações oficiais das delegacias revelam a violência contra mulheres como um problema significativo do território, nos dados oficiais dos serviços de saúde, principalmente na ESF, esse problema não é reconhecido, sendo ocultado tanto pela cortina dos homicídios por causas externas (acidente e violência) quanto pela agressão por terceiros não especificada. Desse modo, quando essa situação de violência não culmina com o óbito, o não reconhecimento do problema faz parecer que a realidade não tem significado para a área da saúde. Embora significativos, no que concerne à violência doméstica, os dados de mortalidade e morbidade hospitalar são limitados para a caracterização do perfil epidemiológico dos acidentes e violências, uma vez que as violências e acidentes que não chegam ao óbito ou internação não são captadas. Assim, problemas insidiosos, como a violência doméstica crônica, se apresentam de maneira camuflada nos serviços de saúde. Esta realidade também foi constatada no cenário do estudo (São Paulo, 2009).

4.1.1 O Distrito de Capão Redondo

Para este estudo, entre os três distritos administrativos que fazem parte do Campo Limpo, foi considerado o distrito do Capão Redondo. A escolha se deu pelo

fato de ser o distrito no qual se inserem os serviços de saúde que constituem campo de desenvolvimento do projeto de pesquisa do qual este estudo é parte. O desenvolvimento do referido projeto neste distrito ocorre, sobretudo pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), parceiro do projeto e responsável pela gestão das equipes de Saúde da Família do distrito estar ali localizados.

Com uma área de 13,6 Km² de extensão, o Distrito de Capão Redondo tem essa denominação dada ao bairro por seus primeiros moradores devido à existência de um capão de mato arredondado com cerca de 50 km de circunferência que havia no local na época de suas primeiras habitações. A partir de 1915, foi construído um complexo de represas no local, que existiu até a década de 1960 (Wikipédia, 2011). Atualmente, é possível visualizar no local do complexo apenas o conjunto habitacional adventista, duas avenidas e um córrego a céu aberto, à margem do qual habitam várias famílias em condições de vida precárias. O Distrito é habitado por famílias de diferentes classes sociais, porém, ainda que obras de infra-estrutura do município de São Paulo estejam transformando a região, a exemplo da linha 5 (lilás) no Metrô, um terço da população do Distrito ainda reside em favelas (Nakamura et al., 2008).

Até o ano de 2008, residiam no distrito de Capão Redondo 270.826 habitantes, numa densidade populacional de 19,54 hab/km², maior densidade do município de São Paulo com taxa de crescimento estimada de 2,9% ao ano. Esses indicadores sócio-demográficos são considerados altos, quando comparados com os indicadores gerais do município de São Paulo, que são de aproximadamente 7,3 hab/km² e crescimento de 0,8% ao ano, respectivamente (CEINFO, 2008).

O Capão Redondo é um distrito periférico, considerado dormitório e que já foi apontado como uma das áreas mais violentas da cidade de São Paulo, situação que vem se modificando nos últimos anos, devido a expressiva redução da mortalidade por homicídios na região (Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM), 2007). Porém, apesar disso, os dados ainda revelam um elevado percentual de mortes por homicídios, conforme citado anteriormente.

Em relação à renda familiar, de acordo com o censo demográfico de 2000, 32,4% das pessoas responsáveis pelos domicílios recebiam entre um e três salários mínimos, 15% viviam sem renda e 6,3% referiram renda superior a dez salários mínimos (SEADE, 2004). O índice de vulnerabilidade juvenil (IVJ) para a população

entre 15 e 19 anos no ano era de 67, valor que classifica esse grupo como entre os mais vulneráveis do município de São Paulo (SEADE, 2007).

De acordo com o INS (Índice de Necessidades de Saúde) elaborado com base em indicadores que refletem a identificação de áreas e grupos populacionais a serem priorizados para a oferta de serviços de saúde e políticas do município, o distrito de Capão Redondo ocupou, em 2007, a 14^a posição entre os distritos de alto INS, o que o fez ser apontado entre os prioritários para a oferta de equipamentos de saúde. As necessidades contempladas no Índice são expressas nas condições demográficas, epidemiológicas e sociais da população residente nos diversos distritos administrativos da cidade, refletindo a demanda potencial pelos serviços de saúde, permitindo a comparação das regiões da cidade segundo graus de necessidade de investimentos na área da saúde e podendo ser utilizado como subsídio técnico às decisões políticas para implantação de novos serviços. (CEINFO 2008).

Em relação à distribuição da massa salarial do emprego formal por setor de atividade econômica, no referido Distrito, 22,5% está alocado na indústria, 5,4% na construção civil, 24,1% no comércio e 48% em serviços, todos instalados fora do Distrito, pois o comércio é reduzido e na região não há indústrias. (SEADE, 2004).

Quanto à organização da rede municipal de saúde, o distrito do Capão Redondo conta com um pronto atendimento na UBS Jardim Macedônia, duas AMAs (Assistência Médica Ambulatorial), um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) adulto Jardim Lúcia; um Centro de Convivência Cooperativa (CECCO) Santo Dias e 11 Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS adotam a Estratégia Saúde da Família. Os recursos humanos para a ESF, sob gestão do parceiro (UNASP), consistem em 75 médicos, 75 enfermeiras, 150 auxiliares de enfermagem, 445 ACS e 78 assistentes técnicos administrativos. O hospital referência para o distrito é o Hospital de Campo Limpo, que, embora se localize bem próximo à região, pertence à região sob administração da subprefeitura de M'Boi Mirim, recebendo, assim, população das duas regiões, o que faz com que não consiga atender a demanda.

4.1.2 A Estratégia Saúde da Família no Distrito Capão Redondo.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) do Capão Redondo é constituída por 75 equipes de saúde distribuídas em 11 Unidades de Saúde da Família (Figura 4). As

UBSs estão sob a administração da Supervisão Técnica de Saúde do Campo Limpo que responde à Coordenadoria Regional de Saúde Sul e do Centro Universitário Adventista de São Paulo (UNASP), instituição parceira da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo que responde pela gestão do PSF, desde 2001.

Figura 4 - Mapa da distribuição das UBS nos bairros do distrito de Capão Redondo. Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo – Coordenadoria Regional de Saúde, São Paulo – 2008. Fonte: Coordenação ESF/UNASP, 2008.

O número de equipes de saúde da família, em cada UBS, encontra-se discriminado conforme a Tabela 03.

Tabela 3 – Unidades Básicas de Saúde e Equipes de Saúde da Família (SF) nos bairros do distrito de Capão Redondo. Supervisão Técnica de Saúde de Campo Limpo – Coordenadoria Regional de Saúde, São Paulo - 2008.

Unidade Básica de Saúde	Número de Equipes de SF
Jardim São Bento	09
Jardim Comercial	09
Jardim Marcelo	08
Jardim Maracá	08
Jardim Macedônia	07
Parque Engenho II	07
Jardim Lídia	06
Parque Fernanda	06
Luar do Sertão	06
Jardim Madalena	05
Jardim Germânia	03

Fonte: Coordenação ESF/UNASP, 2008.

4.1.3 A UBS Jardim Comercial

De acordo com o painel informativo da UBS e com os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) em setembro de 2009, a população residente na área adscrita à UBS Jardim Comercial era de 31.499 pessoas, estando 31.259 (99,2%) desse total cadastradas na UBS. Da população total, 14.524 são do sexo masculino e 16.735 do sexo feminino, perfazendo um total de 8.357 famílias atendidas. Da população infantil, estavam cadastradas 312 crianças menores de um ano, 4.697 entre sete e 14 anos, estando 87 (1,85%) dessas crianças fora da escola. O total de mulheres de 15 a 49 anos era de 9.696.

Em relação aos tipos de habitação, constavam 8.335 casas de tijolo, 13 de madeira, seis de material aproveitado, duas de taipa e uma de outros materiais. Quanto à estrutura urbana 99,2% das casas dispunham de energia elétrica, 99,87% tinham lixo coletado e 9,14% (764 casas) da região não dispõem de esgotamento sanitário.

Os dados do SIAB traziam no referido mês um total de 3.503 hipertensos, 98,34% acompanhados pelas equipes; 904 diabéticos (97,79% acompanhados); 19 casos de tuberculose acompanhados e um caso de hanseníase. Em relação às gestantes atendidas, do total de 278, 35 eram menores de 20 anos e 99,12% estavam sendo acompanhadas pelas equipes. Desse total, 91,15% haviam iniciado o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre de gestação.

A UBS Jardim Comercial situa-se num território considerado periférico, cuja população vive em situações críticas, representando significativo potencial de desgastes para processo saúde-doença. O uso abusivo de álcool e drogas, a violência, a criminalidade, o tráfico de drogas e as situações de privação e pobreza são problemas característicos das periferias das grandes cidades e também elencam significativamente o cenário do Capão Redondo. A esta situação está submetida parcela significativa da população, de modo que as características desta realidade é que vão moldar as necessidades de saúde das famílias e grupos que vivem neste território, além de exacerbar as desigualdades de gênero às quais estão sujeitadas as mulheres desta população.

Em relação aos dados que remetem à violência enquanto uma demanda do serviço de saúde, de acordo com a vigilância epidemiológica da UBS, nunca foi notificado nenhum caso de violência pelas equipes que atuam no serviço, embora os relatos dos profissionais e das mulheres usuárias do serviço remetam a esse problema. Esse dado reforça a subnotificação como um fator que contribui para a invisibilização da violência nos serviços de saúde anteriormente mencionadas.

As atividades desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família são:

- Consultas médicas e de enfermagem individuais
- Atividades educativas (grupo de reeducação alimentar, grupo de gestantes, grupo de crescimento e desenvolvimento; grupo de hipertensos e diabéticos; grupo de mães.
- Planejamento familiar
- Atendimento pré natal
- Grupo Projeto de Vida
- atendimentos individuais: terapeuta ocupacional, fonoaudióloga, fisioterapeuta e nutricionista
- Visitas domiciliares;
- Grupo Viva com Saúde (nutrição)

- Reuniões diárias intra-equipe
- Reuniões semanais entre as equipes e gerência da UBS
- Reuniões semanais de matriciamento das equipes com o NASF
- Agendamento de consultas no balcão
- Coleta de exames laboratoriais
- Exame de Papanicolaou
- Atendimento odontológico
- Farmácia básica
- Medicação e procedimentos de enfermagem (curativos, medicação injetável, nebulização, etc)
- Vacinas
- Vigilância Epidemiológica

4.2 A VIOLÊNCIA DE GÊNERO NA VIDA E NO DISCURSO DAS MULHERES USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

A determinação social do processo saúde-doença pressupõe uma relação dialética entre fenômenos que não são igualmente reproduzíveis em diferentes condições materiais, em um movimento que relaciona o geral, o particular e o singular. A categoria classe social foi classicamente utilizada como categoria chave para a compreensão do processo saúde-doença. Essa categoria configura tal importância, por ser capaz de expressar as diferenciações dos sujeitos sociais a partir da posição que eles ocupam na produção da vida material, ou seja, no trabalho. Assim, de acordo com a inserção nas diferentes classes sociais, determina-se um padrão de consumo fundamental para a compreensão das necessidades humanas, socialmente determinadas (Fonseca, 2005).

Ocorre que somente o entendimento da trama das relações sociais de produção, em relação dialética com as forças produtivas, não explica determinados fenômenos inscritos na construção e vivência dos sujeitos sociais, especialmente das mulheres. A incorporação do gênero na área da saúde é fundamental para a compreensão das desigualdades sociais e da qualidade que assume o processo saúde-doença em cada sujeito ou em cada grupo social a partir da vivência social do sexo.

A desigualdade de gênero constitui uma das grandes contradições da sociedade que se mantém ao longo da história da civilização e tem colocado as mulheres em um lugar social de subordinação (Fonseca, 2005).

Nesta categoria, são retratados fragmentos das histórias de mulheres que vivenciam violência, revelados pelos depoimentos das usuárias do serviço de saúde que constituiu o cenário deste estudo. Nessas histórias, as mulheres revelam a construção de gênero determinando a violência, a saúde, a produção e reprodução social, enfim, a vida das mulheres.

Diferente da violência que acomete os homens (perpetrada por desconhecidos, eventualmente e no espaço público), a violência quando praticada contra as mulheres, que tem o espaço doméstico como *locus* privilegiado, é parte do cotidiano, assumindo relação com a produção e reprodução social das mulheres. Os depoimentos que seguem revelam contradições relacionadas ao significado que o espaço privado das relações familiares representa para essas mulheres. Permeado pela violência, o lar, que tem um significado social relacionado à união e ao aconchego, no qual os sujeitos materializam maior parte da reprodução social, nos textos das participantes, assume um significado de espaço de desgastes e violência.

Eu já vivia tão violentada dentro de casa que a violência na rua pra mim não fazia medo, eu tava pra o que desse e viesse. (M1)

Quando eu retornava pra minha casa, já não era tão em paz. Vinha nervosa, preocupada, com stress do dia a dia, do trabalho, transporte. Esse stress aumentava mais ainda quando eu chegava em casa, porque eu encontrava o meu marido, pai dos meus filhos, num bar, muitas vezes já em casa bêbado e era aí que começava meu transtorno. Me xingava de tudo o que você pode imaginar, dizia que eu não estava trabalhando, que eu estava me prostituindo. Quando eu conseguia acalmar os meus filhos, ele vinha pra cima de mim, me batia.. (M1)

Eu só sou alegre quando eu saio de casa. Quando eu começo a subir aquela escada já começa a tristeza. Mas eu não posso ficar fora de casa vinte quatro horas por dia e só saio de casa pra ir no médico. (M5)

A violência de gênero pode se manifestar de vários modos e em diferentes graus de severidade. Suas formas mais visíveis e exacerbadas geralmente ocultam outras situações menos escandalosas, por se encontrarem prolongadas no tempo e protegidas por ideologias ou instituições aparentemente respeitáveis, a exemplo da instituição família, seu *locus* privilegiado. Porém, essas formas de violência

consideradas mais sutis, banalizadas e silenciadas no interior das relações conjugais, causam tantos ou mais danos às mulheres que suas formas de manifestações mais visíveis. Sendo um fenômeno multifacetado, a violência acomete as mulheres nas suas mais diversas formas de manifestação, como observado nos depoimentos a seguir.

Hoje eu não tenho violência como eu tinha, mas às vezes eu fico em casa e não tenho nada pra comer com minhas filhas, tendo meu marido, meu filho e minha filha que trabalham. Então, de um jeito ou de outro, é uma violência. Eu não tenho violência com agressão corporal, como antes, mas tenho violência com agressão espiritual, porque eles estão me agredindo de uma maneira psicológica. (M1)

Eu me sentia pra baixo. Ele achava que o homem era superior à mulher. Eu sempre deixava pra lá porque eu não ia discutir com o meu pai. Me impedi de muitas coisas. Ele tinha o jeito dele de pensar e eu não queria ir contra ele. Eu me podava de algumas coisas e sofria de certa forma porque ia contra minha vontade. (M3)

É levar pancada, apanhar de cabo de facão, chute na cara. Acho que foi até isso que ajudou eu perder a visão. Eu deixei ele agora, fez dois anos e sete meses. Agora vivo com um outro que é um ignorante. [choro]. (M5)

Eu era proibida de trabalhar no serviço que eu trabalhava. (M5)

Pelas palavras ele me machuca. O que eu posso fazer? Nada! E isso é triste, é dolorido, uma mulher ligar na sua casa, pedir pra falar com ele e ele ficar falando ali na sua frente. Quando acontecia isso, eu ligava o rádio, sabia que era ela e abria a boca do rádio. (M6)

Eu acho que o que mais me sobrecarrega é que tudo é por mim, conta, pagamento, tudo gira em volta da minha pessoa. (M7)

Todo dia ele falava pra mim que eu não prestava, que eu não era mulher pra ter filho, que não prestava nem pra dar um filho pra ele. (M9)

Quando as crianças eram pequenas, ele batia, eu não tinha defesa porque eu era sozinha, com duas crianças. Depois que eles cresceram que começou a mudar. Hoje, com palavras ele sempre agride, bêbado ou não. Quando ele quer agredir, por nada, ele agride, com palavras. Mas eu sou uma pessoa muito calma, relevo, passo por cima. (M13)

Os depoimentos das entrevistadas revelam violência nas suas múltiplas manifestações perpassando a vida das mulheres. Essas violências, na maioria das vezes, se sobrepõem e dificilmente acontecem isoladamente. Segundo Minayo (2006), em uma dinâmica familiar na qual se detecta algum tipo de abuso, frequentemente, existe uma inter-relação que expressa múltiplas manifestações da violência.

Os relatos que seguem trazem aspectos que revelam que a violência vivenciada na relação conjugal é acompanhada de uma história anterior de violência e privação vivenciada na família.

Casei com esse primeiro marido pra sair de casa, justamente porque meu irmão não deixava a gente sair, então eu me sentia presa. (M9)

Meu pai era um homem muito rígido, então tinha que sair, trabalhar, chegar em casa e dar o dinheiro pra ele[...]Eu lembro uma vez que eu trabalhava numa tecelagem, fazia tapete e tinha uma senhora que ela vendia fruta. Me deu vontade de comprar mexerica e eu tive que pagar. Cheguei em casa faltando dinheiro e ele me deu uma surra, que eu cheguei a desmaiar. (M12)

Minha mãe saía e minha irmã me batia, aí quando minha mãe chegava me batia de novo. Então a gente teve muita briga entre a gente, a gente brigava muito. (M11)

Sendo a esfera privada aquela que exprime predominantemente a violência de gênero, no âmbito público, a violência de gênero também assume diversas formas de expressão, a exemplo da violência no trabalho e na sociedade, revelada no depoimento abaixo, que traz a violência de gênero em suas mais diversas formas de manifestação, determinando também a violência no trabalho como mais uma face da violência estrutural.

Foram muitas violências no meu casamento[...] Manchei meu nome pra conseguir me separar dele e, no trabalho, me olhavam como se eu tivesse uma doença grave, contagiosa, como se não quisessem nem se aproximar de mim. Perdi meu emprego, fiquei em casa passando fome com meus cinco filhos. (M1)

A vivência de violência sexual também foi revelada pelas mulheres. Neste estudo, apenas um depoimento remete à violência sexual por um agressor desconhecido, de modo que, em sua maioria, a violência se revela como fenômeno na vida conjugal, cometida pelo companheiro ou familiar do sexo masculino o que a torna socialmente legitimada.

Numa rua meio deserta, ele me abordou, pegou meu braço e me puxou. Me levou pra dentro do carro dele e me levou na marginal. Parou o carro numa rua deserta e fez tudo o que podia. Depois me deixou na marginal. (M2)

Até na relação que tenho com ele, não tenho prazer. Aquilo pra mim morreu, eu vou com ele porque sou obrigada a ir. (M6).

Quando ele chegava em casa bêbado, sempre queria ter relações. Eu não aceitava e por isso a briga era tanta que muitas vezes ele até me machucava, porque eu não aceitava. Era sempre assim. (M13)

Era eu e mais quatro irmãs. Meu tio ficava tentando com uma e com a outra, comigo pelo menos ele nunca conseguiu chegar lá. Ele morava com a gente. Morava eu, minha mãe e meus avós. Ele ameaçava que se a gente contasse depois ele ia bater na gente, ia machucar. Bem por esses dias mesmo, uma irmã minha me falou que com ela ele tinha conseguido. (M8)

Ele me agarrou mesmo, à força, pra fazer mesmo e eu não consegui deixar ele fazer o que ele queria. Isso pra mim me machucou muito. (M9)

Uma vez, eu tinha sete anos, tava deitada e meu pai veio bêbado em cima de mim. Depois meu irmão via aquilo e começou a fazer a mesma coisa. Drogado, ele vinha abusar. (M10)

A violência sexual quando cometida pelo cônjuge, nos discursos revelados, assume o sentido de “violência consentida”, porque legitimada pelo casamento, que obrigaria as mulheres ao cumprimento de seu *papel* de esposas, mesmo que isso represente agir contra sua vontade, o que já traduz a violência.

Ao explicar a falta de atributos das mulheres para a participação na vida política, Rousseau (1979) apud Pateman (1993), argumenta que as mulheres seriam incapazes de controlar seus desejos e de desenvolver a moralidade necessária para a sociedade civil. Os homens, diferentemente, seriam capazes de controlar suas paixões. Nesse pensamento, por possuir uma capacidade mais ampliada para o uso da razão, seriam eles os encarregados pela criação e manutenção da sociedade política. Desse modo, as mulheres deveriam ser submetidas às decisões masculinas, inclusive no que concerne ao controle da vida sexual. Esse pensamento traduz parte da construção histórica que inculca na sociedade justificativas para a gestão masculina da vida material, emocional e sexual feminina através da desconfiança e do controle excessivo, como podemos observar no depoimento que segue.

Depois de todo esse espancamento eu ainda era obrigada a manter relação sexual com ele, contra a minha vontade. Porque se eu não fizesse, ele gritava na minha cara que eu não queria porque eu tinha transado com outros no decorrer der do dia, que eu estava me prostituindo. Essa palavra dele se concretizava na hora que ele queria fazer sexo e eu não queria. (M1)

O meu marido era o tipo da pessoa que queria muito se mostrar. Ele era o bom, sempre ele era o melhor. Eu era uma analfabeta, burra. Só que infelizmente, ele era um covarde, porque sempre quem segurava as pontas era eu. Ele agredia com palavras, chegou a bater. Já chegou a falar que eu tava traindo ele, coisa que eu nunca fiz na minha vida. Então, até agora na doença, tem fases que ele me agride, tem fases que ele já tentou me furar, me cortar, me xingar de tudo que é nome. São fases e eu cuido dele. (M12)

A naturalização e a oficialização da desigualdade de gênero têm sido historicamente produzidas constituindo um instrumento de legitimação da dominação masculina, uma vez que, sendo naturalizada é social e culturalmente reconhecida como tal. Ao longo dos séculos, a idéia dicotômica da mulher santa ou promíscua e como sexo fraco e submisso, portanto desvalorizada, acompanham a imagem da mulher no imaginário social do senso comum. Em decorrência desta situação, a associação da sexualidade feminina como transgressão ainda hoje tem profundos efeitos na configuração das diferentes áreas do conhecimento humano, inclusive no campo da saúde no que se refere à violência (Pitanguy, 2002).

A construção sócio-cultural do universo feminino submisso legitimou, por muito tempo, a imagem negativa da imperfeição atribuída às mulheres. Como exemplo disso, retrata-se o mito da caixa de Pandora e a passagem bíblica do Gênesis, que se referem à mulher com a sua curiosidade incontrolável como causadora de todos os males da humanidade e como fundadora do pecado em um mundo, antes perfeito. Ainda após a histerização do corpo feminino, que transforma a mulher, de louca e insaciável em um ser desprovido de prazer e desejo, voltado apenas para a procriação (Chauí, 1985), ainda permanecem, na sociedade atual estigmas que envolvem a sexualidade e fidelidade feminina.

Em relação à fidelidade conjugal, Demóstenes (apud Foucault 1976, p.131) afirma que

as mulheres enquanto esposas, são circunscritas por seu *status* jurídico e social; toda a sua atividade sexual deve situar-se no interior da relação conjugal, e seu marido deve ser o seu parceiro exclusivo. Elas se encontram sob o seu poder [...] Em caso de adultério (por parte da mulher), as sanções tomadas são de ordem privada como também pública [...] O *status* familiar e cívico da mulher casada lhe impõe uma conduta que é a de uma prática sexual estritamente conjugal [...] O marido é limitado a sua mulher por certo número de obrigações, mas ter relações sexuais a não ser com sua esposa legítima não faz parte, de modo algum, dessas obrigações. É verdade que, todo homem, casado ou não, deve respeitar uma mulher casada, mas porque ela está sob o poder de um

outro homem [...], isso tem como consequência jurídica que o adultério não é uma ruptura do vínculo do casamento que pode ocorrer por parte de um dos cônjuges. Ele só é considerado infração nos casos em que *uma mulher casada* tem relação com um homem que não é seu esposo. É o *status* matrimonial da mulher, e jamais o do homem, que permite definir uma relação como adultério.

O exame da construção de gênero ao longo da história mostra que as mulheres foram, em nossa trajetória histórica e social, politicamente excluídas do mundo público, sendo atribuído ao mundo privado do lar o lócus destinado a elas. Aí administram e prestam os cuidados ao marido, aos filhos e à casa, por meio do trabalho doméstico, considerado seu principal atributo. Em relação à limitação do papel da mulher ao mundo privado, Arendt (1981) define o espaço privado não como espaço da intimidade e de privacidade, mas como lugar de privação. Estar circunscrito a esse espaço é estar privado da relação com os outros pela palavra e pela ação na construção das decisões concernentes ao mundo público, ou seja, à existência política. O depoimento que segue revela a vivência da violência pela privação da liberdade dentro do espaço doméstico, lugar de produção e reprodução social da entrevistada.

Faço meu serviço de casa, entro na máquina, e só saio sete horas da noite. Mas sempre tudo no lugar, a comida pronta. Mas às vezes ele chega, a porta tá aberta e isso já é um motivo pra palavras grosseiras, já é motivo pra xingação. Tem que ficar tudo lacrado, pode tá calor, pode tá o que tiver. Aí de noite, quando ele dorme, eu vou lá e abro a janela pra ventilar. Sair também eu não saio. (M13)

Chauí (1985) afirma ser a violência uma relação de força caracterizada em um pólo pela dominação e no outro pela coisificação, que explicita a atitude de quem detém o domínio de anular o outro na sua condição de sujeito, ao submetê-lo à sua vontade. A violência é um constrangimento que faz com que certa realidade opere contra sua natureza, porém, nada impede que se conceba a natureza das coisas e das pessoas de uma maneira que seja possível exercer violência sobre elas, sem necessariamente supor que isso esteja ocorrendo. Em outras palavras, nada impediu que se concebesse a natureza feminina de uma maneira que circunscrevesse as mulheres, seus sentimentos, pensamentos e ações à esfera privada do mundo

doméstico e da procriação cujas relações de dominação que sujeitam a mulher à privação e violência são socialmente legitimados.

Nesse contexto de naturalização do papel social feminino, as funções relacionadas ao cuidar também são construídas e naturalizadas como atributo feminino, significando entraves para a transformação das relações, assim como justificativas para o suportar da violência vivenciada na relação conjugal, conforme ilustram os relatos que seguem.

Eu enfrentei o problema por causa dos meus filhos. E hoje eu aguento por eles também, porque são pessoas responsáveis, mas ainda moram comigo. Muitas vezes eles precisam de mim. E agora eu tenho um neto que mora comigo e ele depende muito de mim, a mãe não tem mais contato com ele. Então a gente tem que tocar o barco por causa da vida. (M13)

Eu já não agüentava mais. Me separei dele. Aluguei uma casa sem dinheiro, sem nada e deixei a casa que era minha pra ele. Só que daí ele teve um enfarte e eu me senti na obrigação de cuidar dele. Até hoje eu cuido dele. (M12)

Eu só tô aqui mesmo por causa do meu netinho de três anos, porque ele precisa muito de mim. (M4)

É importante ressaltar que a violência de gênero é um fenômeno que ocorre também em relações permeadas por afetos, nas quais são depositadas as expectativas que giram em torno do ideal de família e de casamento. Sendo o agressor uma pessoa com quem a vítima compartilha sua vida, divide e constitui o seu lar, isso faz da violência um fenômeno contraditório ainda mais importante, uma vez que implica em sentimentos de impotência, decepção, desamor e desesperança.

Eu falava pra ele mudar, trocar a violência por carinho, não por mim, mas pelos meus filhos. (M1)

Hoje eu não tenho violência dentro de casa, tenho problemas, faltam as coisas pra mim e pra minhas filhas, mas eu amo meu marido. Não sei se é amor, não sei se é medo de ficar sozinha novamente, não sei qual o tipo de sentimento que sinto atualmente, mas sei que procurei armas pra me separar dele e não consegui encontrar[...]. Quem ama não sofre, quem ama não judia, quem ama não trai e eu tô vendo traição do lado dele[...]. Ele já me traiu com a minha filha. (silêncio e choro)[...] Então se eu continuo com ela como minha filha, que foi errada também, eu vou continuar com ele como marido. Se um tá errado, os dois erraram e a única prejudicada nessa história fui eu. Então não vou me separar de nenhum, nem dele como marido, nem dela como filha, vou abrir os braços pros dois e perdoar os dois. (M1)

Os depoimentos confirmam a violência enquanto fenômeno que envolve, em toda a sua determinação, enfrentamento e complexidade, a construção social do masculino e feminino e as relações de poder por ela estabelecidas. Os relatos que seguem, ilustram claramente as questões de gênero relacionadas à manutenção dos valores socialmente legitimados para homens e mulheres determinando limites significativos para possibilidades de enfrentamento da violência.

Sou de família criada no norte e tradicional: casou, tem que viver. Passa fome, apanha, aconteça o que acontecer, tem que sobreviver com o marido. Vivi com o pai dos meus filhos pra não envergonhar meus pais, não criar meus filhos sem pai, não ser uma mãe solteira, não ser difamada pelas pessoas, pra não ser criticada e para que a sociedade não vedasse os olhos pra mim. (M1)

Antes de ser violentada, eu era virgem, tava me preparando pra casar, tudo direitinho. Minha família ficou contra mim, achou que a culpa era minha. A vizinha contou pra minha família. Meu pai queria que eu casasse virgem, era o sonho dele. (M2)

Tenho muito medo de largar ele e criar minhas filhas sem pai. Porque eu ganho muito pouco, e pra sustentar três filhas mulher. Se fosse três menino homem até que dava, mas menina mulher é diferente. Hoje minhas filhas tá tudo grande[...]Mas não dá pra dizer 'eu vou separar do meu marido e vou ter uma vida melhor'. É o contrário. Mesmo você largando seu marido ou não, a vida lá fora é diferente. Tem muitas pessoas que largam seu marido e pensa que vai ter uma coisa melhor e às vezes é pior e é o meu caso. (M6)

Cada um tem sua cabeça. Tem mulher que larga o marido e vai viver com outro cara, sabe lá se o cara é pior que ele? Tem um ditado, "ruim com ele e pior sem ele". Ele não é um homem de ficar me espancando, agredindo, nada disso. É uma pessoa boa, mas as palavras me machucam, é mesmo que você pegar uma mosca e ficar matando ela. (M6)

A manutenção do modelo de família nuclear, ideologicamente hegemônico, a virgindade como atributo exigido para o feminino, a família patriarcal, que tem a figura paterna como base, são aspectos revelados nos depoimentos das mulheres que vivenciam violência e assumem significados relacionados a entraves para a vivência plena de sua existência enquanto sujeitos de sua vida. Para Bourdieu (2003), a família é o principal *lôcus* de produção da dominação masculina, onde se vive e aprende a experiência da divisão sexual do trabalho.

Nos depoimentos, constata-se a idealização dos significados relacionados à família na sociedade capitalista, quando se referem à construção do lar como espaço

institucional onde os valores dos diferentes tipos de sociedade são introjetados, servindo de base para a reprodução do modelo aprendido cultural e socialmente. O poder outorgado à figura do marido é um tema subentendido, que precisa ser problematizado e assim ter maior visibilidade social para ser considerado pelas mulheres. A violência se revela naturalizada, decorrente do poder outorgado socialmente aos homens, cujos significados são introjetados pelas mulheres. Como tal, é banalizada e reduzida a um fenômeno do cotidiano, fazendo parecer não haver possibilidades de transformação. Assim, a violência aparece no imaginário social, mas ela é de fato uma consequência de um mecanismo ideológico que visa à manutenção e reprodução do poder masculino e de sua hegemonia como consequências diretas das relações de gênero.

A produção social concretizada no trabalho remunerado foi revelada neste estudo como um importante determinante de limites e potencialidades para o enfrentamento da violência vivenciada pelas mulheres, conforme podemos constatar nos depoimentos a seguir.

Não passava fome porque eu trabalhava e pagava tudo, mas, quando eu caí em mim, pensei que aquilo não era a vida que eu queria pra mim. Com o conhecimento, as revistas, lendo muitas revistas, jornais, eu tomei uma iniciativa. Tenho 33 anos, nasci pra ser feliz, tenho cinco filhos maravilhosos, se eu fui mulher pra colocar eles pra fora sozinha porque eu não sou mulher pra assumi-los sozinha? Então vou dar um jeito na minha vida: mandei ele ir embora. Até hoje, tem nove anos que eu me separei dele, eu nunca me prostitui pra comprar o pão dos meus filhos, faltou o pão, mas faltou porque eu não tinha trabalho. (M1)

Eu trabalhava [...] Só que quando foi com três meses eu descobri que tava grávida, falei pro meu patrão e ele me mandou embora. Eu tava em período de experiência, então eu não tinha direito de nada. Então agora eu tô sem trabalhar, e você sabe que agora é difícil de arranjar emprego. Então, no momento, a minha única solução é viver ao lado dele do jeito que eu tô vivendo. Esperar o bebê nascer, procurar um emprego e ver o que faço. Porque vai ser meio complicado, com um bebê, arrumar um trabalho, com que eu vou deixar ele? (M11)

Cheguei pra ele e falei que já que ele teve a coragem de fazer isso comigo, vamos partir pra separação, que vai ser o melhor pra nós dois, apesar do sofrimento. Eu trabalhava e foi um desgaste tão grande na produção que eu dei pra eles na firma. Mas, mesmo assim, tive o apoio eles todos. A minha encarregada me deu todo o apoio do mundo e a minha família também. (M9)

Os relatos revelam que, apesar de a independência financeira não ser atributo suficiente para garantir às mulheres relações de gênero mais igualitárias, apresenta-se

como um importante determinante de potencialidades para o enfrentamento da violência. Para Schteingart (2000) apud (Fonseca, 2005, p. 457)

a partir dos anos 90, a pobreza vista no contexto das relações de gênero passou a conformar uma nova análise das experiências de vida das mulheres, que constituem um grupo crescente entre os pobres das sociedades latino-americanas. As análises qualitativas constataram que as relações de gênero exacerbam as desigualdades associadas às classes sociais e fizeram emergir situações como a distribuição desigual de alimentos no interior das famílias, a desvalorização do corpo feminino e a sobrecarga de trabalho que incide sobre as mulheres. A precariedade da situação social das mulheres passou a ser vista como resultante da divisão sexual do trabalho, de menores oportunidades em termos de educação, de situações de trabalho instáveis e com menor remuneração, de níveis inferiores de saúde e bem estar, de reduzida participação nas decisões (tanto no âmbito privado como no público, mais especialmente, nesse) e de limitada autonomia pessoal.

Nessa linha de pensamento, Foucault (1976) apud Scott (1991, p.14), define o poder como “constelações dispersas de relações desiguais, discursivamente constituídas em campos de forças sociais”. Podemos pensar a dinâmica da violência sob a perspectiva de gênero, segundo a autora, considerando o gênero como “a forma primeira de significar as relações de poder e o campo primordial onde o poder se articula”, sendo o gênero transversal a todas as relações sociais nas quais as demais formas de poder se estabelecem.

Ao serem, historicamente, excluídas da participação na vida social e política, foi negada às mulheres a oportunidade de adquirir autonomia e independência financeira. O casamento, por muito tempo, foi a única possibilidade das mulheres buscarem segurança financeira e se firmarem como seres que obedecem às exigências sociais da mulher casada, mãe e dona de casa. Tais papéis sociais integram também o ideal feminino socialmente exigido.

Para Santos (1999), o princípio da exclusão que respalda o sexismo tem base na distinção entre o espaço público e o privado e no princípio da integração desigual, no papel da mulher na reprodução do trabalho doméstico e, mais tarde, na integração e nas formas desvalorizadas da força de trabalho. Assim, à medida que os direitos de cidadania foram sendo conferidos às mulheres e elas ingressaram no mercado de trabalho, foram passando do sistema de exclusão para o de desigualdade, ou seja,

elas foram integradas pelo trabalho, no mundo público, mas os seus salários continuaram, até o presente, a ser inferiores aos dos homens. Segundo este autor

o sistema da desigualdade assenta paradoxalmente no essencialismo da igualdade, sendo, por isso, que o contrato de trabalho é um contrato entre partes livres e iguais, e o sistema de exclusão assenta no essencialismo da diferença, seja ele a cientificação da normalidade e, portanto, do interdito, ou o determinismo biológico da desigualdade racial ou sexual (Santos, 1999, p. 4).

Em decorrência das conquistas das mulheres ampliando seu espaço no mundo público do trabalho e sendo o trabalho remunerado uma realidade na vida de muitas delas, a contínua força do ideal da “dona de casa” permanece como tributo intocável, porque protegido pelo contrato sexual. (Pateman, 1993). Contudo, o ingresso no mercado de trabalho não diminuiu, por exemplo, a responsabilização social das mulheres pelos cuidados com o lar e com a família, o que tem como resultado a dupla ou tripla jornada de trabalho, gerando sobrecarga e constituindo mais potencial de desgaste para o processo saúde-doença das mulheres.

Em estudo anterior, realizado com mulheres que vivenciavam a violência, foi constatado que, mesmo dispondo de condições econômicas para a superação da desigualdade de gênero, elas não conseguem romper totalmente as amarras da subordinação, pois estas ocorrem por mecanismos ideológicos de reprodução do *status quo* que só serão superados na construção de novas relações sociais. Isso significa a necessidade da desconstrução daquilo que está posto hegemonicamente como atributos de mulheres e homens, na atualidade (Guedes, Coelho, Silva, 2007b).

Fonseca (2005) destaca que, na pós modernidade, têm sido detectados vários processos destrutivos da vida das mulheres, que têm sofrido mais os processos de subvalorização do seu trabalho, tanto no âmbito público, quanto no trabalho doméstico, historicamente feminino. A análise aprofundada de tais relações revela condições desiguais de exercício de poder, que subalternizam as mulheres nos diversos âmbitos sociais. Assim, *gênero* explica, à luz das relações de poder, as manifestações sociais das mulheres, e, entre elas o processo saúde-doença.

Para Villela (2009), a categoria gênero se relaciona ao processo de construção de uma nova perspectiva sobre mulheres e homens, permitindo um

redimensionamento de suas necessidades na área da saúde. A despeito disso, as mulheres entrevistadas, quando questionadas sobre a relação entre a violência vivenciada e a saúde, revelaram reconhecer a importância desse fenômeno e suas implicações na saúde e no adoecimento, revelando um discurso que reconhece agravos de ordem mental como conseqüências da violência.

Não sou louca, lógico, mas não tenho auto-controle mentalmente[...] Eu vejo coisas onde não existem [...] Tô acelerada na mente, não consigo pensar uma coisa de cada vez e isso não é legal, isso é um problema, é um distúrbio. Eu tô totalmente consciente disso, em função de tanta violência que eu sofri, isso resulta seqüelas na vida da gente. (M1)

A depressão. Também não consigo me relacionar com ninguém. Chega uma pessoa perto de mim, não consigo. Não tem jeito. Eu tinha um namorado, ele queria ter sexo comigo e eu não conseguia, o que ele fez? Me trocou por outra. Eu tentava ter relação, mas não conseguia. A imagem vinha tudo na cabeça. [...] Eu já atentei contra a minha vida umas duas ou três vezes. Eu tomei uma cartela de remédio todinha. (M2)

Tive muita depressão, ficava fechada em um canto sem confiar em ninguém. (M4)

Eu já estive doente. Uma vez eu fiquei muito nervosa por causa disso, mas hoje eu tô muito calma. Tudo isso vive dentro do meu coração, mas tento levar uma vida normal. (M6)

Eu sou nervosa. Na maioria das vezes ele me tira do sério. A única complicação de saúde é porque eu tenho gastrite nervosa. (M11)

Estudos mundiais de base populacional apontam que, entre as manifestações que afetam a saúde mental de mulheres que vivenciam violência têm sido assinaladas desordens relacionadas ao estresse pós-traumático, medo, fadiga, depressão, ansiedade, disfunção sexual, desordens de alimentação, desordens múltiplas de personalidade e distúrbios do sono (Heise et al., 1994).

Estudo realizado no México constatou que mulheres que procuravam atendimento nos serviços voltados à saúde pública com queixa de ansiedade e depressão, tinham como principais fatores associados o uso nocivo do álcool e história de violência doméstica (Valdez-Santiago et al., 2006). Além da relação importante entre desgastes de ordem mental e violência em mulheres, os depoimentos que seguem revelam o a influência da violência também na vida sexual, nas relações sociais, enfim, no modo de levar a vida.

Eu nunca encontrei um namorado, um marido, ficou aquela insegurança e isso me incomoda. (M3)

Eu não fumava, e agora fumo. Às vezes eu fico tão nervosa que eu sinto vontade de beber. Parece que eu relaxo quando eu bebo, mas isso não tá certo. Não é normal, que eu tenho que procurar ajuda[...] meus filhos chegam pra brincar comigo, eu não quero. Parece que aquela coisa me sufoca. (M7)

Na hora de ter relação eu sinto dor, parece que é como se a pessoa tivesse me pagado à força. Lembro disso, sinto dor. Teve uma vez que eu empurrei meu marido. É horrível [...] Se chega algum rapaz perto de mim eu começo a tremer, fico nervosa[...] Parece um fantasma na minha vida. (M10)

Ficou aquela coisa assim, uma mágoa, uma coisa que de vez em quando te ataca. Minha mãe sempre falava: 'minha filha eu não te vejo sorrir. Joga essa tristeza fora, volta a viver, você sempre foi uma pessoa tão feliz' Eu não sei o que é tá rindo, brincando. Se tem muita gente rindo, brincando, saio de perto, me sinto mal.(M12)

Os depoimentos das mulheres revelaram conseqüências da violência vivenciada em suas relações conjugais, repercutindo em diversos aspectos de sua vida e saúde. As declarações que seguem apontam os agravos de ordem física como desgastes decorrentes da violência de gênero, a exemplo da hipertensão arterial, epilepsia, dores difusas e vulnerabilidade para doenças sexualmente transmissíveis.

Acho que fiquei abalada com problema de pressão, mas acho que foi só isso também. Procurei o serviço de saúde só por causa da pressão mesmo. (M9)

Eu fiquei com problema até de epilepsia, tomo remédio[...]vira e mexe, eu vivo doente. Sinto dores. (M10)

Eu era tão gorda. Agora, tenho apertar as roupas com elástico. Eu acho que a visão também e o emagrecimento[...] O primeiro marido só era violento e ignorante, mas era muito limpo. Caso fora nem pensar. Odiava prostituta e até gay. Mas sobre esse negócio de venérea, qualquer tipo, nada. Nem câncer, nem AIDS, nem nada. Só coração e bronquite. Esse atual, não sei. dia 25 eu vou ver, deu tudo negativo por enquanto, mas eu não sei se é tristeza, não sei, só sei que eu emagreci. Não uso preservativo porque não é eu quem escolhe. Eu vou pegar agora, mas primeiro eu tenho que falar com ele. (M5)

Os discursos revelaram a reprodução da violência pelas mulheres como conseqüência determinada pela vivência de violência. Os depoimentos que seguem ilustram o achado, apontando as mulheres enquanto perpetradoras de violência contra o cônjuge, filhos e outras pessoas de suas relações sociais. Contudo, as entrevistadas compreendem esse comportamento como decorrente de um estado emocional determinado pela violência vivida.

Quando eu encontrei ele lá com a mulher, sabe o que eu fiz? Taquei uma chaleira de água fervendo nele. Queimei as costas dele todinha. Não sei se foi errado o que eu fiz de jogar a água nele, mas foi na hora do nervoso. (M9)

Às vezes maltrato meu marido, até os colegas no serviço. (M10)

Eu vivo nervosa, qualquer coisa eu me estresso com os meninos. Eu respondo mal as pessoas que não tem nada a ver [...] Qualquer coisa me irrita, qualquer coisa me deixa nervosa. Eu não seguro o que eu quero dizer e me tornei agressiva verbalmente, ao falar, eu sinto que magôo muito as pessoas. (M7)

Hoje eu agrido meu marido, já puxei faca pra ele, já joguei cerveja na cara dele, coisa que eu nunca tive coragem de fazer com meu ex- marido. Porque hoje eu faço isso? Resultado da violência que sofri durante quinze anos. Isso resultou em uma pessoa egoísta, mesquinha e violenta. (M1)

Ao confirmar as consequências que a violência traz para saúde-doença das mulheres usuárias do serviço de saúde que constituiu o cenário deste estudo, ressaltamos a necessidade de preparo dos profissionais de saúde para lidar, de forma sensível e eficaz, com as mulheres que buscam os seus cuidados. Assinalamos, também, que seu enfrentamento não deve ser centralizado no tratamento de suas consequências, mas na prevenção primária, assim como na potencialização dos processos protetores. Atualmente, o modelo de atenção, tendo como centro a família, coloca os profissionais de saúde em posições estratégicas que permitem o desenvolvimento de mecanismos que possibilitam a conscientização e o empoderamento das mulheres para desconstruir a desigualdade estabelecida e reconstruir relações equitativas de gênero.

Segundo Araújo (2003), a exposição continuada a uma situação de violência pode realmente levar à inércia e à passividade durante muito tempo, até que haja um movimento de busca de ajuda e ruptura do ciclo de dominação/submissão. A capacidade de reação, embora submersa, pode, a qualquer momento, aflorar como desejo de mudança. Neste sentido, Foucault (1997) afirma haver sempre possibilidade de resistência e de luta contra as formas de sujeição. Portanto, nenhum homem ou mulher sofre passivamente as determinações históricas, há sempre a possibilidade de reação para tornar-se sujeito de sua história.

4.3 MULHERES E VIOLÊNCIA: A REALIDADE INVISÍVEL NO COTIDIANO DO TRABALHO EM SAÚDE

Conforme discutido anteriormente, a violência constitui um fenômeno que determina desgastes significativos para o processo saúde-doença das mulheres. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, mulheres que vivenciam violência podem experimentá-la por muitos anos sem que busquem ajuda específica para o problema. No entanto, essa vivência determina agravos de diversas ordens que fazem com que essas mulheres busquem os serviços de saúde. É de crucial importância que os serviços estejam preparados para reconhecer a situação de violência e as necessidades de saúde das mulheres que a vivenciam, para que possam dar início a medidas de apoio e suporte adequados (Heise, 1994; World Health Organization, 2009).

Neste estudo, os resultados revelaram a diversidade de espaços onde a violência é captada, de modo que se pode afirmar que, nos serviços de saúde, os espaços de reconhecimento da violência se traduzem nos espaços frequentados pelas mulheres na busca de respostas às necessidades de saúde, traduzidas em uma demanda de cuidados, sejam para elas mesmas, seja para os filhos ou familiares (Tabela 4).

Tabela 4 - Espaços de reconhecimento pelos profissionais de saúde da violência contra as mulheres usuárias da UBS Jardim Comercial, Distrito de Capão Redondo, São Paulo- 2009.

Tipo de Atividade		Nº	%
Consultas	Médica	02	45
	De enfermagem	03	
	Pré-natal	04	
	Psicólogo	01	
Visitas Domiciliárias	Visita Domiciliária	07	32
Outros	Sala de vacinação	01	23
	Sala de curativos	01	
	Triagem	01	
	Terapia de grupo	01	
	Presenciamento	01	
Total	Total	22	100

A consulta individual médica e de enfermagem foram os espaços mais referidos de reconhecimento da violência, merecendo destaque a consulta de pré-natal. Em relação à alta prevalência de violência doméstica entre gestantes, um estudo epidemiológico entre usuárias de 14 serviços públicos de saúde (UBS e centros de atenção primária) da grande São Paulo, que entrevistou 1.922 usuárias na faixa etária de 15 a 49 anos, constatou que 20% das que já haviam engravidado referem algum episódio de violência por parceiro íntimo na gestação (Schraiber et al., 2007b). Tais dados remetem à violência como um problema de alta magnitude entre mulheres no período gestacional. Os depoimentos que seguem apontam para a relação entre violência e gestação na prática dos profissionais entrevistados.

Ela está grávida dele. Ele a agrediu. Deu dois socos no olho dela, bateu nas costas, feriu muito ela. (E2)

O namorado não queria a gravidez e queria resolver o problema matando ela, violentando, agredindo. (E3)

Uma mulher que começou a fazer pré natal na nossa área. Ela morava num cômodo, e quando descobriu que estava grávida o parceiro a abandonou. Ela na época tava sem renda, não tinha condição nenhuma. (E4)

Uma gestante que veio fazer o teste. Na época, ela não sabia que estava grávida e o teste deu positivo e aí ela estava muito chorosa. Disse que o marido às vezes agredia ela e que uns dois dias antes, numa briga, ele tinha empurrados ela e ela tinha se machucado. (E13)

Gestante, idade gestacional por volta do terceiro mês mais ou menos, cujo namorado era bandido. E essa mãe já tinha outra filha que tinha sido agredida pelo pai do filhos dela. Essa segunda filha grávida, foi agredida brutalmente pelo tal do namorado bandido e a menina em questão estava inteira cheia de hematomas, foi espancada no meio da rua. E18

A consulta pré-natal apareceu como um espaço potente para a identificação da violência de gênero. Grande parte da demanda que as mulheres trazem ao serviço de saúde ao longo da vida relacionam-se à gestação. Os depoimentos também revelam a gravidez como importante foco do trabalho em saúde voltado para as mulheres, mesmo quando vivenciam violência, a exemplo do depoimento E6, no qual a usuária, após abortar devido à agressão, só foi atendida novamente quando voltou ao serviço durante uma segunda gestação, trazendo a demanda por atendimento pré natal.

Na primeira gravidez, quando houve o aborto, ela foi no hospital, ela nem veio aqui no posto. Eu fiquei sabendo que ela tinha abortado e que provavelmente teria sido por conta da violência que ela sofreu. Parece que ele chutou a barriga dela, humilhou bastante. Quando ela apareceu grávida outra vez, foi que ela voltou, pois a sogra trouxe pra ela fazer o pré-natal. (E6)

As visitas domiciliares realizadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) também tiveram significativa frequência nos relatos. Outros espaços de desenvolvimento de atividades que não compõem especificamente as atividades voltadas à saúde da mulher, como atendimento à criança, sala de curativos, sala de vacinas e triagem também foram relatadas como *loci* de reconhecimento da violência de gênero nos serviços de saúde.

Sabemos que as mulheres frequentam mais os serviços de saúde, principalmente os destinados à prevenção e promoção da saúde, seja pelo seu posicionamento cultural como cuidadora, tanto da família quanto pela assunção da responsabilização do cuidado com parentes, vizinhos e outros. De um modo geral, as questões relativas à categoria gênero têm permitido a ampla divulgação na sociedade que o cuidado é função feminina e essa função está intrinsecamente relacionada à maior frequência com que as mulheres buscam os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, cujo perfil de masculinidade contradiz o envolvimento com o cuidar. Desse modo, neste estudo, os espaços de busca de cuidados pelas mulheres constituíram também espaços de captação da violência que vem implícita entre as demandas que trazem, visto que cuidado e violência de gênero são construtos carregados e vivenciados, historicamente, muito mais pelas mulheres.

As práticas relatadas foram mediadas por relações entre profissionais e usuárias que permitiram a emergência do tema, porém, ninguém apontou a utilização de instrumentos específicos para a captação da violência, muito menos das necessidades trazidas pelas mulheres. As formas de captação da violência citadas foram a identificação por sinais e a verbalização pela própria mulher ou por pessoa próxima. Os relatos a seguir ilustram as afirmativas.

Quando eu fui medir a altura uterina dela, eu percebi que o umbigo estava escurecido, como se estivesse queimado. (E3)

Ela procurou o serviço porque tinha uma consulta agendada no pré-natal e no exame físico estavam visíveis os hematomas no rosto dela [...] nem

consegui disfarçar o meu espanto. Quando a vi e ela falou “eu fui agredida.”. (E3)

A vizinha me falou que ela não estava bem, e disse que ela estava apanhando. (E5)

Ela conta que o marido dela é violento [...] quando ela vem ao posto, ela já procura por mim e me conta. Às vezes, ela vem com o olho mais baixo, já veio com a boca inchada. (E10)

Por outro lado, foram reveladas possibilidades de abordagens que, embora relacionadas a iniciativas individuais dos profissionais, apresentaram-se como potentes para possibilitar a captação da violência. Os depoimentos que seguem trazem a abordagem de temas que envolvem a subjetividade e o relacionamento afetivo, seja qual for a demanda que traz a mulher ao serviço, como uma estratégia que geralmente se relaciona à captação de violência entre as usuárias.

Faço muito atendimento de puericultura e, às vezes, eu abordo “e o pai, como é que está?” aí nessa hora elas começam a falar. (E11)

Existe muita violência. Quando a gente faz um atendimento à mulher, que a gente vai falar da sexualidade, que a gente vê. Vai falar da auto estima dela, que a gente vai ver. (E6)

A não utilização de instrumentos ou estratégias específicas do serviço para a captação de violência foi evidenciada pelo fato de que, na maioria dos casos relatados, a violência foi verbalizada espontaneamente pela mulher, por familiar ou vizinho, identificada por lesões ou sinais e por relatos dos profissionais em um contexto de atendimento a outras demandas que as trouxeram até os serviços de saúde que não especificamente a violência. Os depoimentos revelam também a recorrente busca das mulheres pelos serviços de saúde em virtude de necessidades traduzidas em demandas físicas.

Diariamente, ela é submetida a uma violência cultural, educacional, assistencial. Por isso que elas acabam me procurando, pedindo ajuda. Não diretamente “olha, eu tô vindo aqui porque meu marido me bate”, e sim “eu tô vindo aqui porque eu estou nessa situação, não durmo, tenho dor de cabeça, esqueço as coisas, me perco na rua e meu marido algumas vezes me bateu”. (E20)

Ela nos procurou pra iniciar o pré natal e, a partir daí, a gente deu seguimento às necessidades da gestação dela [...] quando ela iniciou, que nos procurou e contou o problema dela. (E4)

Os relatos dos profissionais de saúde e a observação das práticas mostraram que a demanda da mulher em situação de violência se apresenta no serviço de saúde sempre de forma implícita, ou seja, não é esta situação que as leva à UBS. Há expressões espontâneas pelas mulheres a respeito de experiências vivenciadas, porém estas muito dificilmente são colocadas em termos de demandas por saúde. Essas manifestações podem ser compreendidas mais como a presença de possíveis canais de comunicação identificados pelas mulheres na relação com o serviço do que representando a compreensão de usuárias e profissionais em relação à possibilidade de acolhimento e enfrentamento da violência de gênero pelo serviço de saúde.

O depoimento que segue traz um discurso relacionado à captação da violência mediante a criação de vínculo entre uma profissional de saúde e uma usuária em virtude de atendimento a demandas frequentes. A profissional não fazia parte da equipe responsável pelo atendimento daquela usuária. Isso leva a compreender que, embora as demandas trazidas estejam relacionadas com a violência vivenciada, não é tomada como problema passível de intervenção pelo serviço, sendo considerada como algo que se mantém em sigilo naquele vínculo estabelecido entre profissional e usuária.

Ela chegou pra ser atendida na sala de curativos. Começou a me relatar a violência quando a atendi pela segunda vez [...] ontem, quando ela veio ser atendida por uma crise nervosa, percebi que ela queria me dizer alguma coisa. Mas tinha mais gente da equipe ali na sala e ela não conseguiu se abrir comigo. (E12)

É importante considerar que, conforme citado anteriormente neste estudo, embora tenha conhecimento da compulsoriedade da notificação da violência (Brasil, 2003), o serviço não a notifica e nem registra. Esse dado revela a produção da invisibilidade da violência enquanto problema de saúde no cenário. Longe de ser exceção, isso reflete uma lacuna comum à maioria dos serviços de saúde.

Estudo realizado entre usuárias da Atenção Primária a Saúde da grande São Paulo revelou que mesmo diante a constatação de uma alta magnitude de violência entre as usuárias (20 a 50% afirmam a vivência de violência pelo menos uma vez na vida) foi revelada baixa taxa de registros. Esse achado pode ser compreendido pela grande dificuldade dos profissionais de saúde de lidarem com a violência como questão que pode se tornar pública e como questão dos atendimentos. O estudo

constatou também que mesmo os serviços que têm a ESF, supostamente mais bem informados pelos agentes comunitários a respeito da existência da violência doméstica no território, apresentaram um baixo número de registros de casos, não se diferenciando dos demais serviços pesquisados (Schraiber, 2007b).

Entretanto, no presente estudo, os relatos de todos os ACSs mostram a violência captada durante a visita domiciliária (VD). Além disso, alguns profissionais mencionaram casos de violência relatados pelo ACS. Isto remete a essa prática como instrumento com potencialidades para o reconhecimento da violência e das necessidades das mulheres que a vivenciam. Para Cowley e Houston (2004) a visita domiciliária é um potente instrumento de intervenção em saúde que possibilita identificar necessidades em saúde dos usuários. Para as autoras, esta atividade possibilita um encontro entre o conhecimento científico e a realidade social, de modo que esse contato entre profissionais e usuários para um levantamento de necessidades deve ser fundamentado em referenciais que permitam intervir criteriosamente, mediante ferramentas pré-estabelecidas.

O fato de apenas os ACS terem relatado a VD como espaço de reconhecimento da violência também pode ser explicado por essa ser a sua principal modalidade de prática profissional, que permite a criação de vínculo com as famílias, assim como o reconhecimento de situações frequentes na comunidade. Do mesmo modo, os médicos e as enfermeiras referiram as consultas individuais e as técnicas de enfermagem, os atendimentos em curativos e vacinação como espaços nos quais a violência e as necessidades foram reconhecidas. Entretanto, esse dado desvela o não aproveitamento das possibilidades da VD para captar violência e necessidades por todos os profissionais da ESF, visto que é uma prática comum a todos eles.

Além disso, em relação à VD, assim como em relação às demais práticas, o reconhecimento da violência ocorreu aleatoriamente, sem nenhuma menção a critérios, instrumentos ou estratégias de captação pré-estabelecidas. O depoimento seguinte exemplifica a captação da violência pelo ACS, mostrando também uma compreensão de violência limitada a sinais fisicamente visíveis pela médica, em cuja entrevista relatou que a violência não é um problema frequente entre as mulheres atendidas naquele serviço.

A minha ACS levou uma fala, que eu não sabia, que a paciente tinha sido estuprada pelo meio irmão [...] esse caso é o único que me veio à mente e

eu não sabia. Se eu falar de alguém que eu tenha visto machucada, ou que tenha chorado, não tem. (E8)

Os achados do presente estudo corroboram com uma pesquisa realizada no município de Ribeirão Preto a partir de entrevistas sobre a prática de médicos frente a situações de violência. O referido trabalho mostrou que os profissionais são capazes de identificar usuárias que vivenciam violência, pelas marcas ou sintomas físicos ou por sintomas associados, como somatizações, queixas infundadas e desconfortos difusos, angústia, depressão, dores não localizadas, entre outras manifestações. Outro elemento que contribui para a identificação da violência é o relato produzido pelas mulheres, ao serem questionadas sobre o tema (De Ferrante, 2009).

O reconhecimento da violência e as respostas às necessidades captadas foram direcionados pelo saber instrumental norteador do processo de trabalho dos profissionais. Isso ficou evidente, quando, no discurso de algumas profissionais de saúde mulheres, foram identificadas significativas marcas da construção da identidade de gênero nos significados das suas práticas e concepções. Ao mesmo tempo, algumas que relataram situações de violência em sua própria vida apontaram esse aspecto como influenciando sua atitude diante da problemática, conforme podemos observar no depoimento que segue.

Eu acabei me identificando com ela, porque eu passei por algo mais ou menos semelhante [...]. Eu me senti no lugar dela [...]. O que eu passei, a experiência faz com que você cresça, amadureça e tenha condições pra poder ajudar o outro. (E16)

A possibilidade de reconhecimento da violência, seu acolhimento e a resposta dos serviços de saúde requerem abordagem específica, seja pelo fortalecimento de canais de comunicação que potencializem a emergência do tema, seja pela criação e utilização de instrumentos que possibilitem a qualificação da escuta e a tradução das demandas que chegam ao serviço. Essa compreensão corrobora estudo feito em Curitiba, que aponta os serviços de Atenção Primária à Saúde como importantes visibilizadores da violência contra mulheres, crianças e adolescentes no município, revelando a importância do desenvolvimento de ferramentas estruturadas para a vigilância e prevenção da violência (Curitiba, 2008). Naquele município, a existência da Rede de Proteção e pelo Programa Viva Mulher visibiliza e notifica a violência

contra as mulheres, contrastando com a realidade do presente estudo, em cujo cenário nunca houve notificação dos casos de violência doméstica.

Constatamos que a violência constitui um problema que raramente aparece enquanto uma demanda imediata no serviço, embora seja expressiva como demanda implícita. Entretanto, nesse estudo, a ESF apresentou-se como um terreno fértil em possibilidades de ampliação do recorte de seu objeto de trabalho no sentido de reconhecer a violência enquanto problema cuja prevenção e enfrentamento são inerentes ao setor, uma vez que esta é uma realidade presente na vida das usuárias e que tem intrínseca relação com seu processo saúde-doença, foco de todo agir em saúde.

4.4 NECESSIDADES: O QUE COMPREENDEM EM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE?

4.4.1 Necessidades relacionadas às condições de vida: o contexto de exclusão social do território determinando violência e necessidades.

Ao mesmo tempo em que a vivência de violência sofrida pelas mulheres determina e é determinada por condições de vida que representam potenciais desgastes para seu processo saúde-doença, nesse estudo, as necessidades em saúde das mulheres que vivenciam violência também se traduziram em *necessidades relacionadas às condições de vida*.

Nos relatos dos profissionais, algumas necessidades reconhecidas reproduzem o saber da saúde pública clássica, que considera as condições de vida como determinante do processo saúde-doença, porém limitam seu significado a condições externas ao ser humano, mediante uma compreensão fatorial de meio ambiente. Isto se traduziu em necessidades relacionadas à conservação da vida como moradia, trabalho, alimentação, hábitos, entre outros. Os depoimentos a seguir ilustram o achado.

Ela precisa primeiro parar com a droga que ela usa, com o álcool e melhorar também a alimentação. (E1)

A questão de assistência em relação à alimentação e a renda [...] e ela conseguir moradia. (E4)

Ela tem necessidade de segurança[...]. (E11)

Ela precisou começar a trabalhar. (E11)

Quando eu fui à casa dela, ela estava deitada, eram duas horas da tarde e ela não tinha levantado. Ela não tinha tomado café, não tinha feito nada! Então realmente ela precisa de ajuda. Ela é a mãe das duas meninas. E ela tem quatro filhas, e as outras duas vão correr pra mesma situação. (E3)

Observou-se que os profissionais compreendem a importância das condições de vida que tematizam a produção e a reprodução social, e interfere na determinação das necessidades das mulheres em situação de violência. Todavia, essa compreensão é fragmentada, porque não apresenta relação com o conjunto da estrutura social mais ampla. Os significados contidos nos depoimentos revelam as condições de vida cerceadas na dimensão singular da realidade, sob uma compreensão centrada no indivíduo. Mesmo quando ampliado, o olhar dos entrevistados recorta no máximo a família, ainda no foco da dimensão singular da realidade.

Melhorar as condições de vida dela. Quando a gente vai resgatar a história da agressividade na família, vê que tem vários conflitos. Eu acho que um apoio familiar, melhores condições financeiras, um apoio psicológico é essencial, não de interferir ou se intrometer naquele contexto familiar, mas de estar ali propondo uma coisa diferente, uma ajuda. (E14)

Nós fomos conhecer a família, fomos na casa da pessoa conhecer a família, a situação em que vive, o contexto da casa, se ela tem condições, se ela tem uma boa alimentação. (E3)

As necessidades eram tantas. Desde econômicas, psicológicas, emocionais. Ela teve que começar a trabalhar porque ela não trabalhava. Uma tia indicou uma casa de família e ela começou a trabalhar. Ela podia levar a filha pequena. (E11)

Compreendemos que as necessidades em saúde são experimentadas e captadas no indivíduo. Ao criticarmos o caráter individual do enfoque observado nos relatos não estamos falando em reiterar a lógica epidemiológica da expressão coletiva do adoecimento, ou na compreensão de necessidades sociais como necessidades “de todos”, hegemonicamente tuteladas pelo Estado. Entendemos que a compreensão das necessidades em saúde não pode estar desvinculada da estrutura social, uma vez que são históricas e socialmente produzidas. A satisfação das necessidades consiste em um movimento de opções individuais em um movimento determinante que é coletivo. Assim, a construção das necessidades se dá a partir do indivíduo (micro ou

gênese), mas é determinada pelas condições em que ele vive, de modo que sua reprodução também ocorre na ordem social (Breilh, 2006).

O atendimento às necessidades do cotidiano de cada indivíduo ou família, relacionadas com os fenótipos e aspectos subjetivos de cada um, depende e está intrinsecamente relacionado à reprodução social que, na sociedade capitalista, subordina-se à inserção do indivíduo na produção social. Assim, as necessidades só serão atendidas de acordo com as possibilidades e limites de um espaço histórico e socialmente construído, sendo esse processo moldado pelos condicionamentos econômicos, culturais e políticos em cada classe social e nas relações étnicas e de gênero que as caracterizam (Breilh, 2006).

Considerando-se que uma das finalidades do trabalho em Saúde Coletiva é a mudança do perfil de saúde-doença da coletividade, o trabalho das equipes de saúde possibilita essa mudança a partir do reconhecimento dos processos que determinam as necessidades em saúde dos indivíduos e da promoção de intervenções que possibilitem a transformação da realidade encontrada (Egry, 1996).

Para Fonseca e Bertolozzi (1994), avaliar as condições de saúde-doença sob o enfoque da Saúde Coletiva é buscar no indivíduo a expressão singular das condições de vida possibilitadas pelo processo de produção e reprodução social das coletividades em uma determinada sociedade, refletindo que mesmo a individualidade se estabelece entre as pessoas na estrutura social. Assim, na atenção sob o enfoque baseado em modelos previamente estabelecidos, com resultados esperados e intervenções prescritivas, além de serem negadas as especificidades das situações, não se reflete sobre sua historicidade nem sobre sua relação com outros processos nas diferentes dimensões da realidade objetiva.

Nos relatos deste estudo foi considerável a referência às necessidades dos agressores e às da família das mulheres como um todo. Esse aspecto também revela, ainda nos limites da dimensão individual não contextualizada socialmente, a consideração das condições de vida na determinação da saúde.

Não adianta você só proteger a mulher pra ele sair daqui e violentar outras pessoas. Você tem que estar cuidando da família inteira, inclusive do agressor, que também é uma pessoa que precisa de ajuda. (E22)

A necessidade não é só dela. Tá afetando também a mãe dela, tá desestruturando a família, porque já tem gravidez precoce em uma irmã

que também sofreu violência do namorado. Então, tanto a mãe, elas, todos precisam de psicólogos, porque é um caso difícil. (E2)

Observa-se que a estrutura familiar foi colocada por alguns profissionais como necessidade em saúde, destacando, entre os casos, famílias em que mais de um membro vivencia violência perpetrada por parceiro íntimo; mulheres que negligenciam o cuidado com a casa e com os filhos; membros da família com transtorno mental; gravidez na adolescência e conflitos familiares. É na dinâmica familiar que se concretiza grande parte da reprodução social, de modo que os profissionais compreendem sua composição desestruturada como um aspecto relacionado também à determinação da violência. Os depoimentos que seguem trazem temas que levam ao discurso da determinação social do processo saúde doença. Neste caso, a determinação está referida como centrada na dinâmica familiar.

Investigando a situação familiar dela, eu descobri que a gestação não era do marido dela, era do irmão do marido dela. Que o marido havia abandonado ela e quem estava vivendo com ela era o irmão. São situações que levam à violência, porque são situações que em elas vivem: promiscuidade. Ela me disse que não tinha, há 15 dias, nada pra comer na casa dela e quem ofereceu um prato de comida a ela e aos filhos dela foi o cunhado, por isso que ela tá grávida do cunhado. (E3)

O problema começava pela mãe. A gente foi ver que era um segundo relacionamento, que era com um cara que não era o pai das meninas [...]. Uma foi mandada embora de casa, a outra, que tá grávida desse bandido, provavelmente vai ser mandada embora de casa também. Uma situação que envolve várias pessoas na família. (E3)

Observa-se que a compreensão da dinâmica familiar como determinante da violência também aparece nos depoimentos e se relaciona às condições de vida das famílias. Também se constata a responsabilização das mulheres por essa determinação advinda de uma estrutura familiar que sai dos moldes da família nuclear socialmente legitimada. Alguns entrevistados reduziram ainda mais esse recorte, apontando para a determinação da violência centrada na dimensão singular, em que a mulher, ou a situação é compreendida como causa ou desencadeante de situações de violência, numa visão claramente desgenerificada do problema.

Qualquer violência causa um mal estar profundo. Você quer entender porque ele agiu assim. O que podemos fazer? O que levou essa pessoa a fazer isso? (E22)

A história sempre tem os dois lados, porque eu falei pra ela se valorizar, se dar o respeito. Ele disse que ela fica deitada em cima de uma cama, bêbada. Então foi muito bom eu ter conversado com os dois, a gente não pode ficar acusando só o homem. Ela também tem culpa no cartório, pois qual o homem que quer chegar e ver a mulher bêbada em cima da cama? [...] Falei pra ela que o homem não sai batendo à toa numa mulher que talvez a auto-estima dela estivesse baixa e que a gente precisava trabalhar isso. (E13)

O problema dela mesmo é a droga que ela usa e isso foi o que levou homens lá no centro a agredi-la. (E2)

Tem paciente que se o marido falar que vai dar uns tapas nela eu digo que tá precisando mesmo. Mas ela não. Ela pode ter os erros dela, mas erros cabíveis, que não merecem agressividade, uma super mãe, entendeu?(E7)

Quando ele chega em casa, estressado, se as coisas não estiverem prontas, se a roupa tiver atrasada, o almoço tiver atrasado, é uma forma dele descontar nela. (E12)

Eu não sei o que aconteceu na época que ele perdeu a paciência com ela. Se foi algum súbito que deu nele, ou se ele era acostumado. (E6)

Os relatos revelaram também uma compreensão sobre “a mulher” como responsável pela violência vivenciada, limitando a compreensão a uma visão prescritiva em relação ao enfrentamento do problema.

Sobre a agressão à mulher, é a mais injusta que tem, porque o homem é mais forte que a mulher. Se ele for pegar uma mulher pra brigar, ele acaba com a mulher porque ele é mais forte. Então, são coisas que deveriam ter uma punição mais rígida e uma conscientização das mulheres para que elas não ficassem acanhadas em denunciar. (E2)

As mulheres que sofrem violência acabam achando que elas merecem. A mulher precisa abrir a mente, precisa rever seus valores [...]elas precisam de psicólogo pra ajudar, uma terapia em grupo. (E3)

Ela tinha que se respeitar primeiro pra que ele pudesse respeitar ela. Pra ela não poder mais, ficar provocando aquelas brigas, pra se afastar, dar um tempo. (E13)

A mulher se sujeita a muitas coisas por conta de gostar de alguém. A pessoa se sujeita a apanhar, a ser xingada, a ser maltratada, pelo fato de gostar. E aí eu penso que essa atitude tem que ser mudada, que as mulheres têm que começar a se valorizar. Só apanha mesmo quem quer, ela podia deixar essa pessoa. (E13)

O depoimento a seguir traz um discurso que revela uma compreensão da violência como um fenômeno determinado pela necessidade de um homem destituído do exercício de poder pela situação de subalternidade social, em exercer a dominação na única relação de poder que o legitima como dominador, que é a

relação conjugal. A relação de gênero aparece como a única possibilidade de um homem subalternizado pela classe e pelo saber conseguir manifestar de alguma forma o seu poder, exercendo a violência. Apesar do discurso da profissional trazer esse aspecto, ela não reconhece essa determinação e elabora um pensamento que identifica e reproduz o ideário hegemônico androcêntrico que relaciona saber e trabalho como uma exigência social para o âmbito do mundo masculino.

*A casa melhorou um pouco depois que o filho arrumou esse emprego. Pois o pai, além de ter medo do filho porque ele é maior, é o filho que sustenta a casa [...] Mas eu acho que não é só a bebida, o espírito de nordestino, o espírito de agressividade é a maneira que ele tem de ficar um pouquinho superior, porque ele se considera a lama, ou seja, de todos, ele é o pior, porque a esposa ainda é “do lar” e ele é um **homem**, sem trabalho, sem cultura. (E7)*

Divergindo em alguns aspectos da visão individualizante sobre a determinação, alguns discursos observados nas entrelinhas dos relatos trazem um recorte mais ampliado dessa compreensão. Os entrevistados reconhecem aspectos relacionados à inserção social como determinantes da violência, revelando uma compreensão que relaciona, em parte, o âmbito da dimensão particular. A desigualdade centrada nas diferenças, a produção social, a inserção de classe social, o acesso à educação e a naturalização social da violência são revelados nos depoimentos abaixo. Entretanto, a determinação de gênero, categoria central para a compreensão da violência, não é uma perspectiva que perpassa a compreensão dos entrevistados.

A violência não está no fato hoje só de o homem ter ainda maior força física que a mulher. A violência está na falta de tolerabilidade, as pessoas terem a capacidade de serem tolerantes, de aceitar e respeitar o outro com a sua diferença [...].A gente vive numa sociedade doente, paternalista. (E8)

Então a violência contra a mulher vai continuar a existir. Contra a mulher, contra a criança, trabalho escravo, todo tipo de violência. A violência não é só contra a mulher, a mulher sofre mais porque ela é menos forte fisicamente. Mas é a estrutura familiar dela que está poluída, a falta de uma situação financeira, falta de sonhar, de perspectiva de melhora. (E8)

Não tem perspectiva de vida. Às vezes fica com o agressor porque não tem outra saída pra ela, porque é dependente economicamente dele. (E17)

Acho que é mais uma questão de classe social a violência doméstica. Eu atuo em consultório particular, onde atendo pessoas de uma outra classe social que não é tão periférica isso acontece também. Mas aqui na periferia é como se não tivesse recalque das pulsões, a agressividade faz parte da pulsões. Só que tem a lei que vem, desde ali de trás, inserida. A questão da proibição incesto e tal. Mas na periferia essa inserção na lei vem de outra maneira. (E19)

São violências em função de uma dependência alcoólica, do desemprego. É onde isso mais acaba acontecendo. São outros fatores que estão relacionados [...]. A violência direta, acredito que também seja freqüente, mas surge muito menos do que a que vem em co morbididade com outras condições sociais. (E20)

Não existe medicação específica pra uma violência doméstica. É mais uma questão educacional, social. A não ser que exista uma co morbididade orgânica de fato comprovada. Mas se fosse isso, não sei se ele iria bater só na esposa, iria bater em todo mundo. A questão educacional, não porque diretamente ele não foi educado, mas porque, de geração em geração, não houve essa prática educacional cultural, então acaba se carregando. (E20)

A comunidade acabou aprendendo dessa forma e isso acaba acontecendo também dentro da própria cada dela e, algumas vezes, as pacientes são vítimas de violência, mas acabam não achando que aquilo é uma violência. Acabam entendendo aquilo como uma violência quando acaba passando do normal, quando isso extrapola, quando deixa cicatrizes físicas. Elas toleram muito mais essa violência doméstica do que se fossem pessoas mais orientadas, mais cultas, mais estudadas. (E20)

Eu acho que a violência demonstra uma séria situação de vulnerabilidade social. Quando a gente pensa nas ações, nas intervenções, a gente precisa elencar quais são as vulnerabilidades pra poder fazer as intervenções. (E21)

Convergindo com essa compreensão no que concerne à determinação da violência, os depoimentos revelam o reconhecimento de necessidades relacionadas à compreensão de condições de vida mais vinculada aos determinantes sociais. Observa-se, ainda que nos limites de um enfoque desgenerificado da sociedade, possibilidades para o reconhecimento da dimensão particular que compreende o grande número de mulheres na sociedade que compartilha uma condição de subalternidade social.

Uma assistência a essas mulheres nesse tipo de situação. Sem moradia, sem trabalho, sem nada. Onde o único recurso é o sistema público de saúde. A gente tentou ajudá-la no que pôde, mas na parte social, a comunidade dela própria ajudou. (E4)

Necessidades sociais. Por não ter um componente orgânico grave, mas um reflexo de uma questão social doentia, onde o paciente acaba de uma certa forma perdendo o sono porque não consegue administrar a pouca renda que tem. Pode faltar comida, ou acaba gastando dinheiro com

outras coisas, ou até o dinheiro que o marido deveria estar usando um pouco mais em casa, usa com bebida, com outras coisas. (E20)

Observa-se na compreensão dos profissionais entrevistados que as necessidades em saúde estão relacionadas a condições de vida precárias, ao desemprego, falta de acesso a renda, moradia, alimentação, dependência química, assim como à dinâmica familiar problemática. A análise da observação das práticas, a caracterização do território, assim como os relatos dos profissionais e das mulheres entrevistadas pontuam fortemente as condições sociais de exclusão às quais a população do território está submetida.

Assim, as necessidades relacionadas e produzidas nessa estrutura social são passíveis de captação, mesmo antes da expressão individual que se apresenta travestida em demanda no serviço de saúde. Desse modo, mediante os processos de desgaste evidentes no território, esta característica deveria ser o fundamento de toda a organização das práticas profissionais, no serviço, no sentido de superar o modelo vigente de atenção medicalizada, fragmentada e individualista.

Os depoimentos a seguir ilustram o território como um contexto de subalternidade e exclusão social. Esse aspecto determina diversos problemas sociais, a exemplo do tráfico de drogas, desemprego e violência urbana, que aparecem diretamente relacionados com a questão da violência doméstica.

É difícil porque você olha uma pessoa na situação dela e pensa que é uma pessoa que não quer nada. Mas a gente tem que se colocar no lugar dela: é uma pessoa viciada, que não consegue largar e no meio que ela está fica difícil, porque ela vive praticamente dentro de uma “boca”. (E1)

Eu acho que nessa região que eu trabalho aqui do capão, o desemprego é muito grande. Como não tem o que fazer, dormem até muito tarde, às vezes você vai fazer uma visita domiciliar, duas horas da tarde, a mulher não levantou, não tomou café da manhã. Você imagina que horário que ela vai dar almoço pra criança dela. Então, existe uma desestrutura familiar muito grande nessa região, é muita pobreza, muita desestrutura. É o pai que abandonou a família, deixou a mãe com vários filhos e ela tem que trabalhar. As filhas ficam jogadas, não tem orientação. (E3)

Uma região onde tem muito bandido. Ela morre de medo que ele mate a mãe dela, então, ela fica se sujeitando a esse indivíduo [...]. O rapaz que jogou ela do carro é um bandido muito procurado aqui no capão redondo. Ela falou pra gente aqui: “o meu namorado é ladrão de banco grande”. (E3)

Periferia. O cara que ela namora é um cara bonito. Mesmo saindo da prisão, o que elas querem é um cara assim porque ele tem poder, ele é

“chefe” elas se sentem tipo protegidas. Rouba banco e gosta de matar polícia, então ela se sente assim. (E2)

É uma região muito violenta. Tiverem dias dos próprios pacientes ligarem pra unidade e mandar fechar por causa do tráfico de drogas. Hoje é mais fácil, porque muitos pacientes que causavam problemas na região faleceram. [...] ao mesmo tempo que a gente tenta cuidar, a gente também se expõe e infelizmente a gente tem que trabalhar dentro de um limite de segurança. (E11)

Era uma pessoa extremamente perigosa e ela colocaria ela e a filha e o resto da família dela em perigo, porque ele é um bandido. (E17)

Nessa área que é violenta do capão redondo, as pessoas às vezes ficam constrangidas, mesmo os vizinhos, às vezes é mulher de bandido. (E22)

Então ela tem um problema muito sério e, infelizmente, ela mora numa região onde tem muita violência. (E3)

Observa-se nos relatos que o tráfico de drogas é um problema marcante no território e tem relação com as histórias das mulheres vítimas de violência, cujos casos foram relatados pelos profissionais entrevistados. O alcoolismo e a drogadição também emergiram significativamente nos depoimentos, revelando o uso abusivo tanto por parte das mulheres agredidas, como dos agressores.

Meu tio bebe, teve um caso que ela falou que foi agredida por ele, quando estava bêbado. (E1)

Eles começaram a brigar muito. Ela ficou grávida e chorava aqui na sala. Dizia que não queria mais ficar com ele e ele começou a beber e usar droga. (E6)

É tanto que eu tinha colocado no prontuário dele como um detalhe, para que quando ele viesse em consulta, eu me lembrar: “Bebe bastante” [profissional lê no prontuário que está em mãos]. (E7)

Depois que bebe o marido fica nervoso, perde o controle. Algumas falam que “não, ele é sempre uma pessoa muito tranqüila trabalhadora, mas bebeu, muda completamente”. (E20)

Ele também usa droga. (E10)

Muitos dos casos que chegam estão relacionados a maridos que são alcoolistas, que fazem uso abusivo ou tem dependência de substância, de não ajudar a mulher a cuidar dos filhos, de delegar a responsabilidade do cuidado da casa pra ela. Se ela não faz, isso é motivo pra agressão verbal, pra ameaça. A grande maioria das situações que aparecem é nesse sentido. (E21)

O marido saiu de casa, alcoolista, não deu assistência à mulher (E21).

Ele chegava em casa bêbado, fazia xixi em cima das coisas, achando que era o banheiro e isso desorganizou bem a vida dessa mulher (E22).

Depoimentos de mulheres entrevistadas também apontaram para a associação entre violência doméstica e uso abusivo de álcool:

A maioria das violências era em momentos em que ele estava bêbado. (M1)

O meu irmão, na época que ele bebia, chegava em casa bêbado e começava a me xingar, me esculhambar, me chamava de tudo. (M4)

Deixava de tomar os remédio pra poder beber. (M5)

Meu padrasto era uma pessoa muito boa. Só que quando ele bebia, ele ficava agressivo. (M7)

Meu pai bebia muito. (M10)

Ele bebia muito. Quando ele chegava em casa bêbado, sempre queria ter relações. (M13)

Cabe aqui uma breve discussão sobre a associação entre a violência e o uso de substâncias psicoativas, que vem sendo constatada em diversos estudos. A organização Mundial de Saúde aponta para o uso abusivo de álcool como um dos maiores problemas que contribuem para a alta magnitude da violência. Estudos realizados em todo o mundo mostram que, comumente, o uso abusivo de álcool precede o comportamento agressivo, podendo seu consumo estar associado tanto ao perpetrador quanto à vítima (WHO, 2009). O papel do álcool na violência doméstica estende-se por diversas formas de violência, incluindo a violência sexual, violência por parceiro íntimo e maus-tratos a crianças e idosos. (WHO, 2006).

O uso de álcool relaciona-se com a violência por ter um efeito direto sobre o funcionamento físico e cognitivo, contribuindo para a violência, através, por exemplo, da redução do autocontrole e da capacidade de reconhecer sinais de alerta. O uso problemático de álcool também pode desenvolver-se como um mecanismo de enfrentamento entre as vítimas de violência. Ainda é apontado que a exposição ao álcool no pré-natal pode afetar o desenvolvimento fetal e, conseqüentemente, estar ligado ao comportamento problemático na vida adulta, incluindo comportamento delinqüente e violência (WHO, 2009).

Pesquisa norte-americana aponta que em 50% dos casos de violência entre casais houve consumo de álcool pelo marido antes da agressão (Irons; Schneider, 1997). Outro estudo que analisou chamados policiais por violência doméstica

encontrou 86% de casos em que os agressores haviam consumido álcool no dia da agressão (Brookoff et al., 1997). Estudo longitudinal que investigou a violência doméstica antes e depois do tratamento para o alcoolismo entre homens constatou que 56% de sua amostra de homens alcoolistas relataram ter sido violentos contra suas parceiras. Esse percentual foi de 14% entre os homens do grupo controle (não alcoolistas). Um ano após o tratamento, esse índice caiu para 25% e entre sujeitos abstinentes, decresceu para 15%. (O'Farrell et al., 1999)

Na América Latina, em um estudo envolvendo oito cidades (Salvador e Rio de Janeiro, Brasil; Santiago, Chile; Cali, Colômbia; San José, Costa Rica; San Salvador, El Salvador; Caracas, Venezuela) foi constatado que 68% dos agressores tinham feito uso de álcool antes da agressão a suas mulheres. No Brasil, um levantamento domiciliar realizado no estado de São Paulo, mostrou que os agressores estavam alcoolizados em 52% dos domicílios com histórico de violência (Noto et al., 2004). Ainda no Brasil, um levantamento domiciliar, que incluiu 108 cidades brasileiras com mais de 200 mil habitantes, aponta que em 33,5% de 7.939 domicílios investigados foi relatado histórico de violência domiciliar, sendo 17,1% com agressores alcoolizados e 88,8% deles do sexo masculino, sendo a maioria das vítimas era do sexo feminino (63,9%). Estudo realizado na cidade de Diadema-SP avaliou que após a implementação de lei municipal que proibia a venda de bebidas alcoólicas após as 23:00 horas reduziu em 44% o índice de homicídios.

Vários estudos nacionais e internacionais têm investigado a associação entre a violência doméstica e o uso abusivo de álcool, entretanto, uma relação causal direta ainda não foi estabelecida. O consumo excessivo de álcool ainda é uma das maiores controvérsias entre as vertentes que tentam explicar a violência. Ainda não é consensual a relação causal entre álcool e violência (Fonseca et al., 2009). Afirmar essa relação como causal também poderia levar o álcool a ser utilizado como desculpa para atos violentos (OMS, 2009).

No que concerne à violência contra mulheres, a agressão doméstica associada ao uso de álcool continua sendo perpetrada majoritariamente por homens contra mulheres. Portanto, assumir o uso abusivo de substâncias psicoativas como *causa* de um fenômeno social e complexo como a violência seria cair no mesmo reducionismo positivista unicausal que interpretou por muito tempo a determinação da saúde-doença. O uso de álcool e drogas, assim como a violência, são fenômenos sociais

complexos que têm uma importante relação, constatada nos diversos estudos mencionados, assumindo uma associação complexa cuja determinação envolve vários outros aspectos sociais, psicológicos e biológicos.

Essa relação é constatada tanto em relação aos agressores, quanto em relação às mulheres que vitimizadas. Geralmente, mulheres utilizam álcool e outras drogas como tentativa de fuga da dor e sofrimento decorrentes da violência, de problemas e de traumas vivenciados (Dunnegan, 1997). Estudos mostram que mulheres feridas por um parceiro masculino possuem uma probabilidade duas a três vezes maior de abusarem de álcool e de terem usado cocaína do que controles. Além disso, mulheres em tratamento por problemas com álcool e outras drogas relatam altos índices de vitimização (Miller et al, 2000). Os depoimentos que seguem ilustram, os achados deste estudo referentes à associação violência e uso de álcool e drogas pelas mulheres.

Uma moradora da minha área é usuária de drogas. Ela foi ao centro da cidade para comprar medicamentos ou coisas assim e, quando ela voltou, estava com o rosto todo inchado, todo espancado. (E1)

Ele disse que ela fica deitada em cima de uma cama, bêbada. (E13)

O marido dela era usuário de drogas e traficante e a mesma também fazia a mesma utilidade das drogas. (E9)

Um casal, que tem a faixa etária de 36 e 37 anos são alcoólatras os dois, tem 6 filhos, o mais velho tem 14 anos e eles bebem todos os dias. O pai é muito violento, e ele não bate nas crianças, mas na esposa todos os dias bate [...]. O que a gente pode fazer a gente sempre tá fazendo. É difícil porque eles estão sempre alcoolizados e não têm compreensão de nada. O pior é que ela as vezes bebe até mais que ele, ele as vezes até a gente encontra são, mas ela não. (E15)

Os depoimentos mostram que o uso de drogas pelas mulheres se relaciona com a utilização pelo parceiro, com condições de vida precárias, aparecendo também como desencadeante da violência. Uma pesquisa realizada com mulheres em tratamento para o alcoolismo evidenciou que elas fazem uso abusivo de bebida alcoólica para esquecer ou amenizar as consequências de dificuldades financeiras; divergências na relação conjugal; violência física; exaustiva jornada de trabalho, entre outros problemas (Souza, Lima, Santos, 2008).

Estudo do tipo caso-controle realizado em João Pessoa-PB revelou um consumo maior nas famílias das mulheres agredidas (90,8%) do que das não agredidas (56,9%) (Rabelo,Caldas, 2008).

Constatamos que as necessidades em saúde reconhecidas pelos profissionais têm importante relação com as condições de vida determinadas pelo contexto de exclusão social que permeia as periferias das grandes cidades brasileiras. A violência nessa realidade dificilmente está sozinha, vindo acompanhada por condições de vida precárias, desemprego, violência urbana, tráfico de drogas e uso de álcool e drogas, entre outros problemas. Assim, na perspectiva de uma atenção em saúde que considere as necessidades das mulheres em relação à violência de gênero, essa concretude vivida cotidianamente precisa ser tomada como base para a organização da atenção à saúde nesse território.

4.4.2 Necessidades que remetem à autonomia como necessidades estruturantes para o enfrentamento da violência de gênero

A violência contra a mulher pode ser explicada como um fenômeno que se constitui a partir da naturalização da desigualdade entre os sexos, que se assenta nas categorias hierárquicas, historicamente construídas como um dos mecanismos ideológicos, capaz de legitimar o *status quo*, entre os quais encontram-se as classificações sociais e, aqui, a classificação baseada nas diferenças entre os sexos. Essa classificação permite a sujeição das mulheres nas relações de gênero. Na dominação entre os sexos, ideologicamente, o sexo masculino tem sido autorizado e estimulado a exercer a dominação, situação que tem permitido a legitimidade social. Contudo, essa dominação inferioriza as mulheres desqualificando o “outro” da relação como algo “natural” e insuperavelmente inferior, porque biologicamente diferente.

Em oposição a essa racionalidade, a perspectiva de gênero tem permitido, aos pesquisadores, enfrentar o desafio de repensar as desigualdades nas relações produzidas entre os sexos à luz da produção e reprodução dos diferentes contextos sociais e históricos, nos quais a submissão e a desigualdade contribuem para a manutenção das desigualdades que atendem aos interesses dos grupos hegemônicos.

Todavia, o palco da submissão feminina é também um campo de luta para o reconhecimento de seu estatuto de sujeito de sua história ao lado dos homens e não apenas de conformismo com a condição de sujeito sujeitado que tem o significado identificado com um objeto. Nessa perspectiva, a violência contra a mulher reproduz e perpassa um fenômeno que acontece na sociedade mais ampla que é a violência de classe, explicada como algo natural, racional e legal, a partir da idéia que invisibiliza o processo de constituição da violência, primeiro no âmbito do espaço público.

No âmbito do espaço privado, esse mecanismo ideológico se traduz na violência doméstica, como uma de suas formas e, contra as mulheres, ele é subentendido como “destino” que só pode ser enfrentado no contra-discurso, na oposição do determinismo que o enfoque de gênero e o âmbito da saúde permitem, ao visibilizar a necessidade do resgate da produção de uma necessidade para as mulheres oprimidas, a necessidade de liberdade e autonomia como condição imprescindível para sua existência civil, biológica, psicológica e social.

A autonomia (palavra que vem do grego *autós*=por si próprio + *nomos*=norma, lei) etimologicamente significa o poder de dar a si a própria lei. Filosoficamente, conduz o pensamento à idéia de liberdade, da propriedade pela qual o homem pretende poder escolher as leis que regem sua conduta, ou seja, dá possibilidade e capacidade de livre decisão dos indivíduos e grupos sobre suas próprias ações na vida (Lalande, 1999).

No informe *Objetivos de Desarrollo del Milenio: una mirada desde América Latina y el Caribe*, a autonomia foi definida como “o grau de liberdade que uma mulher tem para poder agir de acordo com a sua escolha e não com a de outros. Nesse sentido, existe uma estreita relação entre o ganho de autonomia das mulheres e os espaços de poder que possam instituir, tanto individual como coletivamente” (Organização das Nações Unidas (ONU), 2005, p. 114). Nesse sentido, a conquista da autonomia, no contexto aqui discutido, refere-se à capacidade e a promoção de condições concretas que permitam às mulheres reconhecerem que elas podem tomar livremente as decisões que afetam as suas vidas e exercer o poder de agir segundo tais decisões.

Fleury-Teixeira et al. (2008) propõem a autonomia como categoria norteadora da atuação em promoção da saúde que é a atuação para a ampliação do controle ou

domínio dos indivíduos e coletividades sobre os determinantes de sua saúde. Encontra-se aí o eixo que permite dizer que a promoção da saúde busca a ampliação da autonomia, o empoderamento individual e coletivo. Essa prescrição parece ter uma forte relação com as necessidades propriamente humanas, que remetem às necessidades de liberdade para a expressão de seu ser, fundamentadas na concepção marxiana de necessidades, sendo a autonomia condição para a saúde.

Neste estudo, os discursos apreendidos apontam para o reconhecimento pelos profissionais de saúde **de necessidades que remetem à autonomia**. Os significados trazidos nos relatos conformam essa necessidade relacionada à mulher como sujeito na tomada de decisões no âmbito das práticas em saúde, assim como a necessidade de instrumentalização para lidar com os conflitos determinados pela opressão e violência vivenciadas, de maneira a se fortalecer para o manejo das situações e do modo de andar a vida.

Uma convivência familiar um pouco mais harmônica. Não no sentido da não existência dos conflitos, mas que ela possa manejar os conflitos da melhor forma. Que os conflitos sejam material de mudança na vida dessa pessoa e não de paralisia, porque esses conflitos têm paralisado a vida dela [...]. Manejar isso pra que isso possa se tornar um aprendizado e um desafio pra que ela continue dando conta da vida. (E21)

Foi constatado o reconhecimento de necessidades que ampliam a concepção clássica da saúde pública e remetem às condições que potencializam o fortalecimento e a autonomia das mulheres como imprescindíveis para o enfrentamento da violência. O afeto, a auto-estima e a dinâmica familiar foram temas revelados como necessidades em saúde nos depoimentos dos profissionais.

A necessidade de auto-estima e que ela conseguir cuidar da saúde física e mental dela para estar bem e ir à luta. É o apoio moral e psicológico também que você tem que dar. (E16)

Trabalhar com a auto-estima dela e tentar motivá-la. (E15)

Talvez a auto-estima dela estivesse baixa e que a gente precisava trabalhar isso. (E13).

Fortalecer as emoções dessas mulheres para o enfrentamento dessas problemáticas. Mostrar caminhos. (E16)

A questão de auto estima que estava sendo prejudicada. (E18)

Ela tinha uma necessidade afetiva muito grande, social. Diante disso, as intervenções deveriam ser voltadas a você trabalhar com a família onde ela está, pra que ela tivesse um acolhimento, afeto. (E6)

Os depoimentos remetem à autonomia mediante o fortalecimento pessoal e individual. A respeito dessa idéia, Breilh (2006, p.48) afirma:

A hegemonia requerida pela ordem social dominante também se constrói e se reproduz na saúde. E se forjam ilusões que procuram bloquear a coletivização da alma popular e visam a dissolução de seus recursos de organização coletiva. Procura-se impedir que os integrantes das coletividades subalternas se reconheçam como parte de uma classe dominada, ou como um povo dominado ou como um gênero dominado; busca-se criar barreiras materiais e obstáculos epistemológicos para que eles não cheguem a conclusões emancipadoras e compreendam que, sem destruir a estrutura de poder, é ilusório chegar a uma reivindicação, a não ser por um caminho individual; e assim, na saúde como noutros campos, forja-se a quimera da libertação por autogestão pessoal e pela simples autoconfiança pessoal [...] Quem pode negar a força da autogestão e a importância da autoconfiança pessoal como instrumento de libertação e intervenção? Entretanto, elas só funcionam em sentido democrático quando empregadas como alimento da organização coletiva, e não como seu substituto.

Essa compreensão é reproduzida no depoimento de uma mulher usuária do serviço, quando afirma:

A minha necessidade é conseguir me manter (forte) e eu tenho conseguido me manter. (M12)

Esse aspecto apontado sobre a motivação centrada apenas na pessoa converge para o que colocamos anteriormente quando discutimos sobre o reducionismo do foco excessivamente individual a partir do qual os profissionais de saúde compreendem os significados que se relacionam à violência e às necessidades em saúde. Nos depoimentos, foi revelada a necessidade de participação das mulheres no processo de enfrentamento da violência. Os discursos dos profissionais remetem à autogestão pessoal, à motivação interna individual e à tomada de decisão como necessidades que se relacionam à autonomia para a emancipação da opressão feminina, ainda em um plano individual, sem remissão ao âmbito da organização social como categoria oprimida.

Ela precisa mesmo de uma ajuda, mas só que precisa primeiro partir dela. (E1)

Ela tem que aprender a enxergar com os olhos dela. (E3)

A mulher precisa abrir a mente, precisa rever seus valores. (E5)

Eu orientei ela, disse que isso era momentâneo, mas que as decisões tinham que partir dela. Que existia apoio psicológico, apoio médico, mas que isso tem que partir dela. Eu não posso tá agredindo essa privacidade dela. (E11)

Essa atitude tem que ser mudada. As mulheres têm que começar a se valorizar mais, enquanto a atitude dela em relação a ela mesma não mudar, ele também não muda. (E13)

Entretanto, na noção que aparece nas entrelinhas dos relatos, pode estar implícito o risco do reducionismo que se traduz na desresponsabilização do serviço em relação ao problema. No campo da Saúde Coletiva, é fundamental a co-responsabilização do serviço de saúde, das mulheres e da sociedade como um todo para o enfrentamento de uma questão complexa que envolve, dialeticamente, desde aspectos subjetivos a aspectos da estrutura social como um todo. Aqui, os entrevistados superaram a compreensão de necessidades de conservação da vida, apontando para necessidades propriamente humanas, o que significa um recorte de objeto que se amplia, ainda que nos limites mencionados.

Nos depoimentos que seguem, as necessidades que remetem à educação também aparecem como necessidades fundamentais para a autonomia e enfrentamento da opressão pelas mulheres. Em seus depoimentos, os profissionais apontam para a educação como meio para a promoção da crítica e para a desnaturalização da violência e submissão feminina, reconhecidos como problemas históricos e sociais. No entanto, as entrelinhas de alguns depoimentos reduzem a educação a um significado mais relacionado à informação.

Educação de como essas mulheres podem buscar isso de uma outra maneira e não achar que isso é uma coisa normal. Educação em relação aos serviços, ao que ela pode buscar, educação em relação à lei, aos direitos dela. Durante muito tempo, historicamente, a mulher foi colocada numa posição submissa ao homem. (E19)

A paciente precisa ser orientada de que ela não precisa ser submetida a N situações só porque ela precisa dele. Mas fazer com que ela tenha a crítica disso é muito difícil, é difícil demais. É a mesma coisa que fazer com que um dependente químico pare de usar drogas porque aquilo pode prejudicá-lo. (E20)

No contexto teórico da educação para a conscientização, a autonomia é um dos grandes temas que atravessa o pensamento de Paulo Freire, quando discute sobre a educação para autonomia. A partir de seu pensamento sócio-político-pedagógico, a autonomia é a condição sócio-histórica de um indivíduo ou coletividade que tenha se libertado, se emancipado das limitações que restringem ou anulam sua liberdade. A autonomia defendida por Freire (1983, p.108) relaciona-se ao que o autor denomina de “ser para si” e, no contexto histórico de opressão sobre o qual e com o qual o autor escreve, autonomia está relacionada com libertação.

A noção de autonomia se opõe à noção de heteronomia, situação que um indivíduo ou grupo social encontra-se em alienação, em que se é “ser para o outro” (Freire, 1983 p.108). Nesse sentido, situações de opressão, a exemplo da opressão de gênero, configuram situações de heteronomia em que as pessoas vivem alienadas segundo regras sociais impostas. Assim, uma educação voltada para a conscientização e para a libertação é potente para conduzir as pessoas a serem autônomas.

A necessidade de autonomia também é trabalhada por Stotz (1993) nas idéias de educação em saúde. De acordo com o quadro conceitual adotado, a educação pressupõe indivíduos livres em condições de escolher seus comportamentos e ações. Na taxonomia de necessidades em saúde adotada por Cecílio (2001), a autonomia constitui um dos quatro conjuntos de necessidades que a compõem e diz respeito à necessidade dos indivíduos terem crescentes graus de autonomia no seu modo de levar a vida. Para o autor, a reconceitualização dessa necessidade é que a educação em saúde, assim como a informação, constitui apenas parte do processo de construção da autonomia dos sujeitos. A autonomia implicaria na possibilidade de reconstrução, pelos indivíduos, dos sentidos de suas vidas, o que teria peso significativo nos seus modos de viver. Isso inclui a luta pela satisfação de suas necessidades da forma mais ampla possível.

Uma análise aprofundada da autonomia é central para a compreensão da violência de gênero e das necessidades das mulheres que a vivenciam. Primeiro, a violência é definida como privação, negação da liberdade, o que interdita a autonomia das mulheres enquanto indivíduos sujeitos de sua existência. Para Chauí (1985), violência é uma relação de força caracterizada em um pólo pela dominação e,

no outro, pela coisificação. O pressuposto dessa definição tem base no pensamento de Espinosa(1973) apud Chauí (1995, p. 36).

A liberdade não é a escolha voluntária ante várias opções, mas a capacidade de autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir. É autonomia. Não se opõe à necessidade (natural ou social), mas trabalha com ela, opondo-se ao constrangimento e à autoridade. Nessa perspectiva, ser sujeito é construir-se e constituir-se como capaz de autonomia numa relação tal que as coisas e os demais não se ofereçam como determinantes do que somos e fazemos, mas como campo no qual o que somos e o que fazemos pode ter a capacidade aumentada ou diminuída, segundo nos submetamos ou não à força e à violência ou sejamos agentes dela.

A autora considera haver diferença entre a relação de força e a violência (ainda que uma seja uma realização particular da outra), afirmando que a relação de força, em sua forma mais pura, visa a aniquilar-se pela destruição de uma das partes envolvidas, enquanto a violência visa a manter a relação com uma das partes anulada pela sua diferença, submetida à vontade e à ação da outra. Para ela, “a violência perfeita é aquela que obtém a interiorização da vontade e da ação alheias pela vontade e pela ação da parte dominada, de modo a fazer com que a perda da autonomia não seja reconhecida, mas submersa numa heteronomia que não se percebe como tal” (Chauí, 1994, p.35). Esse pensamento explica um dos mecanismos que permitiram a constituição do patriarcalismo, uma das principais categorias contra a qual o enfoque de gênero tem aprofundado sua crítica

O patriarcado pressupõe a tutela masculina sobre o universo das mulheres, pressuposto incompatível com a idéia de liberdade e de igualdade entre os seres humanos. Desse modo, ao se constituir o patriarcalismo produz uma significativa contradição, uma contradição interna que interdita o enfoque dialético nas relações de gênero, porque a subordinação de um dos pares da relação conjugal legitimada no contrato sexual imprime assimetria e enfoque paternalista à relação, pois as mulheres estão sujeitas a consentimentos e não podem determinar sua liberdade nem sua autonomia de ser humano igual na diferença entre os sexos, sem desencadear mecanismos de repressão por violência física, social e psicológica.

A conquista da independência financeira e do trabalho no mundo público revelou-se, em alguns depoimentos, como necessidade das mulheres para sua transformação e libertação da opressão e violência. Este foi um aspecto convergente

entre os depoimentos dos profissionais e das mulheres usuárias do serviço de saúde entrevistadas neste estudo. Assim, os discursos que seguem, dos profissionais, revelam o reconhecimento de necessidades relacionadas à produção social como condição para autonomia e libertação das mulheres.

Estar inserindo ela e estar mostrando que existe outros caminhos. O caso da dependência financeira, tentar com a assistente social outras atividades pra ela poder produzir, não ficar dependente do marido. Se for o caso, um advogado pra separação. (E22)

Um pouco de coragem. Boa parte das mulheres que sofrem violência são mulheres que, de alguma forma, dependem financeiramente do marido. Algumas até sempre sofreram esse tipo de violência, de uma forma menos ou mais intensa, com o decorrer do relacionamento. Se elas tivessem como assegurar os cuidados com os filhos, cuidados com a casa, cuidado com a saúde eu acho que elas não se submeteriam mais à violência. (E20)

Depoimentos de mulheres que vivenciam violência revelaram a produção social, traduzida pelo trabalho remunerado, como necessidade intrinsecamente relacionada à autonomia e ao enfrentamento da situação de opressão que marca sua reprodução social. Apesar de o trabalho ter sido significativamente mencionado pelas mulheres quando questionadas sobre suas necessidades em saúde, é importante ressaltar que a autogestão financeira possibilita às mulheres maiores condições objetivas de superação das desigualdades de gênero, porém não as liberta totalmente dessas amarras. Essa superação requer a construção de novas relações sociais, o que implica na desconstrução do que está posto hegemonicamente como relação de gênero, em nossa sociedade.

Coragem pra arrumar um emprego porque eu trabalhando, eu tenho saúde, eu desempregada não tenho saúde. Tudo na minha vida depende de um trabalho e isso não é com o posto, é comigo mesma. Para isso, tenho que passar com o psicólogo, pra poder tá adquirindo um auto-conhecimento comigo mesma. Acredito que isso vai me ajudar muito a criar coragem a estar lutando. (M1)

Eu queria poder cuidar de mim sozinha sem precisar de outras pessoas. No momento, eu preciso do meu irmão, porque ele trabalha, eu não trabalho. Não tenho como me garantir, isso aí me incomoda. (M3).

Minha maior necessidade seria ter minha aposentadoria. Se eu tivesse minha casinha. Mas eu nem sei se eu vou ter mais esse sonho, com a idade que eu tenho [choro]. Eu quero trabalhar, eu quero fazer o que gosto[...]. Tenho diploma de cabeleireira, tenho diploma de confeitadeira. Só que a coisa que eu mais gosto é cozinhar. Eu era feliz quando eu trabalhava nesse serviço. (M12)

Eu não queria viver dependendo cada vez mais lá na minha casa, não quero isso pra mim. Então, no momento, a minha única solução é viver ao lado dele do jeito que eu tô vivendo. Esperar o bebê nascer, procurar um emprego e ver o que faço. Porque vai ser meio complicado, com um bebê, arrumar um trabalho, com que eu vou deixar ele?(M11)

Eu queria que meu irmão passasse a casa pro meu nome, porque se ele vier a fechar o olho, não quero nem pensar. Eu tenho certeza que eu tô na rua. (M2)

A conquista de maior autonomia pressupõe a libertação das mulheres das amarras determinadas pelo gênero que incluem a violência de gênero, a sobrecarga pela exclusividade nas responsabilidades reprodutivas e de cuidado, ficando excluídas das atividades produtivas e, conseqüentemente, dependentes financeiramente. A autonomia também pressupõe exercer os direitos reprodutivos e adotar todas as medidas necessárias para as mulheres participem em igualdade de condições nos diferentes processos de tomada de decisão do seu cotidiano. Em cada um dos aspectos assinalados existem desigualdades e práticas discriminatórias em que o Estado deve responder com políticas consistentes de promoção da autonomia física, econômica e política das mulheres. Assim,

as atividades produtivas são socialmente valorizadas e outorgam status e poder a aqueles que as efetuam. No entanto, não ocorre o mesmo com as correspondentes ao trabalho reprodutivo, que não implicam aporte econômico e carecem de valor social. Como produto das diferenças no posicionamento e valorização social que se dá ao trabalho produtivo e reprodutivo, as relações de gênero constituem instrumentos de poder e dominação, principalmente dos homens sobre as mulheres. Enquanto não se superem as separações clássicas entre o público e o privado, o produtivo e o reprodutivo, ou seja, a lógica dicotômica em que se apóia a distribuição de papéis e de espaços de interação alocados culturalmente a homens e mulheres na sociedade, por mais que as mulheres ampliem suas áreas de ação e seus papéis sociais, continuarão reproduzindo-se as desigualdades entre os sexos (ONU, 2005, p.37)

O depoimento que segue revela, além da violência de gênero sofrida pela entrevistada, a violência estrutural traduzida pela violência no âmbito da produção social, à qual muitas mulheres são submetidas. Gestante, vivendo em São Paulo com o marido, a mais de três mil quilômetros de distância dos demais familiares, a entrevistada foi destituída do trabalho e, socialmente, pela sua condição atual, lhe vem sendo negado esse direito, aspecto que limita suas possibilidades de enfrentamento da violência a que vem sendo submetida pelo cônjuge, pai do filho que espera e atual e único provedor.

A única solução que eu teria agora, que eu acho que poderia mudar minha vida é a separação. Eu não vou dizer que eu posso me separar agora, porque eu trabalhava [...]. Só que, com três meses, eu descobri que tava grávida, falei pro meu patrão e ele me mandou embora.. Então agora eu tô sem trabalhar e você sabe que agora é difícil de arranjar emprego. Eu moro de aluguel e eu não trabalho, tô grávida. Até tentei arranjar emprego numa casa de família [...]. Só que quem vai me dar um emprego grávida? Ninguém! Eu tava trabalhando e fui mandada embora por isso [...]. Eu gostaria que o serviço me ajudasse. Mas como o serviço vai me ajudar? O serviço de saúde não vai me ajudar a me sustentar. Não vai poder me manter, o governo vai poder me manter? Não! A única forma que eu poderia era arrumar um emprego só que eu não posso. (M11)

Em seu relato, a entrevistada revela que na situação em que está se encontra destituída de possibilidades de autonomia. Mesmo diante da decisão de separação, ela não dispõe de condições materiais para viver. A desinformação sobre os recursos sociais que poderia buscar também é visível, quando afirma que nem o serviço de saúde, nem o governo poderiam ajudar a enfrentar o problema. Nesse depoimento verifica-se uma identificação com o discurso que justifica o individualismo e aproxima-se daquilo que temos discutido sobre a concepção excessivamente centrada no indivíduo que rege o trabalho em saúde. O usuário é referido pelos profissionais como sendo o responsável exclusivo pelos problemas que dizem respeito à sua vida privada, de modo que o enfrentamento desse problema não é referido como tema ou conteúdo dos depoimentos dos profissionais.

Para Chaves (2010, p. 228), a responsabilização dos indivíduos para o enfrentamento das situações de saúde deve pressupor a reflexão sobre os processos que as determinam e as limitações relacionadas ao financiamento do SUS, que impõe fazer o mínimo em programas de saúde com amplas coberturas. Utilizando-se do questionamento da autora, “como responsabilizar famílias para a transformação de suas realidades, se políticas públicas não são promotoras de condições dignas de vida e autonomia para as classes mais pobres?”

A desigualdade social é concreta na realidade de sujeitos excluídos do trabalho e quando somada à desigualdade de gênero, que permeia a relação conjugal de violência, compromete exacerbadamente a reprodução social pela intercessão de iniquidades produzidas por duas categorias: classe e gênero, ambas numa alquimização que produz entraves para a autonomia, para a saúde e para a existência das mulheres, a exemplo do depoimento antes mencionado.

Chaves (2010), ao analisar as conferências de saúde ocorridas nos últimos dez anos, aponta que o enfoque da promoção da saúde prevê a adoção de estilos de vida mais saudáveis e o autocuidado como medidas necessárias, entretanto, propõe também a corresponsabilização do profissional e da equipe de saúde sobre os processos de promoção, prevenção e adesão dos usuários a essas medidas e aos tratamentos.

Alguns depoimentos trazem significados relacionados à responsabilização do usuário. Aqui, a responsabilização não aparece no sentido de co-responsabilidade, mas é reduzida ao significado de culpabilização dos indivíduos pela não adesão às intervenções propostas pelo serviço.

A doutora marca consulta com ela e ela não vem, o problema aí não é nem a ajuda, é mais dela ter uma atitude, que ela não tem. (E1)

Depende das pessoas também, não adianta só você tentar fazer as coisas. As pessoas que estão querendo ser ajudadas têm que procurar também ajudar pra que a ajuda dê certo. (E1)

A gente já tentou ajudar, mas eles não deixam e a gente fica sem saber pra onde correr. Todos nós da equipe já nos envolvemos. (E15)

Porque o paciente do posto, ele só quer exigir muito, mas na hora da obrigação deles, eles não querem nada. Então é nessa parte que o PSF deveria incentivar. (E10)

Os depoimentos a seguir revelam também a culpabilização, aqui relacionada à violência experienciada e a não tomada de decisões baseadas em condutas prescritivas, a exemplo da denúncia policial e a separação do cônjuge.

Ele tá morando lá e se ela tivesse tomado providências isso não estaria acontecendo. (E1)

Uma moça jovem e elas não estão nem separadas e não se interessam em separar nem em coisas melhores, como fazer um curso, estudar, elas pensam logo assim de engravidar [...]. As meninas ainda tem essa mente, elas não tem expectativa de vida melhor, elas não procuram coisa melhor. (E2)

Como geralmente o abusador é da própria estrutura familiar, parente próximo ou pai, elas acabam não relatando e não denunciam. Elas acabam calando e esse silêncio implica na não notificação. (E8)

O caso finalizou-se naquele atendimento, porque ela não quis prestar queixa nenhuma, ela só queria o atendimento pra questão da dor que ela estava sentindo e mais nada. (E9)

A compreensão de que os sujeitos são responsáveis por suas escolhas e condições de vida permeia os serviços de saúde, sendo também um enfoque encontrado em muitos programas. Esse aspecto constitui uma estratégia que nega a construção de um projeto coletivo de transformação social. A capacidade dos sujeitos de fazer suas escolhas tem como pressuposto fundamental a garantia da autonomia e da igualdade, necessidades que não poderiam prescindir de uma transformação da estrutura social vigente.

No entanto, o resgate da autonomia possível é uma necessidade premente, fundamental para a saúde e coloca em discussão tanto o modo como se medicaliza e institucionaliza a vida dos indivíduos, quanto a desconsideração dessa dimensão pelos serviços. É impossível falar em autonomia absoluta, visto que não é possível negar as forças determinantes difíceis de controlar e que os espaços de liberdade são quase privilégios. No entanto, é importante o resgate dessa necessidade de se restaurar uma certa autonomia humana, uma vez que a doença e os processos destrutivos relacionados são determinados também pela alienação do homem (Mandu, Almeida, 1999). Para Chaves (2010, p.41),

a intervenção na determinação da realidade atingiria os interesses das classes dominantes. Para que o indivíduo possa realmente fazer suas escolhas seria necessário um longo processo de conscientização dos cidadãos e consequentemente de transformação da sociedade, na qual se garantiria a igualdade, autonomia, liberdade e acesso a bens necessários para a vida como dignidade para todos.

Para Loforte (2004), a conquista da autonomia, entendida como o controle sobre a sua própria vida e corpo e o direito a uma identidade independente e ao auto-respeito, é precedida de duas condições: uma delas é a consideração das necessidades e interesses de homens e mulheres pelas políticas e programas para atingir a equidade de gênero; a outra é apoiar estratégias que tenham como objetivo o fortalecimento e empoderamento feminino.

De acordo com Fonseca (2005, p.458), o enfrentamento do desafio colocado para a conquista da equidade de gênero e autonomia das mulheres requer

re-olhar, com esmero e cuidado, a situação de milhares de mulheres que sofrem iniquidades no cotidiano, indignar-se com isso e mover-se para as transformações, mais que na idealização inatingível da felicidade individual e coletiva, descontextualizada e ahistórica, cidadãs-trabalhadoras devem ser atendidas de acordo com as necessidades do seu

perfil de saúde-doença, compreendidas à luz da sua condição de gênero, situação de classe, perfil de geração e outros recortes analíticos.

4.4.3 As necessidades relacionadas à dicotomia biopsico: a medicalização das necessidades em saúde

Ao se falar em necessidades no âmbito das práticas em saúde, implicitamente, fala-se sobre necessidades identificadas pelos profissionais, traduzidas ou não em demandas. Ao mesmo tempo, tenta-se qualificar a potência das práticas em saúde para reconhecer e atender essas necessidades. As necessidades são traduzidas em demandas individuais que são expressas pela procura espontânea pelos serviços de saúde. Desse modo, as necessidades em saúde também são determinadas pelo reconhecimento e respostas dos serviços frente a essas necessidades (Cecílio, 2001).

Em revisão de literatura sobre o tema necessidades no campo da saúde, Campos e Bataiero (2005) constataram que os serviços de saúde têm abordado necessidades como sinônimo de necessidades de cuidados a agravos ou a atenção voltada para eventos específicos do ciclo vital, a exemplo da atenção a mulheres, centrada no ciclo reprodutivo (pré-natal e planejamento familiar). Com base nas publicações analisadas pelos autores, pode-se inferir que a tendência dos serviços de saúde tem sido a de tomar necessidades em saúde como necessidades relacionadas ao adoecimento, apreendida como expressão biológica ou ampliada no máximo para a expressão biopsíquica do corpo individual de sujeitos tomados como abstratos, desconsiderando o coletivo nesse processo (Campos, Bataiero, 2005).

As necessidades em saúde quase sempre estão referidas à assistência à saúde, representada pela demanda e pela oferta de ações nos serviços. Os usuários buscam nos serviços algo, uma ação advinda dos profissionais de saúde que resolva ou minimize o problema que ali o levou. Contudo, dada a circularidade entre as necessidades e o processo de trabalho instaurado para satisfazê-las, explicada por Mendes Gonçalves (1992), o resultado dessas ações tem sido reconhecido como resposta às necessidades que levaram o usuário ao serviço. Assim, valendo-se dessa resposta obtida, o usuário reitera o que precisará em situação semelhante. Por isso, o modo de organizar o trabalho em saúde será não apenas uma resposta às

necessidades, mas também um contexto instaurador de necessidades (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996).

Estudos demonstram que as mulheres que vivenciam violência têm algo mais a dizer além das queixas que trazem aos serviços de saúde, ou seja, nas relações de gênero, a dominação masculina tenta impor silêncio às mulheres envolvidas em relações violentas, de modo que, quando buscam os serviços de saúde, trazem um discurso indireto e quase sempre falam de outras queixas (D'Oliveira, 2000). Esse aspecto pode ser explicado também pelas respostas que as mulheres, historicamente, têm recebido dos serviços de saúde, de modo que, quando suas necessidades são traduzidas em demandas por assistência a agravos instalados, os serviços instauram essas necessidades às mulheres. Assim, elas mesmas as traduzem em demandas físicas no intuito de serem acolhidas pelo serviço.

A transformação da violência vivida em demandas por assistência à saúde e o reconhecimento dessa demandas como pertinentes à ação dos profissionais requer a possibilidade de expressar o vivido em termos de adoecimento ou risco de adoecer. Só assim os profissionais poderão escutar e qualificar o suficiente para acolherem a demanda como passível de intervenção no serviço de saúde (D'Oliveira, Schraiber, Hanada, 2009). Neste estudo, esse aspecto foi reiterado, de modo que as necessidades em saúde trazidas pelas mulheres foram reconhecidas pelos profissionais como demandas relacionadas às necessidades de assistência a agravos de ordem física, o que traduzimos no que pode ser denominado de processo medicalizador de necessidades.

O depoimento a seguir revela essa compreensão biologicista, mostrando que a violência não é compreendida enquanto problema que tem relação com a saúde quando não aparece visivelmente no corpo físico.

A saúde da mulher está bem. Ela só é magrinha. O exame dela hoje estava tudo bem, não deu anemia, não deu nada, ela agora tá bem. Eu acho ela um pouco deprimida, ela não é ansiosa, mas como ela tem faces de acabada, então eu achei que ela necessita de alguma ajuda. Você olha pra ela, ela vive rindo [...]. Mas, às vezes, ela pensa que tá doente, marca consulta, vem aqui, diz que acha que tá com dor na barriga. Mas, na verdade, eu acho que ela quer é conversar, porque ela entende muito bem quando eu falo que ela tá bem. Diferente daquele outro paciente que chega aqui e afronta e fala: “eu tô ruim, eu tenho certeza que eu tô ruim”. Ela aceita muito bem minha opinião, como a agenda tá aí, marca quem quer, e ela quer marcar toda semana, quem sou eu pra impedir?
(E7)

O depoimento traduz perfeitamente a busca constante de mulheres que vivenciam violência aos serviços de saúde trazendo queixas vagas e recorrentes. Essas queixas, porque não inscritas nos corpos e não comprovadas em exames, são desvalorizadas pelo profissional, que, inclusive, compreende que cabe a ele a decisão de definir o bem-estar da usuária, que “entende muito bem quando o profissional fala que ela está bem”, mas continua agendando consultas, a cada semana. Essa característica é comum entre mulheres que vivenciam violência. No entanto, quando deveria ser utilizada como um importante elemento para o reconhecimento da violência, ou de que as suas necessidades não estão sendo atendidas - por isso essa busca incessante - é desvalorizada, porque não enquadrada como doença.

Campos (2005), em estudo sobre necessidades em saúde reconhecidas pelos profissionais de uma UBS aponta aspectos convergentes com o presente estudo. A autora coloca que os trabalhadores da UBS tomam por objeto de trabalho os sintomas e as doenças de sujeitos que conformam a demanda espontânea da unidade de saúde. No presente estudo, os depoimentos que seguem ilustram o processo medicalizador das necessidades identificado nos relatos dos profissionais sobre atendimentos de mulheres em situação de violência.

Ela foi muito machucada. A necessidade dela era passar com a médica, ver se ela tinha sofrido aborto, se chegou a afetar a gravidez. (E2)

As necessidades que acho mais importantes, em primeiro lugar, a saúde dela. Tem tantos filhos e nunca fez um Papa [Papanicolaou]. Também a laqueadura é importante, porque quantos filhos mais ela vai pôr no mundo? (E15)

Ela estava grávida, a necessidade era justamente o pré natal. (E4)

Da saúde específica da mulher, é aquilo que eu falei. Ficar disponível na unidade, ser acompanhada sempre. Ter apoio de todos os lados, e, evidentemente, com o apoio psíquico e ate mesmo a saúde orgânica que está prejudicada porque a pessoa nem tem tempo de se cuidar. (E22)

O caso dela é um caso muito sério, porque ela é bem magrinha e a alimentação é inadequada, é alcoólatra, fuma tabaco, cigarro, craque. Então ela precisa, primeiro, de uma estrutura maior, uma clínica pra ver se consegue resolver o problema dela com o tabaco, que já prejudicou inclusive o pulmão, tem manchas no pulmão. (E1)

Os relatos apontam para o reconhecimento de necessidades reduzidas à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, num recorte individual que, em alguns casos, foram ainda mais reduzidos quando se referiam à gravidez. Assim, a violência que é

captada numa consulta pré natal não é considerada na tradução das demandas trazidas pela mulher, a não ser no sentido de verificar se afetou a gestação. O foco da atenção à saúde das mulheres, além de desconsiderar a violência ao eleger o objeto de trabalho, mesmo estando frente a ela, é reduzido aos aspectos reprodutivos e biológicos do corpo feminino.

Cowley, Mitchelson e Houston (2004) destacam que trabalho para identificação das necessidades em saúde deve ser fundamentado em referenciais que possibilitem o desenvolvimento de ações com critérios e ferramentas preestabelecidas. As autoras apontam a visita domiciliária como uma atividade potente que aproxima o conhecimento científico e a realidade social. Em estudo sobre as mudanças nos discursos de visitantes na avaliação das necessidades em saúde durante a VD, as pesquisadoras apontaram que os profissionais não utilizam instrumentos para a identificação das necessidades dos usuários, fundamentando-se num enfoque da epidemiologia clássica associado a fatores de risco previamente definidos. Para as autoras, os usuários seguiam a mesma lógica, reiterando o que o serviço esperava deles. Esse fenômeno foi identificado como medicalização da visita domiciliária, processo no qual essa ferramenta perde o seu potencial de identificar indivíduos vulneráveis, porém, atende os propósitos pré-estabelecidos pelo serviço. Esses achados corroboram os do presente estudo.

Quando não reduzidas ao corpo, as necessidades foram traduzidas em necessidades relacionadas à saúde mental, revelando ainda o enfoque fragmentado e fatorial da saúde pública na ótica dos serviços de saúde. Foi significativa a menção da necessidade de atendimento especializado em saúde mental, revelando a dicotomia mente-corpo no trabalho em saúde, na qual o corpo aparece como objeto de trabalho dos profissionais de saúde. Desse modo, quando um problema não está inscrito no corpo ou foge à lógica medicalizadora de doença, como acontece com a violência, está inscrito na mente e requer atenção específica na área de saúde mental.

Precisam de psicólogos, porque é um caso difícil (E2).

Ela é emocionalmente muito abalada, então eu acho que ela precisava de um tratamento psicológico, um apoio. Mas ela não aceita, ela não quer mostrar pra ele que ela é fraca. O físico dela ainda não tá tão agredido, ela é emagrecida, mas não tá tão agredida. (E8)

Ela é uma pessoa depressiva, ela, vira e mexe, tem um DNV (distúrbio neurovegetativo), ela chega aqui no posto ela grita. Quando ela me vê ela se segura, diz que tá precisando de ajuda, de algum remédio pra se controlar porque tá muito agressiva. (E14)

Ela precisava de um apoio com um psicólogo pra avaliar a parte emocional, Porque ela estava muito fragilizada pelo trauma de apanhar, da vergonha de apanhar na rua. A outra ter sido queimada, todos esses dois casos na mesma família precisam de um apoio psicológico. (E3)

Precisava passar no psicólogo por causa do choro[...]tomar alguma medicação, ela não tá dormindo. Eu marquei a consulta e ela não veio. (E5)

Eu acredito o que existe é uma doença mental, um desequilíbrio, cuja causa está se investigando. Pode ser só um comprometimento psicológico, emocional, em função desses mal tratos, esse abuso. (E8)

Ela precisava muito de atendimento psicológico. (E9)

Ela precisava de um tratamento psicológico, um apoio. (E12)

De acordo com Schraiber (2000), pesquisas apontam uma maior prescrição de analgésicos, tranquilizantes e encaminhamentos para serviços de saúde mental para mulheres que vivem em situação de violência, ainda que o diagnóstico não seja registrado. Desse modo, como a raiz do problema não é tematizada, estas condutas podem acabar por fortalecer processos destrutivos, além de não ajudar o enfrentamento do problema, já que estas mulheres possuem maior risco de suicídio, por exemplo. Estes encaminhamentos e medicações aparecem como indicação de que o problema é fundamentalmente delas e de sua forma de comportamento e relacionamento e não também do agressor, do serviço, do setor saúde e da sociedade. Em relação à tradução das necessidades das mulheres que vivenciam violência em agravos de ordem mental, a autora coloca que

no campo específico da Saúde Mental, muitos adoecimentos são antes sofrimentos que patologias delimitadas na nosografia médica. Neste sentido, a noção de "sofrimento" poderia aproximar-se um pouco mais do vivido pelas mulheres em situação de violência. No entanto, também os sofrimentos nesta esfera mental tendem a ser transformados em ansiedades, depressões ou toda sorte de quadros mórbidos passíveis de intervenção no campo médico por meio de tecnologias conhecidas, e com a qual os médicos estão familiarizados. Em nome da "segurança na intervenção", da perspectiva do próprio profissional, os médicos não hesitam em simplificar (reduzir à sua nosografia) o quadro de sofrimento das pacientes (Schraiber, 2003, p. 45).

Estudos trazem a relação intrínseca entre violência de gênero e agravos relacionados à saúde mental. Sabemos que a violência tem intrínseca relação com a saúde física e psíquica, enfim, com todos os aspectos que conformam a saúde das mulheres. Porém, a crítica que se faz relaciona-se à limitação da atenção aos agravos em si, desconsiderando a sua determinação, que envolve a opressão, a violência, as relações de gênero e todas as relações que permeiam seu modo de vida. É importante cuidar dos agravos e não queremos aqui destituir o setor saúde dessa atribuição, que lhe compete. Mas há que ir além deles.

Conforme discutido anteriormente, os serviços de saúde estão próximos à maioria das mulheres que vivenciam violência que, por um motivo ou outro, os utilizam em seu cotidiano. Assim, esses espaços têm o dever de se constituírem como locais de acolhimento e apoio e não mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformar sua situação de opressão.

Ainda, quando enunciada, a violência doméstica não é reconhecida, nem tomada na definição de necessidades pelos profissionais de saúde para o trabalho, já que não existem ações técnicas previstas para isto. Portanto, ainda que a mulher verbalize para o profissional de saúde a violência sofrida, ou que este a identifique de outras formas, como pelas lesões físicas, conforme constatamos, o profissional não toma o problema como demanda do campo da saúde.

Assim, ele pode expressar sua opinião sobre o assunto ou escutá-la, mas suas atitudes são identificadas mais como de caráter pessoal e não profissional e técnico, inerente ao trabalho. Esse aspecto é confirmado nesta subcategoria, na qual, ao falarem de necessidades em saúde, os profissionais traduzem imediatamente o problema em demandas relacionadas a patologias física ou psíquica para justificarem suas intervenções.

Os discursos revelaram limitações no reconhecimento de necessidades de mulheres que vivenciam violência pelos profissionais de saúde e tais limitações revelaram uma necessidade que é premente quando se trata de violência de gênero: **a necessidade de que a violência seja reconhecida enquanto problema e como uma demanda cuja atenção é inerente aos serviços de saúde.** Se, por um lado, as mulheres que vivenciam violência buscam os serviços de saúde trazendo demandas sobre outras queixas, por outro, isso representa um desafio a ser enfrentado pelos serviços: a tradução dessas demandas nas necessidades que as produzem,

considerando a violência e a subalternidade de gênero como determinantes desse processo. Esse reconhecimento é primordial para a abertura de possibilidades de práticas que fujam da limitação à lógica medicalizadora dominante.

Entendemos, a partir dos discursos revelados, que a violência, quando captada pelo serviço consiste numa demanda compreendida como problema “social”, como “não-doença” ou ainda traduzida em uma patologia passível de intervenção pelo serviço, passando esta a ser a necessidade reconhecida e o foco, o objeto de todo o trabalho em saúde. Assim, reduz-se ao individual um fenômeno determinado pelas interações sociais. Schraiber (2001) chama atenção que, ao se tentar traduzir a violência em doença, pode-se incorrer na reiteração da idéia de vitimização, colocando as mulheres nesta situação, assim como os doentes, compreendendo-os como sujeitos incapazes que necessitam de tutela especializada.

Esses limites do processo que medicaliza as necessidades em saúde quando frente a problemas complexos, como a violência, são dados pela ausência da possibilidade de uma antevisão de resultados, de modo que o que se encontra é uma impossibilidade tecnológica: o profissional, como todo trabalhador, só pode reconhecer e aceitar uma incumbência de intervenção sobre o que visualiza de antemão como objeto de sua competência técnica (Schraiber, 2000). Os depoimentos revelaram a compreensão dos aspectos sociais como problemas não inerentes à atuação do setor saúde, numa visão dicotomizada dos significados de problemas médicos e problema sociais. Os depoimentos que seguem ilustram o achado.

Me senti desamparado em não saber lidar com a situação, porque a questão é mais social do que médica e como a gente não tem serviço social aqui no PSF, a gente fica meio perdido. A gente acaba sendo um “tapa buraco” na verdade. (E5)

Não tenho visto muito essa queixa aqui (refere-se à violência). As mulheres não trazem muito essa queixa. Talvez elas não tragam essa queixa em função de que elas olham o procedimento como médico mesmo, aquele em que você quer muito tratar a doença, o diabetes, hipertenso. No caso da gravidez da mulher, acompanhamos toda a gravidez, se é de risco, se não é. Mas essa fala da violência, eu não vejo isso. (E17)

Os discursos remetem a significados que relacionam problemas sociais como atribuição de serviços específicos dessa área, compreendendo que, quando atua nesses aspectos, como profissional de saúde, está preenchendo uma lacuna que não é

sua atribuição. Assim, pensar em necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência como necessidades isoladas nos indivíduos e famílias e, ainda, como problema social cuja atenção compete a outras especialidades que não a saúde é permanecer numa situação abstrata que desconsidera e não intervém no enfrentamento dos determinantes da saúde. Além de pensar em uma prática centrada nas necessidades ainda que travestidas pelo adoecimento aparente, é preciso ampliar o recorte do objeto de trabalho, relacionando as necessidades em saúde aos modos de vida, às discriminações sociais e ao aprimoramento humano (Mandu, Almeida, 1999).

A Saúde Coletiva constitui o campo teórico-prático que articula as ciências da saúde com as ciências sociais, sendo uma área que se ocupa dos aspectos sociais relacionados ao processo saúde-doença, que interagem, dialeticamente, com os aspectos biológicos, psíquicos e subjetivos. Questiona o reducionismo que naturaliza o social e reproduz a interpretação medicalizante do adoecimento e das ações em saúde, interpretando e atuando sobre os determinantes da saúde nas dimensões singular (individual), particular (dos grupos) e estrutural (da sociedade mais ampla) da realidade.

Divergindo desse quadro interpretativo, a realidade medicalizadora captada nos discursos aqui apresentados reproduz o saber instrumental multifatorial da epidemiologia clássica. Além disso, a violência aparece sob uma compreensão desgenerificada e naturalizada. Essa realidade resulta de todo um processo histórico de construção da atenção à saúde na nossa sociedade e por consequência, de uma formação acadêmica ainda nos moldes biomédicos e androcêntricos. A respeito disso, Breilh (2006, p. 83) coloca que

a unidade coerente da velha epidemiologia-que nem por isso perdeu sua preeminência- é, portanto, a idéia da realidade como dividida em 'fatores', a concepção causalista do modelo de fatores de risco e a redução da ação à correção funcional dos riscos, a fim de manter o *status quo*. A unidade coerente da epidemiologia crítica é a concepção da realidade como um processo que se desenrola como um movimento organizado em torno dos 'modos de vida', com suas contradições e relações; ou de 'reprodução social'; é a concepção dialética de que esses são modos de devir ou determinações das condições de vida e dos confrontos que vêm finalmente ocorrer em nossos genótipos e fenótipos; e é a projeção da ação na saúde como uma ruptura com os processos que destroem nossa saúde e nos impedem de nos emanciparmos (prevenção), e uma ruptura a favor dos processos que nos protegem e aperfeiçoam, tanto coletiva quanto individualmente (promoção).

Os relatos dos profissionais revelam a impotência sentida ao se depararem com a violência enquanto problema que foge do campo de ação fundado sob a lógica medicalizadora da saúde.

Não é bem uma frustração, mas uma sensação de “opa!” precisaria de outras medidas pra se ter um resultado, ou para que aquela pessoa tivesse uma vida um pouco mais digna[...]Então eu me sinto um pouco sem medida pra poder ajudar em alguns casos, alguns não, em vários casos. (E20)

É uma coisa muito dolorosa e você se sente impotente muitas vezes, pois se você intervir no momento, quando você não sabe as causas, não sabe como o agressor vai reagir. Na época que eu soube dessa violência eu fiquei tanto triste quanto frustrada, revoltada e impotente. (E6)

Violência e psiquiatria são áreas que me deixam receosa. Porque a gente fica com pouca base pra tá orientando o paciente, a gente da saúde tem poucos recursos oferecidos pra atuar nessa situação. (E10)

A gente fica de mãos atadas sem saber o que fazer, a gente tenta fazer, mas ela escapa pros lados e a gente sempre tentando fazer o melhor pra eles, mas a gente não tem como, é muito difícil. (E15)

O que eu pensei tem muito mais a ver com o fato da minha formação não me permitir fazer muito por ela. O que eu poderia fazer por ela era mais o que eu como pessoa ou como profissional da área da saúde geral poderia fazer por ela. (E18)

Esse aspecto converge com outros estudos realizados no âmbito da ESF. Andrade (2009), em estudo que investigou as práticas profissionais da ESF voltadas para mulheres que vivenciam violência, detectou que os profissionais se sentem impotentes e temerosos em se envolver com situações de violência trazidas pelas usuárias do serviço. Essa impotência, também identificada no estudo de Oliveira (2005), que a denomina como “paralisante” é reiterada em diversos outros estudos com recorte semelhante quando se referem a atitudes e práticas profissionais relacionados à violência de gênero (Fonseca et al., 2009; Schraiber et al., 2009; De Ferrante, Santos, Vieira, 2009; D’Oliveira et al., 2009, Franzoi, Fonseca, Guedes, 2011).

O estudo de Andrade (2009) revela que os profissionais compreendem o problema como inerente à atenção por profissionais especializados e não pela equipe de saúde que acompanha a usuária. Esse enfoque foi identificado, no presente estudo, em um depoimento em que a profissional coloca “violência e psiquiatria” como áreas

que lhe fazem sentir receosa, por não saber como lidar. A desinformação e a falta de capacitação profissional específica são evidenciados por Andrade (2009) como elementos que alimentam a invisibilidade da violência pelos serviços, constituindo aspectos limitadores para a sua abordagem pelo setor.

Pesquisa comparando duas UBSs no Rio de Janeiro mostrou que a capacitação específica para atendimento de violência foi um importante diferencial no atendimento prestado às mulheres. Os profissionais da unidade capacitada se mostraram mais dispostos a incorporar, em suas práticas, os casos de violência que não se mostram como demanda direta ao serviço e a prestar um atendimento continuado na própria unidade. Na unidade não-referência, ao contrário, os profissionais valorizam mais o encaminhamento aos serviços especializados, mediante a captação de casos de violência (Borsoi, Brandão e Cavalcanti, 2009).

Um estudo sobre os instrumentos de captação de necessidades utilizados pelas equipes de saúde que compõem a ESF da região que foi cenário deste estudo revelou a inexistência de um trabalho sistematizado para o reconhecimento de necessidades de saúde e vulnerabilidades da população no processo de trabalho das equipes. Assim, os profissionais de saúde não vislumbram possibilidades de superação do recorte biologicista do processo saúde-doença, tamanha é a demanda para resolver as questões relativas às patologias (Egry et al., 2009). Neste estudo, os profissionais também apontam a sobrecarga de trabalho pela demanda do serviço como aspecto que limita a atuação em problemas que demandam maior complexidade de abordagem.

Tem que ser enfermeiro, você tem que ser psicólogo, tem que ser psiquiatra, tem que ser nutricionista, tem que ser médico. Você tem que ser muita coisa ao mesmo tempo [...]. Nós somos a equipe que tem o maior número de gestantes [...] Não temos perna pra tanta coisa, nossa área é muito populosa, muito humilde, pobre de informação, pobre de tudo. (E3)

É muita burocracia, muito exigência no PSF, pra que você tenha números, porque precisa aparecer que você trabalha. [...] eu faço meu trabalho, eu preciso dele, mas, mas eu ando meio triste, desestimulada, acho que eles começaram a cobrar coisas demais pra gente fazer e aquilo que eu me propus a fazer direito...(E8)

O nosso trabalho fora não dá pra ser tão intenso por eu aqui dentro consome demais. Então é essa situação que eu acho que nós não conseguimos superar, que são essas pessoas que a gente acaba não pegando, porque, se a gente pudesse fazer essa visita mais explorativa, eu identificaria essa situação, logo mais o enfermeiro, mas isso numa

seqüência, não assim: ah, a minha visita agora vai ser numa outra área. O médico até vai numa emergência e tudo, mas não nesse intuito, do mental, dessa situação de violência. Então eu acho que aí é que a gente tá pecando. (E10)

É tanta atribuição, nós somos equipe no momento que tem um paciente na nossa área que é aquela coisa gritante. Mas quando é aquela coisa assim que passa e acaba passando despercebido, aí você perde o fio da meada, porque, quando eu tenho esse contato com ela, que eu chego no consultório pra poder passar pro médico aí ele tá atendendo, a não ser que seja alguma gestante, machucada, essas coisas todas. (E10)

Tinha que ter um espaço mais seguro e contínuo, aqui na atenção básica. A gente não pode atender essa pessoa durante muito tempo, eu tenho uma dificuldade de encaminhar essas pessoas pra fazer um atendimento contínuo. (E20)

Os aspectos identificados nos relatos apresentados nesta subcategoria traduzem a medicalização das necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência, o que se relaciona com as impossibilidades técnicas do profissional frente ao problema e também com limitações do serviço, referidas pelos profissionais como sobrecarga de demanda e atribuições. Isto também pode estar relacionado à necessidade do serviço de adequar assistência e custos. A respeito disso, Schraiber e Mendes Gonçalves; (1996, p.32) acrescentam:

a definição de níveis estratificados de necessidades, delimitando quantidades e qualidades nos carecimentos de uma população, pode significar uma racionalização de formas e de conteúdos de intervenção técnica tal que faculte um equilíbrio entre a demanda e os custos dos serviços [grifo do autor] [...] Imediatamente, o acesso aos bens e serviços ou sua contrapartida de produção social e distribuição coloca-se como base da definição de necessidades e de sua satisfação.

Para os autores, esse aspecto produz uma rotinização do trabalho em saúde que não traz nada de rupturas criativas no plano das intervenções, da política e da ética instaurada nos serviços. “Ao contrário, tenderá à reprodução acrítica dos ‘cardápios’ das necessidades e da definição de suas respostas” (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996, p. 33). Além disso, a pressão pelo aumento da produtividade de cada trabalhador e do serviço como um todo, característica típica das organizações empresariais fundadas no capitalismo, tende a enfraquecer ainda mais a natureza pessoal da relação profissional-usuário. A fragmentação da atenção e a grande demanda termina por levar a um certo mecanismo do desempenho e traduzir o usuário individual num coletivo de iguais (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996).

Esse pensamento converge com aspectos encontrados neste estudo, podendo ser iluminado a partir do que Mello-filho coloca, utilizando a concepção helleriana de necessidades (Heller, 1986 apud Mello Filho, 1995, p.11): “Com o desenvolvimento do capitalismo [...], as necessidades alienadas têm tomado a dianteira sobre a maioria restante das necessidades propriamente humanas”. O mesmo acontece inclusive com a satisfação das necessidades em saúde. Ao criticar o Relatório da Constituição da OMS, aprovada em 22 de Julho de 1946, o autor denomina a concepção utilizada como eminentemente quantitativa, relegando para um segundo plano o qualitativo, característico das necessidades propriamente humanas. Nesse sentido,

a incapacidade de definir a saúde por ela mesma e a tendência persistente a defini-la pelo lado negativo da doença constituem um obstáculo ao impulso de uma nova visão, tão grave quanto o da resistência ao coletivo. Estritamente falando, não se trata de um problema de falta de conhecimento, mas, ao contrário, do predomínio de um modo de conhecer medicalizado, que corresponde a um tipo de prática curativa e está ligado à lógica comercial da saúde (Breilh, 2006, p. 60).

Os entrevistados apontaram como limitação para a atuação frente à violência de gênero as dificuldades em operacionalizar intervenções intersetoriais e o trabalho em rede. Os relatos que seguem revelam a não existência de uma rede intersetorial para atenção ao problema, o que faz com que essa prática dependa de iniciativas pessoais do profissional ou das mulheres.

Essa interligação das unidades básicas de saúde com os serviços sociais, pra gente poder ter uma rede integrada no atendimento a esses pacientes. E isso é algo que não tem, se a gente não tiver a iniciativa e sair procurando algumas instituições e tudo mais a gente fica completamente perdido. (E4)

Em outros casos, é difícil essa nossa situação de saber até que ponto você só intervém num nível de saúde, até que ponto você tem que ir lá pra ajudar, fazer boletim de ocorrência. Então fica uma coisa meio que sem ter muitas respostas pelo nível de dificuldades que a gente encontra de articulação de rede, de indicar pra outros níveis de atenção, não só de saúde, mas de serviços, de assistência social e tal. (E21)

Apesar de estudos realizados no mundo inteiro demonstrarem a grande quantidade de repercussões da violência para a saúde das mulheres, esse fenômeno não deve ser tomado como um problema de competência exclusiva dos serviços de saúde, pois se refere a um uma complexa trama de problemas, cujas repercussões no

setor saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção são bem diferentes (Schraiber et al., 2009). Destacamos a importância de uma rede intersetorial e articulada para o enfrentamento do problema, a promoção da emancipação feminina e da cidadania. Porém, a necessidade de atenção intersetorial, na prática, muitas vezes acaba por ser confundida com a idéia que se baseia numa compreensão do problema como de cunho social ou psicológico, o que o desqualifica para uma intervenção em saúde.

Muitos são os obstáculos que representam limitações para o reconhecimento e o enfrentamento da violência nos serviços de saúde. Entre os principais estão: falta de preparo dos profissionais, limitações de tempo, estereótipos, medo de ofender as usuárias, medo do agressor, impotência e sentimentos de desesperança e frustração (Oliveira, Fonseca, 2007; Schraiber, 2000). Esses achados corroboram com o que os discursos revelaram neste estudo. Constatamos que a lógica medicalizadora predomina nos serviços, mesmo quando atendem situações de violência, com priorização de necessidades previamente determinadas pelo serviço. Essa concepção é centrada no enfoque biopsíquico sob uma compreensão multifatorial da saúde. Esses achados reforçam a importância do desenvolvimento de medidas de reconhecimento da violência e das necessidades por ela produzidas nas diversas instâncias de atenção às mulheres para estas necessidades possam ser captadas e atendidas.

4.4.4 A dimensão relacional do trabalho em saúde: necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos como possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência.

A Estratégia Saúde da Família propõe a reorientação do modelo assistencial a partir da reorganização da Atenção Básica, direcionando o foco nas ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos a partir a efetivação de suas diretrizes operacionais. Focaliza as potencialidades do “estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre profissionais de saúde e a população” (Brasil, 1997, p. 7) Assim, pressupõe, a partir do vínculo cotidiano com a população, possibilitar uma atenção à saúde que fortaleça

a dimensão relacional do cuidado e permita uma maior aproximação do Sistema Único de Saúde (SUS) com as necessidades em saúde dos indivíduos e coletividades.

No âmbito das práticas profissionais desenvolvidas no cotidiano da ESF, há sempre o encontro entre usuário e trabalhador, que constitui um processo relacional, permeado pelas ações clínicas da dimensão individual do trabalho em saúde. Essas ações são compreendidas como encontro entre as necessidades e os processos de intervenção tecnologicamente orientados que visam a busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de um determinado modo de viver a vida (Franco, 1999).

Merhy et al., (1997) compreende esse espaço intercessor como dimensão tecnológica do trabalho em saúde na qual sustenta-se o campo das tecnologias leves, onde estão inseridas as tecnologias das relações.

Para Mendes Gonçalves (1994), as tecnologias não se restringem aos instrumentos materiais do trabalho, mas têm um significado ampliado para os saberes e seus desdobramentos na produção de serviços de saúde. O autor coloca que as tecnologias ainda carregam em si a expressão das relações entre os homens e entre os objetos que trabalham. Merhy et al. (1997) também inclui os saberes na definição de tecnologia, classificando-as em três tipos: tecnologias duras, leve-duras e leves.

Segundo o autor, as tecnologias duras seriam os equipamentos e as máquinas, relacionados ao trabalho morto, fruto de outros momentos de produção; As tecnologias leve-duras seriam aquelas referentes aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, como normas e protocolos, saberes de áreas específicas como a clínica e a epidemiologia, entre outros. As tecnologias leves seriam aquelas produzidas no trabalho vivo em ato. Condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização. Para o autor, o trabalho vivo é o trabalho em ação que está em processo de construção. Durante o trabalho vivo em ato, o trabalhador pode ser criativo e autônomo quanto aos instrumentos à sua disposição, dentro de um objetivo que pretende atingir. Desse modo, destaca-se a necessidade de imprimir mudanças no processo de trabalho tomando como eixo analítico fundamental o processo de efetivação da tecnologia leve e os seus modos de articulação com as outras tecnologias. Para Franco (1999, p. 346)

em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

As transformações das práticas a partir da valorização de novos saberes que a proposta do SUS e a ESF propõem são potenciais construtoras de vínculo entre trabalhadores e usuários. A polissemia do significado de vínculo perpassa por áreas das ciências sociais e da saúde assumindo caráter e abordagens diversas como: dimensão, diretriz, estratégia, tecnologia, objetivo e relação. Sua compreensão tem interfaces com outros conceitos gerais da saúde, como o da humanização, do acolhimento, da responsabilização, da integralidade e da co-gestão (Gomes, Sá, 2009).

Segundo Campos (1997), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto usuários do serviço, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito e sua existência, que fala, julga e deseja.

A perspectiva do vínculo relaciona-se também com a necessidade de construção de práticas humanizadas, que valorizem a individualidade de cada usuário, considerando sua inserção no coletivo, o direito de ser ouvido, respeitado e considerado em suas necessidades. Esse aspecto da prática destaca dimensões relacionais importantes para a mudança da atenção em saúde a serem potencializadas. Reconhece-se ainda que o vínculo significa o estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre usuários e profissionais de saúde através da produção de relações de escuta e de diálogo. Assim, a partir da construção do vínculo, as práticas podem tornar-se potentes para captar e atender necessidades.

Neste estudo, foi significativa a identificação de temas que se relacionam ao vínculo entre profissionais e usuários. Os relatos dos profissionais e das mulheres entrevistadas, quando questionados sobre necessidades reconhecidas e sentidas, respectivamente, apontaram a escuta na relação entre profissionais e usuárias,

mediada pela criação de vínculos, como necessidade relacionada à vivência da violência de gênero. Os depoimentos dos profissionais, a seguir, ilustram o achado.

Identifiquei essas necessidades pelo fato de eu tentar uma aproximação, deixá-la a vontade, passar segurança, ou seja, um acolhimento onde ela se sente segura de vir pra se abrir, pra contar os seus problemas. (E16)

Às vezes ela pensa que tá doente, marca consulta, vem aqui. Às vezes ela vem aqui e diz que acha que tá com dor na barriga, mas na verdade eu acho que ela quer é conversar [...]. (E7)

Quando aconteceu a traição ela vinha aqui três a quatro vezes no dia. Ai ela chorava, ela conversava, depois voltava de novo, sempre arranjava alguma situação pra vir, ou vinha com a colega, ou vinha com a vizinha, mas ela tinha que vir, acho que pra sair de casa, ter um apoio. (E10)

Ela precisava de alguém que ela pudesse confiar. E, naquele momento, grávida, ela precisava de um apoio psicológico, e foi o que eu tentei dar. Eu fiquei uns 40 minutos conversando com ela. (E13)

A necessidade de falar, de se abrir, de saber lidar com a situação do marido. (E18)

Um espaço pra escuta, começa daí, tudo começa num espaço pra pessoa falar do problema dela, então essa primeira necessidade de saúde dela é que ela tenha um espaço em que ela fale e tenha alguém que escute e acolha isso de alguma maneira. (E19)

As pessoas precisam de um apoio, ir à unidade, conversar com o médico,[...] disponível na unidade. Ser acompanhada sempre, conhecer pessoas que vivem a mesma situação e ajudar [...] é você apoiar de todos os lados, e, evidentemente, com o apoio psíquico. (E22)

De acordo com Cecílio e Matsumoto (2006) o resgate da saúde é possibilitado somente pelo estabelecimento da fala e da escuta entre profissionais e usuários, equipes e famílias, instituições e sociedade. Nesta pesquisa, parte importante dos profissionais refere a necessidade das mulheres que vivenciam violência de ter em quem possam confiar, que possam ouvi-las e acolhê-las no serviço de saúde. Alguns profissionais reconheceram a relação entre profissional e usuário na prática clínica individual como espaço potente para o estabelecimento de vínculo, escuta e atenção a essa necessidade. Outros profissionais reconheceram a necessidade de escuta na prática grupal solidária, a partir do compartilhamento de experiências vivenciadas, conforme os depoimentos que seguem.

Precisa de um espaço que ela possa trocar as suas experiências de vida e possa aprender com as experiências de vida das outras pessoas. Acho que essa é uma necessidade de saúde muito importante que foi identificada. (E21)

Ela precisa participar de um grupo em que tenham outras pessoas que vivem a mesma situação, para que ela possa tomar coragem. (E11)

Os relatos remetem ao tema do vínculo enquanto necessidades das mulheres que vivenciam violência. Relacionada à escuta e ao diálogo, alguns profissionais também reconheceram a escuta como uma forma de acolher a mulher e dar apoio, possibilitando o fortalecimento delas. Outros remetem-se ao reconhecimento da necessidade limitada à escuta por si só, mais relacionada ao desabafo como objetivo da intervenção.

Na busca da produção de uma responsabilização clínica e sanitária e da intervenção resolutiva tendo em vista as pessoas como caminho para defender a vida, é reconhecido que sem o vínculo e o acolhimento não há produção desta responsabilização nem otimização tecnológica das resolubilidades que impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença (Merhy et al., 1997). Assim, o fortalecimento de vínculos entre usuários, família e comunidade com a equipe de saúde constitui um recurso terapêutico fundamental para a prática de uma atenção com qualidade. Além disso, a responsabilização da equipe pela atenção às necessidades captadas a partir dessas relações são condições básicas que dão sentido à construção desses vínculos. Para Bueno e Merhy (1997, p.1)

o vínculo[...] só se materializa na prática, quando o serviço garantir acesso a todas ações de saúde, na medida das necessidades dos usuários, com bom acolhimento, resolubilidade e responsabilidade para com a saúde da população, com conseqüente satisfação do usuário, e produção de ganhos de autonomia deste no seu caminhar na vida. A garantia deste vínculo está na qualidade dos serviços ofertados e na dependência da adesão do conjunto dos trabalhadores de saúde, inclusive os médicos, entenderem que a organização de seu processo de trabalho não deve privilegiar apenas seus interesses corporativos ou ideológicos, morais e éticos; mas ser a de um modelo centrado nos interesses e necessidades de saúde da população[...].

Franco, Bueno e Merhy (1999) destacam o vínculo como diretriz que, assim como o acolhimento, é capaz de garantir o reordenamento do processo de trabalho na Unidade de Saúde, fundamental para re-inventar a qualidade da assistência. Segundo os autores, o acolhimento propõe, principalmente, a reorganização do serviço, no sentido da garantia do acesso universal, resolubilidade e atendimento humanizado. Pressupor sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo

usuário é a tradução da idéia básica do acolhimento, que se construiu como diretriz operacional.

Além disso, o acolhimento na saúde, como produto da relação trabalhadores de saúde e usuários propõe construir uma nova ética, da diversidade e da tolerância às diferenças, da inclusão social com escuta solidária, responsabilizando-se e comprometendo-se com a construção da cidadania. Deve resultar das relações no processo de atendimento, que ocorre após ultrapassada a etapa do acesso. Nesse encontro entre profissionais e usuário, dá-se uma negociação visando o reconhecimento de suas necessidades e abre a construção do vínculo, com o objetivo de estimular a autonomia quanto aos processos que produzem a saúde e a doença (Bueno, Mehry, 1997).

Para Schimith e Lima (2004), a noção de vínculo que a ESF tem operacionalizado, na prática, é a de conhecer as pessoas e seus problemas, desconsiderando o vínculo como possibilidade de autonomização do usuário. Essa compreensão corrobora com os discursos apresentados que apontam a escuta e o vínculo sem aspectos que caracterizem possibilidades de transformação dos sujeitos envolvidos.

A produção do vínculo como diretriz operacional possibilita a promoção de uma nova lógica no processo de trabalho da ESF permitindo o cuidar na perspectiva da integralidade. O vínculo enquanto ferramenta da ESF deve ser potencializado de maneira que os serviços de saúde passem a perceber o usuário como sujeito de seu processo terapêutico, valorizando desse modo sua autonomia e suas necessidades. Assim, reconhece-se nas estratégias de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como práticas integrais (Gomes, Sá, 2009). Nos discursos das mulheres entrevistadas, neste estudo, a escuta e o vínculo também emergiram como necessidades em saúde sentidas e reconhecidas.

Eu tô precisando mesmo de uma pessoa que entenda, que chegue pra mim e eu fale aquilo que eu sinto e a pessoa me fale como que eu tenho que cuidar disso[...]. Eu sou difícil de chorar, de me abrir com alguém, é muito difícil. Se eu tivesse um psicólogo, pra chegar e contar tudo. Eu me sinto muito nervosa, tem hora me irrita[...]. Ele me magoa, tem hora que eu sinto vontade de sumir. Eu queria passar num psicólogo, conversar.
(M7)

O depoimento anterior revela a necessidade da escuta relacionada ao desenvolvimento de estratégias de enfrentamento do problema. Ao reconhecer que essa necessidade poderia ser possibilitada na relação com um profissional psicólogo, a entrevistada também reitera a compreensão dos profissionais, anteriormente apresentada, da violência como problema relacionado à saúde mental, cuja responsabilidade acaba se transferindo para profissionais especializados, na maioria das vezes, psicólogos. Os relatos que seguem também dizem respeito a necessidades relacionadas à escuta.

A única coisa que eu preciso é de uma amiga verdadeira. Precisava de uma pessoa verdadeira, que conversasse e aqui no posto não tem não. (M4)

Agora a necessidade que tenho é de desabafar e eu tô desabafando com você. (M6)

Os depoimentos reiteram aspectos dos discursos revelados nas falas dos profissionais entrevistados: a escuta relacionada ao vínculo como possibilidade das práticas profissionais, porém encerrada nos limites do “desabafo”. Além disso, apontam a necessidade de escuta, porém a desvinculam da possibilidade de atenção pelo serviço de saúde, reconhecendo essa possibilidade em relações pessoais, ora com uma amiga, ora com a entrevistadora.

Profissionais e usuárias reconhecem a necessidade de escuta, dimensão do trabalho em saúde que se relaciona ao vínculo e ao acolhimento. No entanto é importante que essa escuta não se traduza, na prática, em um simples diálogo que permeia a assistência. A escuta qualificada pressupõe a atenção integral, o olhar atento que, na atenção a mulheres que vivenciam violência, deve ser mediado por um saber instrumental generificado, que apreenda as necessidades das usuárias, reconhecidas como sujeitos de sua existência e inseridas em uma sociedade que determina a subalternidade e a violência. A escuta deve estimular a fala não se limitando a ela, atentando também para detalhes que se ocultam sob as falas.

Além disso, a escuta não tem um fim em si mesmo, apesar dos profissionais e mulheres reconhecerem essa necessidade como uma forma de alívio por estar compartilhando a situação com alguém, é necessária a prática do acolhimento e fortalecimento do vínculo visando ao enfrentamento do problema e à transformação da situação de opressão e violência. As mulheres entrevistadas também apontaram a

necessidade de escuta relacionada ao fortalecimento da dimensão humana da atenção à saúde, a exemplo do depoimento que segue.

Tenho vontade de estar passando no médico, conversar, de atenção. Que eles tenham mais atenção pro nosso problema. Às vezes, mesmo sendo tratado, a gente não recebe aquilo com carinho do profissional, eu não sinto isso. E a gente, por ser mulher, gostaria que eles dessem mais atenção, não só como médico, mais como amigo. De você chegar aqui e se sentir à vontade, de confiar, de conversar mais, expor mais os problemas. (M8)

Ao falarem em necessidade de ser ouvidas, de desabafar, de serem acolhidas, as mulheres revelam um importante aspecto relacionado à face humana das relações entre profissionais e usuários nos serviços de saúde. A escuta aparece no depoimento das mulheres também como uma prática com possibilidades de superar traumas decorrentes da violência vivenciada, que a impedem de levar uma vida plena, com qualidade.

Precisava conversar com uma pessoa que pudesse me ajudar a tirar isso da minha mente. Quero voltar a ter uma vida normal, ser uma pessoa alegre, feliz. (M10)

Queria alguém que me ajudasse a esquecer isso, a tirar isso da minha cabeça. É muito triste. (M13)

Superar esse medo que eu tenho de os homens chegar perto de mim. Porque eu tenho medo, eu fiquei com trauma (M2).

O que eu mais precisava era que as pessoas me respeitassem e eu tivesse paz na minha vida. Eu peço a Deus todo dia. Eu queria ter alegria. (M5)

O discurso das usuárias apontam para o reconhecimento de necessidades propriamente humanas, quando interrogadas sobre necessidades em saúde. A superação de traumas, o respeito, a alegria e a felicidade foram necessidades reconhecidas com possibilidades de potencialização a partir do acolhimento, vínculo e escuta no serviço de saúde. A partir desse aspecto, compreendemos que, ao falar de necessidades sentidas, as mulheres enfatizam necessidades propriamente humanas, assim como valorizam a face humana das práticas profissionais ao referirem-se à necessidade em saúde. A medicalização, identificada nos discursos dos profissionais ao falarem de necessidades *reconhecidas* em subcategoria anteriormente apresentada, não foi convergente com os discursos das mulheres ao falarem sobre necessidades *sentidas*.

As mulheres também reconheceram como suas as necessidades relacionadas aos agressores, revelando compreenderem estar neles o cerne do problema.

Eu acredito que precisaria de uma pessoa, assim, que conversasse com ele, tipo aconselhar. Uma pessoa que abrisse a mente dele, porque ele é uma pessoa muito fechada, muito rígido (M13).

Só queria que ele (o agressor) mudasse e que ele seja feliz, mesmo que não seja comigo.(M11)

No trabalho individualizado na “consulta” concretizam-se as relações entre profissionais e usuárias, que são da ordem da interação pessoal, além de ser técnica. Este é o momento próprio da face humana das práticas em saúde, que, muitas vezes, é reconhecida pelos profissionais como de cunho “social” ou “psicológico” que, ideologicamente, é preciso deter para que se tenha uma boa prática “profissional” (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996). Por outro lado, neste estudo, é nessa face humana que se revelam possibilidades do reconhecimento de necessidades para o enfrentamento da violência.

A idéia da necessidade de criação de vínculos entre usuários e equipe tem sido bastante enfatizada na ESF. Para Merhy (1994), a noção de vínculo implica relações tão próximas e claras que remetem à sensibilização com o sofrimento do outro. Além disso, relaciona-se a integrar-se à comunidade, tornando-se referência para os usuários, compreendendo que o trabalho em saúde deve pressupor a responsabilização pela atenção às necessidades em saúde, o que requer possibilidades de intervenção que fujam da lógica hegemônica de uma atenção impessoal e burocratizada.

Se pensarmos na importância dos aspectos relacionais e da rede de conversações que permeiam as práticas da ESF, o fenômeno da violência de gênero necessita de condições específicas para ser conversado na perspectiva do fortalecimento e emancipação. Trata-se de ultrapassar os limites de uma conversa pessoal e de aconselhamentos que se fariam pela amizade ou simpatia pessoal ao caso, aspectos que foram identificados nos discursos. Para Merhy (2003, p. 91).

os usuários procuram, ao consumir produtos de trabalho em saúde, pelo menos serem acolhidos nesse processo, a ponto que na dinâmica do mesmo haja um momento em que se possa escutá-los nas suas manifestações-necessidades.

A conversa cujo tema central é a violência é uma conversa específica, especialmente formulada e realizada para produzir orientações pertinentes ao caso e encontrar possibilidades de enfrentamento da situação. Por isso pressupõe uma aproximação transformadora de seu objeto de intervenção na direção de determinada finalidade que esta ação pretende alcançar, como dito, a de fortalecimento emancipatório da mulher e crítica à banalização e naturalização da violência e das desigualdades de gênero, com valorização dos direitos humanos e sociais (D'Oliveira et al., 2009).

A partir dos vínculos estabelecidos entre profissionais e usuárias, determinado pelo atendimento contínuo e pela proximidade que a ESF possibilita, despontam possibilidades de captação da violência, das necessidades. O diálogo e a escuta estabelecidos nessa relação encerram potência para a superação de traumas e o fortalecimento das mulheres. Falamos em potência porque não operacionalizada em sua totalidade, constituindo ainda uma possibilidade, permeada pelos entraves dos limites descritos.

4.5 PRÁTICAS PROFISSIONAIS E RESPOSTAS ÀS NECESSIDADES DE SAÚDE: IDENTIFICANDO LIMITES, VISLUMBRANDO POTENCIALIDADES

Esta categoria diz respeito ao discurso de profissionais de saúde e de usuárias do serviço em relação às práticas para o enfrentamento da violência e atendimento às necessidades em saúde. Ao falarem de experiências de atendimento envolvendo violência de gênero, os profissionais revelaram práticas e respostas alcançadas em relação às intervenções desenvolvidas. Em outro momento do estudo, as mulheres, usuárias do serviço, ao relatarem a vivência de violência, contaram suas histórias, revelando caminhos e descaminhos da rota percorrida, assim como sua compreensão acerca do papel dos serviços de saúde no enfrentamento do problema e na atenção às suas necessidades. Estes resultados apontaram convergência temática entre os discursos das mulheres e dos profissionais, fortalecendo a compreensão dos serviços de saúde como instauradores de necessidades e demandas.

Sabemos que a violência contra a mulher, apesar de não ser de competência exclusiva do setor saúde, é de tal magnitude que se postula mundialmente seu reconhecimento como uma questão de saúde. Segundo a OPAS (1994, p. 5),

a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países [...]. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social.

A busca de ações e alternativas no sentido de romper a violência vivenciada é nomeada como rota crítica pela OPAS (1999). A idéia de rota supõe que a transformação das situações violentas é composta de caminhos possíveis, decisões e ações que impulsionam ou obstaculizam esse caminho. Muitas vezes, a trajetória percorrida pelas mulheres é permeada por desencontros, desestímulo, falta de acesso e reprodução da violência pela própria instituição quando as mulheres buscam apoio para o enfrentamento do problema.

Assim, os serviços de saúde, que estão na rota dessas mulheres, que por um motivo ou outro os utilizam, têm o dever de constituírem-se como locais de acolhimento e elaboração de estratégias de enfrentamento, ao invés de serem mais um obstáculo na tentativa empreendida pelas mulheres de transformação de sua situação (D'Oliveira et al., 2009). Nos depoimentos que seguem, as mulheres reforçam os serviços de saúde como espaço em que buscam atenção à diversas necessidades, incluindo aquelas relacionadas à violência.

Fiz vários exames, passei por um psicólogo também. Fui no hospital da mulher porque eu não estava me sentindo bem. Tava tudo dolorido. A violência foi tanta que rompeu tudo. (M2)

Quando passei mal de tanto sofrimento vim aqui por causa da pressão alta, o médico falou que foi começo de derrame. Hoje tá tudo normal, só que eu tomo remédio pra controlar. O nervoso hoje eu vivo pra mim, porque se eu ficar nervosa eu vou pro buraco e ele vai ficar numa boa. Quando ele começa a falar, vou pra fora, ficar com minhas galinhas. (M6)

Eu contei isso pra minha médica, a última vez que eu vim fazer exame de urina, foi a doutora, não é medica, é enfermeira. Eu falei tudo com ela

[...]. Ela falou pra mim que é complicado, que a cabeça do meu marido, ele tem 22 anos e que ele tinha uma cabeça de uma pessoa de 17 anos, que eu tinha que ter mais paciência. Só que eu conversando eu falei pra ela que minha paciência já tinha se esgotado. Eu já fiz de tudo, eu fui traída, eu fui agredida, eu fui humilhada, e ainda tô com ele. (M11)

Cada vez que ele vinha com essas agressões pra cima de mim, eu desmaiava e era socorrida no hospital do campo. Inclusive uma vez eu cheguei lá muito ruim. (E1)

Considerando que a violência de gênero repercute significativamente na vida e na saúde das mulheres, os depoimentos e estudos da área constataam que elas procuram regularmente os serviços de saúde, seja em razão das conseqüências físicas imediatas da agressão, seja por agravos determinados pela situação vivida (Heise, 1994). Por ser um problema permeado por contradições que têm em si as desigualdades resultantes da construção social de gênero esse fenômeno exige uma abordagem sensível e específica, sendo fundamental que os serviços de saúde passem a se preocupar com o enfoque e a identificá-lo e lidar com ele de outra forma, diferente da do modo hegemônico de reprodução da ideologia dominante, com situações de violência.

Para Fonseca (2005, p. 457),

a subalternidade social feminina reflete-se diretamente nas condições de adoecer e morrer, tanto quanto nos consumos dos serviços de saúde que muitas vezes são tão deletérios quanto às condições de vida que determinam os agravos [...] Pior que as estatísticas de morbimortalidade, é a naturalização disto, materializada no descaso dos setores, seja o da saúde, responsável pelas políticas públicas específicas, seja o jurídico, responsável pela punição dos culpados.

Neste estudo, ao relatarem situações de violência contra mulheres por eles atendidas, os profissionais também falaram sobre as práticas operacionalizadas no sentido de atender as necessidades reconhecidas, revelando limites e possibilidades de enfrentamento. Os depoimentos que seguem mostram que, uma vez que os profissionais reconhecem a violência enquanto problema psicológico ou social, suas práticas acabam também por se traduzir em encaminhamentos para outros serviços desses setores, a quem, supostamente, caberia a atenção ao problema.

A doutora conseguiu um apoio pra ela no CAPS. (E1)

A gente entrou em contato com a casa Sofia que é uma instituição aqui próximo. (E4)

A gente encaminhou ela à Delegacia da mulher e, concomitantemente, eu tinha um amigo que era advogado e precisava de alguns casos pra o mestrado dele. (E11)

Ligamos e vimos algumas orientações junto ao serviço público sobre o que ela tinha direito. Até se pensou em alguma instituição onde ela poderia ficar hospedada, alguma coisa assim, durante o pré-natal mas isso não existe. (E4)

Eu acabei encaminhando pra Casa Sofia. (E20)

A partir dos depoimentos e da observação das práticas, constatamos que o atendimento em rede e a intersetorialidade, fundamentais para o enfrentamento de problemas como a violência, ainda não são práticas estruturadas no serviço. Em seus relatos, os profissionais mostram a articulação com outros serviços como iniciativas pontuais e pessoais, não estando estabelecida uma rede articulada e referenciada para a atenção aos casos de violência. O encaminhamento também acontece em via de mão única, ou seja, não há a integração entre as ações do serviço de saúde e as demais instituições, de modo que ocorre sob a lógica de passar para outro uma responsabilidade que não compete ao serviço.

Uma recente revisão das estratégias utilizadas pelos países de renda média ou baixa na saúde aponta que a articulação, seja interna à saúde, seja com a rede intersetorial, ainda é bastante rara e incipiente. Uma atenção integral e integrada entre a equipe e as diversas ações é imprescindível, tanto entre as equipes, quanto na articulação destas com as demais instituições envolvidas com a questão. É importante considerarmos que a atenção integral às mulheres não se esgota nos serviços de saúde, demandando o uso efetivo de uma ampla rede intersetorial (Colombini et al., 2008).

Para a região metropolitana de São Paulo existe uma publicação resultante de pesquisas, que consiste num mapeamento completo, um guia de serviços disponíveis para mulheres em situação de violência (Universidade de São Paulo, 2002). O serviço de saúde que constituiu o cenário deste estudo dispunha, na época da pesquisa, de um exemplar desse guia, localizado na sala da gerência, porém, não utilizado ou conhecido pela maioria dos profissionais. No período em que foi realizada a pesquisa, apenas um profissional mencionou a utilização deste guia, após

procurar a gerência na busca de medidas de enfrentamento para um caso de violência atendido.

Além do problema do desconhecimento, pelos profissionais, dos serviços disponíveis em outros setores, a desarticulação entre os serviços é também uma lacuna a ser superada, de modo que podemos falar mais na existência de um arsenal de serviços isolados e não de uma rede de fato. Nos depoimentos que seguem, as mulheres falam de suas experiências na busca de apoio em serviços que lidam a atenção à violência.

Tem quatro boletins de ocorrência que eu fiz contra ele, nunca tomaram providência. Eu saí de casa um belo dia, cinco horas da tarde, com meus cinco filhos, porque ele tinha me expulsado, não tinha dado roupa nenhuma, era um dia frio e eu catei os cinco. Fui bater na delegacia das mulheres e sabe o que a delegada disse pra mim? “ah mãe você vai pra casa, você está com seus filhos, se ele não deixar você entrar, você chama um policial, arromba a porta e entra” você acha que isso é uma resposta de uma delegada pra uma mãe desesperada que tava na rua com cinco filhos? (M1)

Eu procurei a justiça. Quando eu fui agredida a segunda vez. Eu fiquei muito machucada mesmo, eu tenho essas marcas na perna aqui. Eu procurei a justiça, só que eu não dei queixa. Falei que fui agredida, só que a justiça não foi até ele, porque ele fugiu [...]. Me mandaram fazer uma queixa, fazer corpo de delito e eu não quis. Porque eu não queria acabar com a vida de ninguém. (M11)

Um dia eu notifiquei ele na delegacia da mulher. Fiz um boletim de ocorrência e mandaram chamar ele, mas ele não foi e eu não fui mais atrás. A gente continua junto até hoje. (M13)

Observamos nos depoimentos que, em outros setores sociais, específicos para atenção à violência, os serviços passam pelas necessidades das mulheres sem tomá-las como objeto de intervenção. As necessidades que atendem são aquelas que cabem numa rotina pré-estabelecida, de acordo com as quais as demandas devem der moldadas. A vontade e as necessidades das mulheres, enquanto indivíduos singulares, sujeitos de sua própria vida não são consideradas, de modo que, além do desafio para a construção de uma rede articulada, é imprescindível a transformação da lógica de trabalho de cada instituição que faz parte da rota dos sujeitos que buscam apoio.

Entretanto, para D'Oliveira et al. (2009), o simples conhecimento dos recursos de enfrentamento disponíveis é potente para transformar a visão que as mulheres têm a respeito da violência, retirando-as do isolamento e demonstrando,

concretamente, o quanto o problema é coletivo e, assim, evidenciando a existência de políticas públicas e serviços montados para tal, superando a compreensão de senso comum que toma a violência como um fenômeno privado e estigmatizante, localizando-a no cenário político e social dos direitos humanos.

A mesma autora aponta duas questões entraves para o efetivo trabalho em rede: a primeira diz respeito à tradição dos serviços de saúde de atuar sob um modelo de sistema hierarquizado, com a atenção primária como porta de entrada pré definida. No trabalho com a violência, a rede com a porta de entrada em qualquer ponto, sem hierarquia, com horizontalidade das relações seria mais efetiva, sendo também o modelo mais aceito pela literatura pertinente. Uma segunda questão seria relativa às diferentes definições dadas ao problema pelas diversas instituições, nas quais a violência é tomada com diferentes recortes (como doença, crime, abuso de substâncias químicas, conflitos de gênero, subalternidade social, etc). É fundamental o desenvolvimento da possibilidade de um projeto assistencial comum, que prescinde de uma efetiva articulação dos serviços, que se potencializa em cada ponto da rede.

Os achados discutidos nesta categoria corroboram os significados revelados no reconhecimento das necessidades em saúde pelos profissionais. O reconhecimento da violência como problema cujo enfrentamento não compete ao setor saúde se traduz, no âmbito das práticas, também no encaminhamento a profissionais especializados em saúde mental. A compreensão das necessidades sob a dicotomia bio-psico ou bio-social é reiterada quando traduzida em práticas. Considerando que o modo como se delimita um objeto de trabalho é essencial para a intervenção, as práticas sob o recorte dicotomizado e biologicista identificado acabam por se traduzir na desresponsabilização dos serviços com problemas cuja complexidade foge à lógica hegemônica. Os relatos apontam o encaminhamento para o NASF, mais especificamente, para o psicólogo, como prática correspondente ao reconhecimento das necessidades em saúde.

A gente conversou com o pessoal do NASF pra dar prioridade a esse atendimento, porque em função de uma pessoa, todos são atingidos, foi isso que a gente percebeu. (E3)

Mas a gente não tem muita referência, nesse lado a gente fica muito aquém, porque a gente não pode resolver todos os problemas. Ela precisava de um acompanhamento psiquiátrico. Precisava conversar com um psicólogo, pra desabafar. Vou ter o apoio do NASF, desse

especialista, desse profissional que a gente não tinha, que é o psicólogo, pra tá trabalhando esse lado emocional dessa paciente. (E8)

Com o NASF, possivelmente, eles terão ferramentas mais acessíveis para a chegada a esses pacientes. (E9)

A gente já tá discutindo o caso dela com o NASF. (E15)

Pedi apoio pra o NASF. (E17)

A gente está tendo apoio do psicólogo pra tá trabalhando esse lado emocional dessa paciente. Agora, a parte de medicina, eu acredito que eu não vou conseguir ajudar no sentido de saber o diagnóstico, se ela tem dependência mental ou não. (E8)

Tendo em vista a circularidade entre o processo de trabalho instaurado e as necessidades em saúde, os processos de trabalho instaurados na ESF têm reconhecido necessidades enquanto necessidades por serviços de saúde (Schraiber, Mendes Gonçalves, 1996; Campos, 2009), sob a compreensão de necessidades de atenção aos aspectos físico, social e psicológico isoladamente. A compreensão de necessidades de serviços de atenção específica em saúde mental foi grandemente mencionada pelos profissionais. Considerando que os serviços de saúde também instauram necessidades, essa compreensão é reconhecida também na fala das mulheres quando se referem à busca de atenção e expectativas em relação aos serviços de saúde para o enfrentamento do problema.

Hoje quando eu vim fazer o papa, eu ia ver até se tinha algum psicólogo ou assistente social. Se não tivesse eu ia até pagar uma consulta pra ver, pra ele me orientar como que eu tinha que fazer. Eu queria uma pessoa especializada, que pudesse me ajudar orientando. Assim, olhe, você tem que tomar um medicamento ou tem que agir dessa maneira, um psicólogo mesmo. (M7)

Se eu tivesse procurado eu teria achado apoio na saúde, no apoio de um psicólogo até pra aconselhar alguma coisa, mas eu não procurei. (M9)

Terapia só não seria o suficiente pra resolver essas seqüelas que a violência deixou, mas sim um tratamento bem lá no fundo, eu diria que com um psiquiatra. O tratamento psicológico vai ajudar bastante. Porque como eu não consegui, na minha primeira vez, conversar tudo com o psicólogo, eu não posso falar que o terapeuta vai resolver a minha situação e tirar esse fantasma da traição e da violência que está dentro de mim. (M1)

Precisava de uma psicóloga, uma pessoa pra tá conversando com ele, abrir a mente dele. Porque ele é uma pessoa que tem a mente muito fechada. (M13)

Nos relatos dos profissionais, as práticas também revelam uma atenção biomédica voltada para atender necessidades de assistência a agravos de ordem física. Esse recorte foi citado pelos profissionais como atribuição específica dos serviços de saúde, reforçando também a visão dicotomizada entre o biológico e o social e a compreensão de que apenas o primeiro é objeto de trabalho dos serviços de saúde.

A única coisa que a gente pode fazer é o acompanhamento médico mesmo, com a médica, a enfermeira, o auxiliar. A gente faz visita na casa, em outras partes, assim, nós não entramos. (E2)

Nós prestamos o primeiro atendimento no acolhimento ao ouvir a história dela. Passamos o caso pro médico e foi constatado que teria que remover ela pro hospital e que se mandasse ela por conta própria ela não iria. Foi chamado a ambulância, foi levada pro hospital, pra fazer raio X, outros exames e ela ficou internada. (E14)

A gente tá seguindo um pré-natal, mas a parte psicológica não foi atendida porque nós não temos perna pra tudo isso. (E3)

A médica examinou, pediu exames pra ela, ultrassom, pra ver se tinha afetado o bebê. Marcou a consulta pra mãe. Foi feito exame e ela já vai passar novamente com a médica. (E2)

Todas necessidades, tanto física como mental. A gente afastou ela do trabalho, porque ela não teria condição de ir trabalhar toda roxa. E foi feito atendimento da gestante com suas necessidades de saúde. (E17)

A gente vai tentando marcar consulta, falando sobre a saúde deles. Conseguimos laqueadura, mas não sei se foi ele que não deixou ela fazer. Assim, a gente tenta agendar compromissos na UBS e no hospital. A gente tenta, mas é difícil. (E15)

Houve atendimento da enfermeira, ginecológico, exame físico geral na paciente. Posteriormente, o médico prestou atendimento pra ela. (E11)

Eu acredito que ele ficou mais calmo, só que eu entrei com remédio pra ele, calmante simples. Eu acho que melhorou alguma coisa. (E7)

A equipe só tá atendendo a necessidade dela achando que ela é uma paciente psiquiátrica e que sofre de DNV, tem “pitis” como dizem, constantes. Só que não estão procurando investigar o que está desencadeando ela estar sempre aqui em consulta, sempre estar sendo medicada. (E12)

Constatamos que a incorporação da violência à área de saúde não se objetiva sem lacunas. Da mesma forma como a linguagem judicial e dos demais setores que lidam com o problema não expressam toda a complexidade da violência de gênero, também a perspectiva biomédica não o consegue. Os relatos apontam que o

reconhecimento da violência enquanto problema de saúde acaba por traduzir-se em intervenções sobre as alterações físicas relacionadas, de modo que a violência em si é desqualificada enquanto problema, quando não passível de classificação no cardápio de necessidades oferecido pelos serviços que operam sob a racionalidade biomédica em que a doença constitui o objeto das ações.

Para Merhy et al. (1997), a cultura institucional do modelo tradicional e ainda hegemônico, centra-se no modelo queixa-conduta e caracteriza-se por um processo de trabalho pautado por uma racionalidade linear e mecanicista, recorrendo exclusivamente ao saber biológico e a intervenções técnicas e medicalizantes. Essa forma de atendimento é fruto de um processo histórico que tem suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização dos serviços de saúde e que vem sendo sustentada pela lógica de mercado, restando às necessidades em saúde da população um plano secundário. Não se trata da negação da importância do saber técnico e biomédico, mas sim de ressaltar a necessidade de não se tomar esta questão como única e buscar, a partir de um problema, como desencadear um agir que possa satisfazer as necessidades do usuário na sua singularidade, estabelecendo relações com o emocional, o cultural e o social e canalizando para uma perspectiva coletiva. Para Breilh (2006, p. 61),

devemos ressuscitar a luta por uma situação geral da saúde que contradiga a doutrina dos pacotes básicos, que constituem esteios da estratégia de uma epidemiologia dos níveis mínimos, e que é aplicada ao cálculo da redução máxima dos gastos sociais, dentro dos limites permitidos pela governabilidade e pela legitimação do sistema.

Neste estudo, embora haja por parte de alguns profissionais o reconhecimento de necessidades que extrapolam a dimensão biológica, esse reconhecimento apresenta entraves quando se remete ao processo e trabalho instaurado para atender essas necessidades. A prática tradicional dominante nos serviços de saúde limita o campo de ação das práticas profissionais e isso é reconhecido na fala que segue, na qual o profissional afirma que, em casos relacionados com violência, recorre a doses insignificantes de medicação como ferramenta disponível de intervenção, reconhecendo que esta constituiria em uma simulação que objetiva fazer com que a

usuária acredite estar sendo efetiva para enfrentar um processo de adoecimento que, de fato, não o é.

Sessenta por cento das vezes consigo uma melhora com doses muito pequenas, insignificantes, de remédio. É onde, naquele momento, o remédio não tá fazendo aquele efeito que se o paciente estivesse, de fato, doente responderia. E as pacientes melhoram porque se sentem um pouco mais calmas ou porque se sentem acolhidas e acabam criando um certo vínculo. (E20)

É importante considerar que a violência é uma situação que extrapola em muito a esfera do setor saúde. Trata-se de uma situação de vida, com toda a complexidade que isto implica. Entretanto, a lógica que permeia as práticas em saúde, historicamente, é pautada por resultados em curto prazo, intervenções padronizadas, o que pode ser extremamente contraditório, com potencial para traduzir-se em outro tipo de violência, já que pode desrespeitar a trajetória da mulher e acabar por frustrar os profissionais que se sentem impotentes e pouco resolutivos (Schraiber, D'Oliveira, 1999). Isto é revelado nos discursos que seguem.

Muitas vezes durante uma consulta eu não consigo perceber um resultado e uma resposta do meu próprio atendimento. É uma sensação de “opa!” precisaria de outras medidas pra se ter um resultado, ou para que aquela pessoa tivesse uma vida um pouco mais digna de outros fatores, educacionais... Enfim, não é uma questão que a gente consegue tratar de forma técnica com uma medicação, com uma terapia. (E20)

Infelizmente não foi atendido. Elas não conseguiram passar com um psiquiatra nem com um psicólogo, nós não conseguimos. O que a gente fez foi um trabalho paliativo, a médica da equipe deu um antidepressivo, atende quando essa senhora busca ajuda. (E3)

Há três meses que ela está internada, então a gente não teve mais o contato, ela tá internada por problemas de saúde mesmo [...]. A gente prestou uma assistência à saúde, à debilitação que ela estava apresentando no momento, acho que só. A gente não foi muito além do que a gente tem de recurso. (E14)

A gente tem que avaliar aquilo que a gente conseguiu fazer, porque nós não temos perna pra tudo isso. A gente até consegue fazer muita coisa com as situações que a gente vive. (E3)

Eu acredito que quando a gente não fez muita coisa, porque ela foi atendida depois no hospital, então a gente não interviu como deveria ser [...]. Eu até acredito que, na época, esse caso tenha sido discutido aqui, mas sabe, assim, daquele jeito que não há intervenção, só assim “ah, fulano bateu na fulana e, agora, ela perdeu o bebê”. (E6)

Uma ação resolutiva não deve prescindir, necessariamente, de uma conduta clínica, mas, além disso, encerra a possibilidade de usar toda tecnologia leve e leve-dura disponível para enfrentar ou prevenir os determinantes dos problemas, buscando também medidas que promovam a saúde. Assim, ações baseadas na clínica, por si só, não são suficientes para possibilitar respostas às várias dimensões que compõem os problemas e as necessidades em saúde das mulheres. O fortalecimento da intersetorialidade e das ações coletivas, assim como o enfoque sob a perspectiva de gênero e da determinação social para o reconhecimento das necessidades que as mulheres portam são fundamentais para a superação da impotência referida pelos profissionais de saúde em lidar com situações que envolvem violência.

Os relatos das mulheres usuárias do serviço também reproduziram o não reconhecimento da violência enquanto problema cuja atenção compete também aos serviços de saúde. Essa reprodução acaba, na prática, por traduzir-se na invisibilização da violência e não verbalização pelas mulheres, que reiteram a atenção que recebem e acabam por compreender apenas os problemas físicos como campo de atuação da saúde.

Eu nunca busquei essa ajuda aqui. Já vim aqui pra exame ginecológico, exame de sangue, já fiz umas duas vezes, e no dentista. Essa dor no estômago nunca falei não. (M13)

Nunca contei nada disso pra equipe, só problemas de saúde assim, física. (M3)

Ele tem me ajudado só nesses problemas de saúde mesmo, porque isso aqui eu tô falando aqui só com você mesmo. Entre aspas, porque tô falando pela metade. Se eu for falar tudo, vai ser hoje, amanhã e depois. (M5)

Olha filha, dizendo a verdade a você eu acho que o serviço não pode me ajudar. Acho que ele ia complicar mais. De vez de levantar, eu ia adoecer mais ainda. Eu nunca falei desse problema não, só problemas de saúde. Quando aconteceu, me perguntaram o que houve e eu disse que foi meu esposo, mas não entrei em detalhes. (M6)

Como é que o serviço de saúde poderia me ajudar? De qual maneira? Eu não acho que pode, acho que ninguém [...]. Mas nunca escondi isso de ninguém. (M11)

Busquei nenhum serviço. Acho que o serviço não pode me ajudar não, sabe quem me ajuda abaixo de Deus? Uma amiga verdadeira. (M4)

Não busquei ajuda em nenhum lugar, porque não ia achar mesmo. (M2)

Sempre que eu precisei do serviço ele me ajudou. Quando eu precisei, vim aqui, atendeu bem. Quando eu fiquei grávida, pré natal foi aqui e tudo[...]. Mas nunca expus isso pra ninguém aqui, só pra você mesmo. (M4)

Busquei, só pra passar o exame. Também venho pras reunião do grupo de hipertenso. Mas eu nunca contei a ninguém do posto não. Aquela senhora que passou com o nenézinho é testemunha do que eu sofro [refere-se a uma usuária].(M5)

Esse problema eu tenho que guardar em mim mesmo, nada pode me ajudar. Eu tô desabafando com você. Foram duas pessoas que eu desabafei, com uma amiga minha e agora com você. (M6)

Nunca contei pra ninguém, nem pra minha mãe. Eu venho aqui pra me cuidar, papanicolau, pré-natal, tratar da epilepsia. Nunca falei disso. Nem com o psicólogo eu nunca passei. (M10)

Observa-se que, no âmbito da ESF, por um lado, as mulheres não falam, por outro, os profissionais não perguntam sobre a violência. A lógica medicalizadora limita o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a captação da violência e das necessidades, o que faz com que, também as mulheres desconheçam os serviços de saúde enquanto possibilidade de apoio.

Além disso, a determinação de gênero é um atributo social que recobre o biológico em seus significados historicamente construídos. Desse processo decorrem tanto processos de desgaste e fortalecimento diferenciados para homens e mulheres, necessidades diferenciadas, assim como reconhecimentos diversos de suas necessidades em saúde pelos serviços. No processo de medicalização das necessidades, essa determinação, assim como as desigualdades que dela decorrem, são dimensões ausentes nos serviços de saúde e ausentes nas demandas valorizadas pelos usuários. O depoimento a seguir traz a dicotomia bio-psico claramente ilustrada na fala de um profissional de saúde, que reconhece a violência, porém, limita o campo de ações a problemas que se enquadram em intervenções pertinentes a esse recorte.

[...]Naquele momento, grávida, ela precisava de um apoio psicológico, e foi o que eu tentei dar. Fiquei uns 40 minutos conversando. Ela também estava com um pouco de náusea, devido à gravidez e aí a gente passou uma medicação pra ela e conversamos muito tempo. Então acho que era essa a necessidade, tinha uma fisiológica e uma psicológica. (E13)

Os depoimentos mostram que as práticas traduzem a predominância do saber biomédico, sob a perspectiva da abordagem multifatorial da saúde, como instrumento de trabalho mobilizado no reconhecimento e respostas às necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência. Além desse recorte, as práticas também se centram na dimensão singular, não ultrapassando as barreiras do individual. Alguns depoimentos apontam para uma ampliação desse recorte para a família, ainda na dimensão singular, pois não há referência a relações com a inserção, nem com a estrutura social.

A equipe está tentando primeiro resolver o caso da família pra depois ver o que pode fazer com ela. Ela não quer ajuda, tem o filho dela que tem HIV, um problema sério, a filha dela também. Tem bastante irmãos e quase toda a família tem problemas psiquiátricos. (E1)

De acordo com o caso, a gente chama a família ou a gente faz uma visita domiciliar. A gente orienta a pessoa a procurar outros recursos, não só da saúde, mas de outras secretarias, ou mesmo de órgãos não públicos. (E21)

Nós chamamos a mãe, conversamos com a mãe da gestante e observamos que ela tem problemas que estão gerando problemas pra todo mundo. Fomos conhecer a família. (E3)

Foi feito o atendimento da mãe e encaminhado para o NASF, onde foi discutido o caso da família. (E17)

A gente abriu a unidade, fez encaminhamento pra o psicólogo, encaminhou o marido pra o grupo de pacientes que usam álcool. A atenção da unidade com os filhos, com o acompanhamento dos filhos. Levou uma atenção pra toda a família. (E22)

Foi feito o atendimento da mãe e encaminhado para o NASF, onde foi discutido o caso da família. (E17)

Outras vezes, eu acabo convocando, no retorno, que ela venha acompanhada pela pessoa mais próxima, na intenção que ela venha com o marido, muitas vezes vem, outras vezes não. (E20)

Ele foi encaminhado pra uma orientação pra grupos de alcoolismo. (E22).

Eu entrei com remédio pra ele (o agressor), calmante, calmante simples. (E7)

Segundo Breilh (2006), o pensamento científico clássico tende a reduzir a saúde de três maneiras: à doença e ao individual; ao plano único dos fenômenos observáveis; atribuir o movimento da realidade à simplicidade unidimensional de uma ordem mecanicamente determinada por leis deterministas. Desse modo, nas práticas cotidianas de atenção à saúde, ainda se reproduzem, com invejável

vitalidade, os enfoques empíricos que reduzem a saúde a um único plano, que continuam a recair em concepções assistencialistas que tomam a saúde como fenômeno de atenção individual. No entanto, para o conhecimento em saúde, a vinculação da ordem individual com a ordem coletiva, inter-relacionando as três dimensões da realidade é essencial, pois é na ordem coletiva que se enraízam as determinações históricas não observáveis na ordem singular que, ao moldarem os modos de vida,

constituem elementos-chave para se compreender a gênese dos fenômenos da saúde, pois nelas se enraíza a compreensão da estrutura de poder, que é a base da inequidade na distribuição dos bens, apoios, ou proteções que a promovem, bem como as agressões e processos destrutivos que a deterioram (Breilh, 2006, p. 47).

O enfoque deslocado do indivíduo para a família constituiu um achado importante neste estudo, tanto no reconhecimento de necessidades, quanto nas práticas. Esse aspecto aponta convergências com o discurso do Ministério da Saúde que fundamenta e define a proposta da ESF tendo como foco a família, valorizando o vínculo como seu ponto central, apresentando-se como possibilidade. Assim, a ESF

elege como ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa Saúde da Família (PSF) visa a reversão do modelo assistencial vigente. Por isso, sua compreensão só é possível através da mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial em novas bases e critérios. Essa perspectiva faz com que a **família** [grifo nosso] passe a ser o objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extra familiares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto e significação social (Brasil, 1997, p. 8).

No entanto, esse enfoque, neste estudo, revela-se limitado ao núcleo familiar, em sua dimensão singular, não considerando o que a proposta pressupõe em relação à ampliação das ações e critérios no sentido de uma maior significação social. As intervenções voltadas à família também apareceram nos resultados com fortes marcas da construção de gênero orientando as ações e os discursos profissionais, a exemplo dos depoimentos que seguem, nos quais são ressaltadas a fragilidade

feminina e a gravidez como pontos centrais do agir profissional no sentido de promover a não violência.

A gente trabalhou conversando tanto com a sogra e principalmente com o companheiro, sobre a questão do cuidado com ela, do carinho. Eu disse “ela ainda é uma criança e tem outra criança dentro dela, então como qualquer mulher ela precisa de cuidado, ela precisa de bastante atenção, como uma rosinha, ela ainda é um botãozinho de rosa!”. (E6)

Falei pra ele que a gestante precisa de muito cuidado, muito carinho, que fica muito fragilizada[...]expliquei tudo isso pra ele pra vez se pelo menos nessa gravidez ele dava uma trégua pra ela. Falei pra ele ser um bom pai pra essa criança, fazer carinho, passar a mão na barriga, beijar a barriga. E ele disse que ia ter muito cuidado (E13).

A subalternidade e a vitimização das usuárias pode ser potencializada pela identificação de gênero com as profissionais mulheres. Estudos apontam que as profissionais de saúde trazem para o campo de práticas fortes marcas da construção da identidade de gênero (Guedes, Silva, Fonseca, 2009; Andrade, 2009; Oliveira, Fonseca 2007). Essas marcas, quando construídas sob um referencial androcêntrico, reiteram e naturalizam a opressão, sendo contra-produtivas aos usos do trabalho também como instrumento de emancipação social das mulheres.

Assim, muitas vezes, os serviços reproduzem a violência, ou porque naturalizam, ou porque vitimizam as mulheres que buscam assistência. Assim, quando não cristalizadas na posição de vítima, porque frágeis e inferiores, as mulheres são compreendidas como provocadoras da violência por não obedecerem referenciais impostos socialmente, como fidelidade, passividade e submissão. Constatamos que ao saber instrumental mobilizado no cotidiano do trabalho na ESF estão agregadas fortes marcas da lógica androcêntrica hegemônica, reiteradora da subalternidade feminina e resultante da construção identitária de gênero de homens e mulheres profissionais de saúde. Esses aspectos podem ser ilustrados pelos depoimentos abaixo, respectivamente de uma profissional e de uma usuária.

Tem o outro lado da história. Ele falou que ela bebe também e que já falou pra ela parar de beber. Pra você ver como a história sempre tem os dois lados, porque eu falei pra ela se valorizar, se dar o respeito[...]. Então foi muito bom eu ter conversado com os dois, a gente não pode ficar acusando só o homem, ela também tem culpa no cartório, pois qual o homem que quer chegar e ver a mulher bêbada em cima da cama?[...] Falei pra ela que o homem não sai batendo à toa numa mulher. (E13)

A única coisa que a doutora falou foi isso, que eu tivesse paciência e que eu não posso bater de frente com ele. Porque ia ser pior pra mim, por causa do meu bebê, só isso. (M11)

Os profissionais de saúde têm valores éticos e morais enquanto dimensão do saber também mobilizada no seu processo de trabalho. Entretanto, a crítica que o profissional deve realizar acerca de seu próprio agir inclui a atitude de evitar a revitimização da mulher e sua cristalização como vítimas de uma violência natural, promovendo ética da não violência nas relações. Uma vez que a violência é produto de relações construídas, há sempre a possibilidade de luta e transformação. (D'Oliveira et al., 2009).

Assim como a identidade de gênero dos profissionais perpassa as práticas em saúde, a vivência de violência por mulheres, profissionais de saúde entrevistadas, também foi revelada neste estudo. Os relatos trazem esse aspecto compreendido pelas profissionais como fortalecedores de possibilidades de apoio às usuárias, no entanto, é importante ressaltar que essa possibilidade não deve incorrer no risco de uma intervenção prescritiva, baseada na experiência pessoal.

Eu acabei me identificando com ela, porque eu passei por algo mais ou menos semelhante. Eu me senti no lugar dela[...].Jo que eu passei, a experiência faz com que você cresça, amadureça e tenha condições pra poder ajudar o outro. A outra, no caso. (E16)

Quando eu me deparei com o caso dela eu vi o meu caso, eu me vi, na situação dela, eu me vi submissa como ela, eu me vi calada, com medo, com os mesmos medos que ela tem, que eu tinha na época. O que eu sinto hoje é que no que eu puder ajudá-la em termos de aconselhar, vou fazer, porque não quero que ela fique como eu, que agüentei sete anos. (E12)

Os resultados referentes às práticas profissionais também revelaram potencialidades. A ESF possibilita a criação de vínculos entre equipes de saúde e comunidade. Nesse estudo, isso se traduziu no estabelecimento de relações de vínculo e confiança entre profissionais e usuários, possibilitando o acesso ao serviço de saúde. As práticas reveladas pelos profissionais para atender essa necessidade relacionada ao vínculo e à escuta foram desenvolvidas tanto no atendimento individual, pelo diálogo entre profissional de saúde e usuária, como no atendimento grupal, que também possibilita compartilhar experiências das usuárias entre si.

A escuta individual apareceu vinculada à disponibilidade do profissional para facilitar o acesso da cliente ao serviço, mesmo com a agenda lotada. Entretanto, a

escuta pareceu não ser qualificada, pois não possibilitou o desenvolvimento de crítica pelas mulheres. Isto leva a crer que da simples escuta ao reconhecimento e atendimento às necessidades pode-se dizer ainda há muitos passos a caminhar.

Às vezes eu fico quase uma hora com a gestante, quando eu vejo uma situação como essa. Violência? Os outros me desculpem, mas eles tem que esperar, a prioridade é quem mais precisa [...] Fiquei quase uma hora conversando com ela. Eu perguntava como era o relacionamento dela e assim foi e ela foi se soltando, contou a vida dela quase toda pra mim. (E3)

Todas as vezes que eu estive com ela em momentos assim o que eu mais fiz foi orientar[...]É esse o apoio que eu posso dar, de orientação psicológica, no psicológico até onde me cabe, devido a algumas situações já vividas. Eu sempre passei pra ela o conhecimento de algumas coisas da vida, mas em matéria de saúde mesmo, não dá pra fazer porque eu não tenho essa base. (E10)

Fiquei uns 40 minutos conversando com ela. Ela também estava com um pouco de náusea, devido à gravidez e aí a gente passou uma medicação pra ela e conversamos muito tempo. (E13)

Estudos no campo da saúde coletiva (Ayres, 2004; Merhy, 1999) têm trazido importantes considerações sobre o tema da comunicação e escuta dos usuários e profissionais de saúde. Neste estudo, esses temas se relacionam às necessidades em saúde que convergem na compreensão de profissionais e usuárias entrevistadas. Segundo Heckert (2007, p.7), a escuta efetiva significa indicar que as necessidades do outro precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas, de modo que a escuta sensível implica, necessariamente, ouvir os vestígios, ver os movimentos. A autora denomina escuta surda aquela que “ouve sem escutar”, que substitui a crítica às evidências pelo se deixar conduzir por elas, reificando-as.

Os depoimentos que seguem referem-se às respostas relacionadas às referidas práticas que envolvem a escuta, nas quais há a potencialidade da relação de confiança e o vínculo entre profissional e usuário. Mas é necessário focar essa potencialidade para intervir no enfrentamento da violência e das necessidades que ela produz. O vínculo, por si só, produz respostas momentâneas e não a transformação qualitativa na vida das mulheres.

Só pelo fato de eu sentar com ela e conversar, e vê que quando ela sai daqui ela me agradece, eu já sinto que eu fiz o máximo que eu pude fazer como profissional. Eu sei que eu saí daqui e cumpri minha missão. dei o meu melhor. (E3)

Ela saiu tranqüila daqui, pelo fato de eu ter falado pra ela que qualquer problema eu poderia estar ajudando ela. (E13)

A necessidade dela que foi atendida através da minha pessoa foi ter uma pessoa pra escutá-la, ter confiado em mim, ter depositado em mim uma confiança que ela não depositou em ninguém até o momento. E me pedir uma ajuda sobre o que ela poderia estar fazendo e de que forma ela poderia estar fazendo. (E12)

Ela se abre e fala e comigo [...] foi atendida então a necessidade de falar, de ter alguém pra poder contar o que aconteceu, mas faltam as outras. Então o que melhorou nela foi essa situação de ânimo, vontade de querer lutar, mas não contra ele ainda. (E5)

Atendi a necessidade de um apoio psicológico momentâneo, espero que isso depois gere mais. Eu me coloquei a disposição para que ela voltasse mais vezes pra gente dar continuidade a esse diálogo pra ajudá-la, motivá-la. Um estímulo. (E16)

Eu imagino que a necessidade dela se abrir, de falar, foi atendida. E só o fato dela poder ir na unidade e o marido ficar esperando e ela ter um espaço que era dela, acho que isso já foi algo atendido. (E18)

Atendi a necessidade emocional, porque ela estava se sentindo sozinha. Agora eu vou lá e ela se abre e fala e comigo [...] mas faltam as outras. (E5)

Compreende-se que os profissionais revelam potencialidades da escuta e do vínculo de confiança estabelecido com as usuárias no trabalho em saúde. Essas potencialidades se relacionam ao vínculo, à captação da violência vivenciada e invisibilizada, a ter uma referência a quem podem recorrer quando necessitam, ao diálogo, à humanização das relações, entre outras potencialidades. No entanto, entre essas potências e o efetivo agir para o acolhimento, encaminhamento e enfrentamento do problema e transformações na vida das mulheres com efetivas respostas às suas necessidades, há uma grande lacuna. A seguir, os depoimentos remetem à ESF enquanto um espaço com possibilidades criadas pelos vínculos estabelecidos.

Acredito que o PSF nesse sentido tem atendido seu objetivo no que é a saúde da família, porque saúde da família não é só dar medicação, é ouvir, é fazer a pessoa criar um caminho, ver novos horizontes. (E5)

E os pacientes melhoram porque se sentem um pouco mais calmas ou porque se sentem acolhidas e acabam criando um certo vínculo. Naquele

momento, a consulta acaba evoluindo bem, então acaba sendo um atendimento assistencial educacional do que técnico.(E20)

O depoimento a seguir revela a unidade de saúde como um dos poucos espaços reconhecidos pela mulher como possibilidade de distanciamento do sofrimento cotidiano vivenciado no lar.

Esse posto já me ajuda porque eu já ri tanto hoje que eu nem agüento. Porque a partir da hora que eu saio de casa pra mim eu sou tão feliz. E só saio de casa pra vir no posto ou pegar leite pro menino. (M5)

Para a usuária, a simples possibilidade de frequentar o serviço, remete à felicidade, reconhecendo esse aspecto como contribuição do serviço para o enfrentamento do problema. Compreende-se a importância do lugar que os serviços de saúde representam para muitas mulheres que vivenciam violência, que constitui o único canal de comunicação presente na realidade da usuária, sendo, para ela, a única possibilidade de enfrentamento que se apresenta. Como não esperar algo desse serviço? Assim, apesar da possibilidade reconhecida, não é utilizada em toda a sua potência, limitação essa já discutida anteriormente.

O desenvolvimento de condutas prescritivas permeando a relação entre profissionais e usuárias, no momento da consulta, também foi constatado como limitação que permeia esse aspecto, que pode ser destacado nos depoimentos a seguir.

Eu aconselhei bastante, conversei com ela, expliquei como funciona a Lei, que tinha processo. Só através da denúncia que ela pode colocar uma barreira pra que ele não agrida mais ela. Só que ela tem medo. (E12)

Nem sempre a gente consegue ajudar efetivamente, a gente orienta [...]. Mas eu tenho percebido que as mulheres, por medo, por insegurança, acabam não seguindo as nossas orientações, preferem conviver com a situação de violência. (E11)

Da nossa parte foram atendidas todas as necessidades, todas as vezes o que foi preciso, foi sempre atendido. O que acontece é que ela não cumpre o que falamos. (E14)

O caso finalizou-se naquele atendimento porque ela não quis prestar queixa nenhuma, ela só queria o atendimento pra questão da dor que ela estava sentindo e mais nada. (E9)

Esses depoimentos revelam que a prática da escuta também tem sido permeada por uma conduta prescritiva, julgadora, baseada em valores

ideologicamente instituídos, sem a problematização ou o questionamento da realidade. No âmbito da atenção às mulheres, as práticas têm acontecido de forma desgenerificada, em que não é considerada a construção de gênero na determinação da vivência de opressão e violência pelas mulheres, mantendo-se capturada em uma forma constituída de enfrentamento baseada na denúncia policial ou separação do agressor como formas de enfrentamento do problema.

Para Heckert (2007) é fundamental que a escuta sensível e comprometida seja tomada como questionamento dos modos naturalizados, instituídos e banalizados de se compreender a vida, a saúde os fenômenos que a envolvem. Assim,

esse deslocamento só é possível com a afirmação de princípios ético-políticos, e que dizem respeito à afirmação da vida e a responsabilidade coletiva com aquilo que criamos. Esta sutil arte da escuta, não se forja com práticas de formação piedosas. A escuta-experimentação não visa apreender uma realidade, uma verdade do sujeito, e sim abrir espaço para criação de modos de existência compatíveis com uma vida solidária [...]. (Heckert (2007, p. 10)

Conforme aponta a autora, é necessário atenção para que a escuta não se traduza na tutela e a culpabilização dos sujeitos. É preciso evitar que o processo de escuta seja pautado em um discurso competente, detentor de um suposto saber, técnico e neutro, que porta a verdade sobre os indivíduos e suas necessidades. A compreensão de que cabe ao profissional conscientizar ou sensibilizar os usuários acerca de suas próprias vidas tem se constituído sob uma lógica vertical, na qual se fala sobre o sujeito, quando deveria se falar com o sujeito, a partir de uma escuta sensível e problematizadora de suas necessidades e projetos de vida.

Neste estudo, a escuta desenvolvida a partir da prática de psicoterapia grupal, foi reconhecida pelos profissionais como espaço potente para a escuta qualificada, o autoconhecimento e o fortalecimento das mulheres pelo compartilhar de experiências vividas e a possibilidade de estímulo à autonomia e ao empoderamento. A participação no grupo de psicoterapia “Projeto de Vida” foi a que apareceu como resposta predominante dos profissionais integrantes do NASF frente à necessidade de escuta qualificada das mulheres que vivenciam violência. A observação dessa atividade, na coleta de dados, a revelou como um espaço fértil de discussão sobre as questões de gênero, que aparecem como determinantes potenciais de desgastes na vida e na saúde das mulheres que integram o grupo.

A questão do espaço pra escuta. No grupo, quando a violência vira tema comum entre todos, a questão da educação também é trabalhada. Onde a gente pode falar dos serviços, falar da delegacia da mulher [...]. Então é poder ouvir e dar, poder acolher. (E19)

O grupo tem instrumentalizado essa pessoa a conseguir se afirmar enquanto mulher, identitariamente, eu digo, em poder, aos poucos. Primeiro, pelo espaço de escuta que está sendo oferecido a essa pessoa e eu acho que o grupo também tem ajudado a ela se afirmar enquanto mulher dentro dessa família. Afirmar que desempenha um papel que é muito importante, que tem tanto valor como o de qualquer outro membro da família. (E21)

Levá-la ao grupo projeto de vida, que é feito pelo psicólogo com a terapeuta ocupacional. A gente tentou acordar com ela que o marido iria junto. (E18)

Ela foi pra o grupo. Eu ouvi ela algumas vezes. Tem pacientes que falam de violência, diretamente, no grupo. Tem pacientes que não falam, depende muito da gente poder identificar quais são esses pacientes. Então as que não vão conseguir falar, a gente tenta ter alguns atendimentos individuais, nesse caso, foi atendimento individual e depois no grupo. (E19)

A condução do referido grupo é uma prática desenvolvida pelo psicólogo e pela terapeuta ocupacional do NASF, que atua na UBS. Destina-se à realização de psicoterapia grupal para usuários, homens e mulheres, com problemas de saúde mental que são encaminhados pelas Equipes de Saúde da Família. Na UBS cenário deste estudo, o grupo apresenta a particularidade de só ser freqüentado por mulheres, mesmo sendo aberto à participação de homens. A maioria é portadora de agravos relacionados à ansiedade, depressão e síndrome do pânico. A observação da dinâmica do grupo revelou que, por ser um grupo formado por mulheres, as questões de gênero aparecem frequentemente como tema das discussões. Observa-se que as condições de vida determinadas pela subalternidade e violência de gênero são aspectos que se relacionam intrinsecamente com os transtornos mentais que as mulheres portam, aspecto apontado freqüentemente nas entrelinhas das suas falas.

Um estudo realizado com grupo de psicoterapia em um serviço de atenção primária a saúde, freqüentado por mulheres portadoras de queixas difusas, sem diagnóstico preciso, muitas vezes rotuladas pelas equipes como “somatizadoras” ou “freqüentadores contumazes” [grifos do autor] constatou que a busca de tratamento pelas usuárias foi motivada por queixas clínicas. Entretanto, sua determinação era um sofrimento, no qual o medo e a insegurança tinham lugar especial, sendo sempre

desencadeados pela vivência de violência, em especial intrafamiliar e as relacionadas ao narcotráfico presente no território (Jorge, 2009).

O autor do estudo aponta que as práticas psicoterapêuticas com grupos vêm sendo debatidas não apenas no campo da saúde mental, mas também nos serviços públicos de saúde, especialmente na ESF, constituindo uma possibilidade de oferecer atendimento a um número maior de usuários, além da promoção de uma coletivização das práticas e das angústias e problemas vivenciados pelos indivíduos, possibilitando a busca de soluções muito mais coletivas do que individuais. Ainda destaca que a prática grupal contribui (Jorge, 2009, p. 17)

para que as experiências de violência possam ter significados e sentidos na vida das pessoas que deles participam, proporcionando possíveis mudanças, enfrentamentos e transformações qualitativas. A importância do trabalho em grupo está fundamentada na crítica a uma concepção de subjetividade relacionada à noção de identidade individual. No viés explicativo de caráter individualista pratica-se uma clínica intimista que tem, entre seus vários efeitos danosos, o de reproduzir a dissociação entre individual e social. Essa lógica remete o indivíduo a buscar "dentro de si" as causas de seus sofrimentos. Assim, ele é o ponto de chegada e o ponto de partida de suas angústias e dores, como se estivesse em sua mente ou em seu corpo a causa e a cura das dores. Assim, o grupo se impõe como uma tentativa de romper com essas dicotomias, não apenas se colocando em um lugar intermediário entre o individual e o social, ou entre o sujeito e o coletivo.

Neste estudo, as usuárias e profissionais apontam para respostas relacionadas a transformações mais qualitativas quando se remetem à prática grupal. Ainda que a escuta estabelecida na consulta individual tenha sido constatada como uma possibilidade no serviço, o atendimento grupal foi revelado como espaço que além do estabelecimento de vínculo e escuta, possibilitaria maior autonomia das mulheres.

As pessoas têm saído satisfeitas [...]. Porque a gente conversa, a gente troca experiência, mas, pelo relato, eu tenho percebido que elas têm conseguido resolver coisas fora dali e isso que eu acho que é mais importante, que elas consigam levar coisas dali pra vida delas. (E21)

As respostas alcançadas às necessidades reconhecidas pelas mulheres usuárias do serviço também foram reveladas como possibilidade da prática grupal. A escuta e as relações estabelecidas com profissionais e com outros usuários no grupo se revela como possibilidade de fortalecimento e auto-estima, conforme podemos observar nas falas que seguem.

Uma coisa que tenho guardada dentro de mim e conto para as pessoas me alivia. O grupo tem conversado comigo, me orientado. (M2)

Eu só comecei a participar do grupo porque eu não sabia como lidar com essa situação. Foi o agente comunitário que me indicou. Então tem me ajudado bastante mesmo. Porque você encontra os verdadeiros amigos ali dentro. No grupo, o que eu tenho encontrado, é que às vezes a gente se lamenta por uma situação e às vezes a outra pessoa com uma situação pior que você. (M12)

Eu pensava que o mundo pra mim se acabou. Hoje eu penso que quero superar tudo isso. Tô recuperando a vontade de viver. Antes eu não saía, agora tenho vontade de sair, passear. Pra mim tá sendo bom. Eu não me arrumava, agora eu tô me arrumando. (M2)

Em relação a práticas e respostas às necessidades em saúde reconhecidas, os profissionais reconheceram como necessidade atendida a abertura para o acesso ao serviço de saúde possibilitado pelo vínculo estabelecido com a clientela e pelo reconhecimento dos casos como prioridades devido à vivência de violência. Ainda que esse acesso não seja privilégio, mas direito, aqui traduzido na possibilidade de receber uma atenção prestada nos limites do recorte biologicista, revela também a compreensão da violência enquanto um problema importante, que merece atenção.

A consulta, porque as consultas são agendadas e ela passou pelo posto, não tinha consulta, mas a gente já contou o caso e a doutora atendeu imediatamente ela. (E2)

Em momento algum, mesmo não estando agendado, ela deixa de ser atendida. Mesmo que seja pra conversar comigo. Porque a gente tem que saber ouvir. Essas gestantes, elas tem muitos problemas, em função da situação que elas vivem. (E3)

A parte de saúde, a parte médica. Que ela não deixou de ser atendida e fez o pré-natal direitinho, tudo corretinho [...]. E a parte de transporte, com o bilhete pra ela fazer as ultrassonografias, ir à maternidade. (E4)

Ela saiu tranqüila daqui. Pelo fato de eu ter falado pra ela que qualquer problema ela poderia me procurar. Que eu poderia estar ajudando ela. (E13)

Eu abri espaço pra ela vir quando ela quisesse. (E22)

O depoimento a seguir mostra ainda potencialidade de articulação da equipe com a comunidade, no sentido de atender necessidades relacionadas a condições de vida identificadas.

A ACS mobilizou as pessoas pra que oferecessem roupa, material pro enxoval do bebê e ela conseguiu moradia. A gente tentou ajudar porque

ela ficou completamente desamparada. Não tinha renda, não tinha nada. (E4)

Apesar das potencialidades, as limitações do recorte biologicista e clínico são realidades que se destacam nos achados deste estudo. As usuárias entrevistadas apontam sem seus depoimentos limitações reconhecidas.

Gostaria que fossem mais atenciosos e soubessem ouvir mais nossos problemas, nossas dificuldades, e atentassem mais pra isso. Porque apesar de ter os postos de saúde e tudo, a gente não tem muito acesso. É mais difícil de conseguir uma consulta. Às vezes é tudo muito corrido, muito rápido as coisas que acontecem. Não tem aquela devida atenção. (M8)

Às vezes o médico nem olha pra você, só passa uma receita ali e acha que já tá tudo bem, você só toma o remédio e acabou. Mas não é bem assim, ele tem que saber olhar pra você, ver, explicar pra você a situação do problema que você tá expondo pra ele. Porque você já chega dizendo pra ele tudo o que você tá sentindo e ele só olha com aquele descaso, não chega a fundo. (M9)

O processo medicalizador das necessidades faz com que a violência seja compreendida como um problema do qual apenas as consequências físicas e psíquicas competem ao escopo do campo de atuação em saúde. Essa cisão interna centraliza a atenção apenas no campo dos efeitos produzidos, transformando a violência em uma não questão para a saúde (Schraiber et al., 2009). Tendo em vista que a violência, assim como a saúde é uma questão social pluridimensional, compreende-se que problemas complexos exigem soluções multifacetadas (Minayo, 2006).

Trata-se de enfrentar o desafio colocado por Schraiber et al. (2009) de formular a violência de gênero nos marcos de uma interdisciplinaridade conceitual e tecnológica, tomando como referência a integralidade em saúde no sentido de instaurar processos de trabalho que constituam um agir comprometido com os direitos humanos e das mulheres e a equidade de gênero.

Finalmente, no sentido de contribuir para repensar o modo de cuidar das mulheres, é importante que os profissionais produzam novas categorias e se apropriem das já existentes nas diversas áreas do conhecimento, sobretudo nas ciências sociais, para que o princípio da integralidade da assistência à saúde do SUS possa ser alcançado também pelas mulheres que vivenciam violência. Isso significa pensar o cuidado em saúde, não apenas como aplicação de um saber instrumental ou

técnico especializado da razão tecnológica instrumental hegemônica, que não permite uma compreensão do fenômeno, mas, uma explicação limitada do processo de viver, adoecer e morrer.

A possibilidade de um cuidado de saúde ampliado para as mulheres implica considerar a saúde-doença como um processo dinâmico relacionado aos diferentes universos de significação, além da sua generificação e valorização de qualidades como solidariedade, confiança, transformação dos valores hegemonicamente defendidos, relações sociais igualitárias e reconhecimento das diferenças, para que as práticas profissionais possam ser instrumentos com possibilidades de contribuir para a emancipação social (Guedes, Coelho, Silva, 2007b; Fonseca, 2005).

5 CONCLUSÃO

A desigualdade de gênero tem comprometido sobremaneira a qualidade de vida das mulheres ao se apresentar transversal a todos os aspectos de suas vidas, autorizando e legitimando a opressão que se manifesta nas diversas violências de gênero traduzidas em violência física, emocional e social, realizadas de diferentes modos, entre os quais as restrições à participação da vida pública social e política, a discriminação, a interdição da vontade sobre o destino e sobre o corpo. Em oposição a essa realidade, a igualdade de direitos entre os sexos é uma possibilidade muito recente, inscrita nas lutas pela emancipação dos sujeitos históricos (individual e coletivo) e pelo reconhecimento dos direitos das mulheres como direitos humanos, aspirações que, mesmo nos dias atuais, ainda não é realidade para todos nem para todas.

As mulheres usuárias do serviço de saúde revelaram a construção de gênero determinando a violência, assim como os modos de vida que determinam a saúde. Nos depoimentos, a violência desponta como um fenômeno recorrente, multifacetado e que as acomete nas suas mais diversas formas de manifestação, desde a psicológica até a sexual, assumindo diversos modos de expressão, a exemplo da violência no trabalho e na sociedade.

A violência também foi traduzida pela gestão masculina da vida material, emocional e sexual feminina através da desconfiança, do controle excessivo e da privação da liberdade, determinando implicações na saúde e no adoecimento.

Os depoimentos das mulheres revelaram contradições relacionadas ao significado que o espaço privado das relações familiares representam enquanto *locus* de violência e opressão. Questões de gênero relacionadas à manutenção dos valores socialmente legitimados para homens e mulheres, como o cuidar e a manutenção do modelo idealizado de família, assim como a produção social, foram constatados como aspectos que determinam limites para o enfrentamento da violência.

A análise dos dados constatou a violência enquanto um problema presente na vida das usuárias, relacionada com questões que elas trazem como demanda ao cotidiano dos serviços de saúde. No entanto, a análise dos depoimentos dos profissionais revelou que a violência foi identificada sempre em momentos de atendimento a outras demandas. As necessidades reconhecidas tiveram como

elementos identificadores as situações relatadas pelas mulheres, por pessoas próximas ou pela observação de sinais e sintomas, uma vez que não há a utilização de instrumentos específicos de captação de violência e necessidades pelo serviço.

Foi constatado que a violência constitui um problema que raramente aparece enquanto uma demanda imediata ao serviço sendo expressiva como demanda implícita, submersa em outras queixas. Mesmo quando reconhecida, não é recortada como objeto do processo de trabalho, que toma as queixas em si como foco da ação. Entretanto, a ESF apresentou-se como um terreno fértil de possibilidades de ampliação do recorte de objeto de trabalho no sentido de reconhecer a violência enquanto problema cuja prevenção e enfrentamento são inerentes ao setor, uma vez que é uma realidade presente na vida das usuárias e que tem intrínseca relação com seu processo saúde-doença foco de todo agir em saúde.

As necessidades em saúde reconhecidas pelos profissionais apareceram relacionadas às condições de vida determinadas pelo contexto de exclusão social do território. Apesar do foco na dimensão singular e nas necessidades de conservação da vida, os profissionais apontam nas entrelinhas das suas falas que o contexto em que vivem as mulheres do território é um solo fértil para o surgimento de problemas sociais determinados pela situação de exclusão em que vive a população.

Nesse contexto de exclusão social, a violência dificilmente manifesta-se isoladamente, vindo acompanhada por condições de vida precárias, desemprego, violência urbana, tráfico de drogas e uso de álcool e drogas, entre outros problemas. Esse aspecto deve ser tomado como a base para a organização da atenção à saúde no território. Na fala dos profissionais ele é reconhecido, no entanto, o enfoque que predomina nos discursos concentra o reconhecimento de necessidades e a determinação da violência centrados na responsabilização das mulheres ou das famílias, numa perspectiva individualizante.

É importante ressaltar que as necessidades relacionadas às condições de vida remetem à definição do processo saúde-doença como determinado pelos potenciais de desgaste e fortalecimento que as formas de viver e se relacionar dos indivíduos e grupos sociais determinam. O campo teórico prático da Saúde Coletiva tem reconhecido as limitações do modelo de saúde pública tradicional que utiliza, sobretudo, os diagnósticos dos agravos - epidemiologia clínica - como instrumentos

para identificar as necessidades de saúde da população, desconsiderando as necessidades socialmente produzidas, como as que são determinadas pela subalternidade feminina e pela violência de gênero.

Propondo a superação dessa visão, no que se refere à captação e análise das necessidades a serem atendidas pelos serviços de saúde, a epidemiologia social é uma dos suportes que possibilita um olhar mais ampliado sobre os determinantes socioculturais do processo saúde-doença, imprescindível para a organização da prática em saúde. Os instrumentos de trabalho devem, portanto, permitir a localização social das necessidades, considerando que diferentes condições de vida, cultura e trabalho produzem diferentes perfis e necessidades em saúde (Mandu, Almeida, 1999).

Os discursos dos profissionais revelaram o reconhecimento de necessidades que remetem à *autonomia*, apontando para necessidades que alargam a concepção clássica da saúde pública e remetem a condições que potencializem o fortalecimento e a autonomia das mulheres como imprescindíveis para o enfrentamento da violência. Foi revelada a interface entre os discursos de mulheres e de profissionais de saúde em aspectos que apontam para a autonomia relacionada à conquista da independência financeira e do trabalho no mundo público. Esse aspecto revelou o reconhecimento de necessidades relacionadas à produção social como condição para autonomia e libertação das amarras que produzem desgastes na vida e saúde das mulheres que vivenciam violência.

Em relação à autonomia feminina para o enfrentamento da violência, é fundamental a inclusão da perspectiva de gênero tanto nas políticas de saúde quanto nas práticas concretizadas no processo de trabalho, condição que abre possibilidades de respostas a necessidades práticas e estratégicas de gênero, contribuindo para a redução da iniquidade entre homens e mulheres e promoção da emancipação feminina.

Os resultados também apontaram para o reconhecimento de necessidades relacionadas à dicotomia bio-psico, traduzindo um processo denominado de medicalização das necessidades em saúde. Neste processo, há a tradução da violência em demandas por assistência à saúde. Assim, o reconhecimento da violência como um problema cuja intervenção cabe ao serviço requer a possibilidade de expressar o vivido em termos de adoecimento. Desse modo, as necessidades em saúde trazidas

pelas mulheres foram reduzidas pelos profissionais a demandas relacionadas às necessidades de assistência a agravos de ordem física ou mental.

No entanto, além do reconhecimento da importância da atenção aos aspectos biológicos, psíquicos, assim como às intervenções medicalizadas, é preciso ampliar o olhar para além do corpo físico individual, para além do agravo compreendido enquanto um fenômeno externo, que incide em determinada parte desse corpo. É necessário que a atenção considere toda a complexidade que envolve a saúde e os processos que determinam. Breilh (2006) ressalta a incapacidade das abordagens “psicobiológicas” enfrentarem integralmente o objeto “saúde”, por sua ênfase e concentração em processos individuais e patológicos e pela concepção negativa da saúde.

Foi constatada a necessidade de reconhecimento da violência enquanto problema e demanda cuja atenção é inerente aos serviços de saúde. A tradução das demandas trazidas pelas mulheres nas necessidades que as produziram representa um desafio a ser alcançado pelo trabalho que se concretiza nos serviços de saúde. O reconhecimento dessas necessidades pressupõe ainda considerar a violência e a subalternidade de gênero como generativos desse processo, aspecto premente para a abertura de possibilidades de práticas que superem a lógica medicalizadora.

As necessidades reconhecidas convergiram nos discursos de usuárias e de profissionais de saúde, como necessidades que remetem à dimensão relacional do trabalho em saúde, traduzidas em necessidades relacionadas à escuta e à criação de vínculos como possibilidade de fortalecimento das mulheres que vivenciam violência. Nessa subcategoria, a escuta na relação entre profissionais e usuárias, mediada pela criação de vínculos foi reconhecida como necessidade relacionada à vivência da violência de gênero.

A despeito disso, o vínculo aparece muitas vezes como escuta sem o apropriado acolhimento, promoção de crítica, nem consideração dos determinantes da violência. As práticas apareceram, em sua maioria, desgenerificadas, limitando suas possibilidades enquanto instrumento de emancipação social e de alcance da autonomia pelas mulheres.

Ao falarem sobre necessidades sentidas, as mulheres enfatizaram aspectos que remetem às necessidades propriamente humanas, revelando maior valorização da face humana das práticas profissionais. Nesse sentido, foi constatado que o processo

medicalizador de necessidades, identificado nos discursos dos profissionais de saúde ao falarem sobre necessidades *reconhecidas* não foi convergente com os discursos das mulheres ao falarem sobre necessidades *sentidas*.

Na ESF, os vínculos estabelecidos entre profissionais e usuárias, determinado pelo atendimento contínuo e pela proximidade que a Estratégia possibilita, despontam possibilidades de captação e enfrentamento da violência, assim como para a potencialidade avaliativa das necessidades em saúde. Fala-se em potência por tratar-se de um aspecto não operacionalizado na sua totalidade, constituindo ainda uma possibilidade, permeada pelos entraves dos limites descritos.

Em relação às práticas profissionais e respostas às necessidades em saúde, a análise e a discussão dos dados constatou limites e possibilidades. O reconhecimento da violência como problema cujo enfrentamento não compete ao setor saúde foi revelado nos discursos e, no âmbito das práticas relacionadas, se traduziu no encaminhamento a profissionais especializados em saúde mental. Desse modo, a compreensão das necessidades sob a dicotomia bio-psico ou bio-social foi reiterada quando traduzida em práticas profissionais.

Compreende-se que os processos de trabalho instaurados na ESF têm reconhecido necessidades enquanto necessidades por serviços de saúde sob a compreensão de necessidades de atenção aos aspectos físico, social e psicológico, enquanto fatores isolados.

Houve ênfase na necessidade reduzida à atenção específica em saúde mental. Dada a circularidade entre processo de trabalho e necessidades, assim como o poder instaurador de necessidades pelos serviços de saúde, isso foi identificado também na fala das mulheres, quando se referiram a expectativas em relação aos serviços de saúde para o enfrentamento da violência. Os relatos das mulheres também reproduziram o não reconhecimento da violência enquanto objeto cuja atenção compete aos serviços de saúde. Essa reprodução também determina a invisibilização da violência.

Embora tenha havido o reconhecimento de necessidades que extrapolam a dimensão biológica por alguns profissionais, esse reconhecimento apresentou entraves quando remetidos ao processo de trabalho instaurado para atendê-las. A prática biologicista, ainda hegemônica nos serviços de saúde, limita o campo de ação das práticas profissionais e o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a

captação da violência e das necessidades, o que faz com que, também as mulheres desconheçam os serviços de saúde enquanto possibilidade de apoio.

Os resultados referentes às práticas profissionais também revelaram potencialidades. A ESF possibilita a criação de vínculos entre equipes de saúde e comunidade. Nesse estudo, isso se traduziu no estabelecimento de relações de vínculo e confiança entre profissionais e usuários. Entretanto, constatou-se a necessidade de focalizar essa potencialidade para intervir no enfrentamento da violência e das necessidades que ela produz. O vínculo, por si só, produziu respostas momentâneas que não abriram possibilidades para a transformação qualitativa na vida das mulheres.

Pode-se concluir que a medicalização foi a limitação mais identificada nas práticas profissionais voltadas para mulheres que vivenciam violência. Por outro lado, foram constatadas também possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF. Há que se destacar, porém, que essas possibilidades apareceram ainda cerceadas pelas limitações do modelo biomédico, da ausência de tecnologias de reconhecimento e enfrentamento, assim como das lacunas relacionadas à atenção intersetorial.

Em relação ao saber instrumental mobilizado nos processos de trabalho, os discursos revelaram que as práticas traduzem a predominância do saber biomédico, sob a perspectiva da abordagem multifatorial da epidemiologia clássica, como instrumento de trabalho para o reconhecimento e respostas às necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência. Além desse recorte, as práticas também se centraram na dimensão singular, não ultrapassando as barreiras do individual. Alguns depoimentos apontam para uma ampliação desse recorte para a família, no entanto, ainda na dimensão singular. Além disso, a violência apareceu sob uma compreensão desgenerificada e naturalizada.

Isso significa que parece que se mantêm as mesmas práticas profissionais do modelo que se afirma pretender superar. Contudo, segundo Fonseca (2005, p. 457), os conteúdos do enfoque de gênero como a subalternidade e a opressão feminina refletem-se diretamente nas condições de viver, adoecer e morrer, tanto quanto nos consumos dos serviços de saúde, que muitas vezes são tão deletérios quanto as condições de vida que determinam os agravos.

O pensamento que pretende a superação dessa realidade critica o caráter biologicista do discurso tradicional que se revela no recorte do enfoque da saúde materno-reprodutiva como principal finalidade do trabalho nos serviços públicos de saúde. No entanto, a realidade das práticas em saúde tem revelado que, apesar de uma política de saúde que informa uma possibilidade de superar o modelo tradicional de saúde pública, aquilo que anuncia como novidade na assistência à saúde da mulher, no plano das intenções, ainda não se realiza no plano da prática profissional, como a incorporação da abordagem da determinação social do processo saúde-doença comportando a categoria gênero na área da saúde.

O trabalho que qualifica a atenção à saúde das mulheres em situação de violência deve superar o modelo biomédico de atenção, limitado ao processo de reprodução biológica, que ainda caracteriza a maioria dos processos de trabalho das práticas em saúde da mulher mantendo-se fiel à concepção positivista de ciência. A superação desse modelo implica rever a prática profissional, posto que, na perspectiva da emancipação da opressão das mulheres, o saber crítico sobre as necessidades em saúde como consequência da situação de opressão que a abordagem de gênero encerra, constitui um de seus elementos, um dos instrumentos que deve orientar todo o trabalho das práticas profissionais nessa área.

Nesse sentido, a Saúde Coletiva, por sua interface com o social e sua base interdisciplinar, constitui o campo da área da saúde que mais se aplica ao problema da violência, cabendo a ela o desafio da construção de conhecimentos produtores de tecnologias para a prevenção e o enfrentamento da violência de gênero.

Assim, acredita-se que este estudo pode contribuir para elencar o conhecimento na área, relacionando o campo das necessidades em saúde à perspectiva de gênero, que não se encerra no conhecimento puramente acadêmico, mas se trata de uma perspectiva ética e política pela sua importância praxiológica, que pressupõe conhecer para transformar e compreende a saúde das mulheres a partir de uma perspectiva emancipadora. Espera-se que estimule outros estudos num processo em construção, uma vez que revela contradições, abrindo possibilidades para transformações, além de outros recortes e questionamentos.

REFERÊNCIAS

Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento (AGENDE); Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). O Brasil e a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Documento do movimento de mulheres para o cumprimento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), pelo Estado Brasileiro: propostas e recomendações. Brasília, DF: AGENDE, 2003.

Almeida SS, organizador. Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: UFRJ; 2007.

Amaral MA. Entre o desejo e o medo: as Oficinas de Trabalho como forma de reflexão e empoderamento de adolescentes [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2003.

Andrade CJM. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2009.

Ângulo-Tuesta JA. Gênero e Violência no Âmbito Doméstico: A Perspectiva dos Profissionais de Saúde [dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1997.

Araujo MF. Violência Conjugal: uma proposta de intervenção com casais. In: Feres-Carneiro T, organizador. Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas. Rio de Janeiro: PUC-Rio-Edições Loyola; 2003. p.185-199.

Arendt H. A condição humana. Rio de Janeiro : Forense-Universitária; 1981.

Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. Interface – Comunicação, Saúde, Educação. 2004;8(14):73-91.

Ayres JRCM. Vulnerabilidade e AIDS: para uma resposta social à epidemia. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo/Programa de DST/AIDS. Bol Epidemiol. 1997;15(3): 2-4.

Azevedo MA. Mulheres espancadas: a violência denunciada, São Paulo: Cortez; 1985.

Bacchus L, Aston G, Torres VC, Jordan P, Murray S. A theory-based evaluation of a multi-agency domestic violence service based in maternity and genitourinary services at Guy's & St Thomas' NHS Foundation Trust.. [Documento na internet]. London: King's College London; 2007 [Acesso em 12 set 2010]. Disponível em <http://www.kcl.ac.uk/nursing/research/violence>.

Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1997.

Bonfim EG, Lopes MJM, Peretto M. Os registros profissionais do atendimento pré-natal e a (in)visibilidade da violência doméstica contra a mulher. *Esc Anna Nery Rev Enferm*. 2010;14(1): 97-104.

Borsoi TS, Brandão ER, Cavalcanti MLT. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interface (Botucatu)*. 2009;13(28): 165-174.

Bourdieu P. A dominação masculina. 3ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2003.

Bourdieu P. A miséria do mundo. Petrópolis: Vozes; 1998.

Bourdieu P. Novas reflexões sobre a dominação masculina. In: Lopes MJM, Meyer DE, Waldow VR, editores. *Gênero e saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p.28-40.

Brasil. Lei n. 11.340 de 22 de setembro de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 25 de set 2006. [Legislação na internet]. Brasília; 2006 [citado 14 ago. 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.

Brasil. Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 25 nov. 2003. [Legislação na internet]. Brasília, 2003 [citado 15 ago. 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/2003/L10.778.htm.

Brasil. Ministério da saúde. Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e Violências. 2ª edição. Brasília: Ministério da saúde; 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 1 maio 2001. [Legislação na internet]. Brasília, 2001 [citado 15 ago. 2009]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/politica_promocao.pdf.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes. Brasília, DF: MS; 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Política Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. Normas sobre a prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescente. Norma técnica. Brasília, DF, 2002b.

Brasil. Ministério da Saúde. Violência Intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF, 2002. (Série Cadernos de Atenção Básica n. 8)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde,. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF: Secretaria de Assistência à Saúde, 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra a Mulher. [Documento na internet]. Brasília, DF, 2008 [citado 14 ago. 2009]. Disponível em: http://200.130.7.5/spmu/docs/violencia_2007.pdf.

Braz Júnior A. As necessidades de saúde e a prática de enfermagem no âmbito da extra-internação: revisitando os significados em saúde coletiva [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.

Breilh J. Epidemiologia Crítica: Ciência Emancipadora E Interculturalidade.. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Brookoff D, O'Brien KK, Cook CS, Thompson TD, Williamns C. Characteristics of participants in domestic violence. Assessment at the scene of domestic assault. JAMA. 1997;277(17):1369-73.

Bueno WS, Merhy EE. Os Equívocos da NOB 96: Uma Proposta em Sintonia com os Projetos Neoliberalizantes? [Documento da internet]. 1997 [citado 10 jan 2011] Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>.

Camargo M. Violência e saúde: ampliando políticas públicas. Jornal da Redesaúde. 2000, nov. n.22, p.6-8.

Campos CMS, Bataiero MO. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. Interface (Botucatu). 2007;11(23):605-18.

Campos CMS, Mishima SM. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do estado.Cad. Saúde Pública. 2005; 21(4):1260-1268.

Campos CMS. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde) [tese]. São Paulo:Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2004.

Campos CMS. Reconhecimento das necessidades de saúde dos adolescentes. In: Borges ALV, Fujimori E. (organizadoras). Enfermagem e a saúde do adolescente na atenção básica. São Paulo: Manole; 2009. p.142-167.

Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 29-87.

Cecílio LCO, Matsumoto NF. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO. 2006. p. 37-50.

Cecílio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R.; Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO; 2001.p.113-26.

Chauí M. Convite à filosofia. São Paulo: Ática; 1995.

Chauí M. Cultura e democracia: o discurso competente e outras falas. São Paulo: Moderna; 2006.

Chauí M. Participando do debate sobre mulher e violência. In: Cardoso R, organizadora. Perspectivas antropológicas da mulher. Rio de Janeiro: Zahac; 1985. p. 23-62.

Chaves MMN. Competência avaliativa do enfermeiro para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades em saúde das famílias [Tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2010.

Chiesa AM. Mulher, corpo e agravo à saúde: do ingênuo ao crítico através do conhecimento. In: Fonseca RMGS, organizadora. A mulher e a cidadania na nova ordem social. São Paulo: Núcleo de Estudos da Mulher e Relações de Gênero; 1996.

Coelho EAC. Enfermeiras que cuidam de mulheres: conhecendo a prática sob o olhar de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2001.

Coelho S. As práticas de enfermagem em saúde da mulher em Minas Gerais: um olhar de gênero [tese]. São Paulo: 2003. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

Colombini M, Mayhew S, Watts C. Health-sector responses to intimate partner violence in low and middle- income settings: a review of current models, challenges and opportunities. Bulletin of the World health Organization 2008; 86(8):635-642.

Cook RJ. El derecho internacional y la salud de la mujer. In: Organización Panamericana de la Salud. Género, mujer y salud en las Américas. EUA: OPAS; 2002. p.266-273.

Cowley S, Houston A. Contradictory agendas in health visitor needs assessment. A discussion paper of its use for prioritizing, targeting a promoting health. Primary Health Care Research and Development. 2004; 5:240-54.

Cowley S, Mitcheson J, Houston A. Structuring health needs assessments: The medicalization of health visiting. Sociol Health Illn. 2004; (26) 5:503-26.

Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório Anual de Gestão. [documento na internet] Março de 2009. [Citado 11 de março de 2010]. Disponível em: <http://sitesms.curitiba.pr.gov.br/saude/sms/relatorioanualdegestao2009.pdf>.

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.

Dantas-Berger SM, Giffin K. A violência nas relações de conjugalidade: invisibilidade e banalização da violência sexual? Cadernos saúde públ. 2005; 21(2): 417-425.

De Ferrante FG, Santos MA; Vieira EM. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. Interface - Comunic, Saúde, Educ.2009;13(1):287-99.

Deslandes SF, Gomes R, Silva CMFP. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Públ. 2000; 16(1):129-37.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2009; 14(4): 1037-1050.

D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada HDJ. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. Ciênc. Saúde Coletiva. 2009; 14 (4):1037-1050.

D'Oliveira AFPL, Senna DM. Saúde da Mulher. In: Schraiber LB, Nemes MIB, Gonçalves RBM, organizadores. Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC; 1996. p.87-108.

Dunnegan SW. Violence, trauma and substance abuse. J Psychoactive Drugs. 1997;29(4):345-5.

Egry EY (organizadora). As necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: guia para pesquisadores [Apresentação]. São Paulo: Dedone; 2008. P.9-10.

Egry EY, Oliveira MAC, Ciosak SI, Maeda ST, Barrrientos DMS, Fonseca RMGS et al.

Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. Rev. esc. enferm. USP . 2009 ; 43(supl. 2): 1181-1186.

Egry EY. Saúde Coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo: Ícone; 1996.

Farah MFS. Gênero e políticas públicas. Rev. Estud. Fem. 2004;12(1):71-4.

Fiorin JL. Introdução ao pensamento de Bakhtin. São Paulo: Ática; 2006.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 6^a ed. São Paulo: Ática; 1998.

Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA.

Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2008; 13 (suppl 2):2115-2122.

Focault M. História da sexualidade 1. A vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal; 1993.

Focault M. Microfísica do poder. 21^a ed. São Paulo: Paz e Terra;1997.

Fonseca RMGS . Gênero e saúde da mulher: uma releitura do processo saúde doença das mulheres. In: Fernandes, RAQ, Narchi NZ, organizadoras. Enfermagem e saúde da mulher. São Paulo: Manole; 2007. p.30-61.

Fonseca RMGS da, Bertolozzi MR. Avaliação do cliente em saúde coletiva: em busca da expressão da unidade dialética homem-sociedade. Saúde em debate. 1994;(41):24-9.

Fonseca RMGS, Egry EY, Bertolozzi MR. O materialismo histórico e dialético como teoria da cognição e método para a compreensão do processo saúde-doença. In: Egry EY, Cubas MR, organizadoras. O trabalho da Enfermagem em saúde coletiva no cenário Cipesec: guia para pesquisadores. Curitiba (PR): ABEn - Seção Paraná; 2006. p. 57-58.

Fonseca RMGS, Leal AERB, Skubs T, Guedes RN, Egry EY. Domestic violence against women from the perspective of the community health agent. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2009; 17(6): 974-980.

Fonseca RMGS. Equidade de gênero e saúde das mulheres. Rev. esc enferm USP. 2005; 39(supl 4):450-459.

Fonseca RMGS. Espaço e gênero na compreensão do processo saúde doença da mulher brasileira. Rev Latino Amer Enferm. 1997; 5(1):5-13.

Fonseca RMGS. Mulheres e enfermagem: uma construção generificada do saber [tese livre-docência]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1996.

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública. 1999 ; 15(2): 345-353.

Franzoi NM, Fonseca RMGS, Guedes RN. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2011; 19(3): 589-597.

Freire P. Pedagogia do oprimido. 12^a ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1983.

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). Crimes Contra a Pessoa, por Tipo, segundo Delegacias Seccionais e Distritos Policiais Município de São Paulo; 2002. [base de dados na internet] 2008 [citado 20 dez.

2008]. Disponível em:

<http://www.seade.gov.br/produtos/msp/index.php?tip=met4&opt=t&subtema=null&tema=jsg>

Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados (SEADE). [base de dados na internet] 2002, 2004, 2006, 2008 [citado 20 nov. 2010]. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>

Garcia-Moreno C, Jansen HAFM, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World Health Organization (WHO); 2005.

Gomes ALC, Sá LD. As concepções de vínculo e a relação com o controle da tuberculose. Rev. esc. enferm. USP . 2009; 43(2): 365-372.

Guedes RN. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero [dissertação]. João Pessoa: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba; 2006.

Guedes RN; Coelho EAC; Silva ATMC; Woman life and health: arguing the problems of the reality with professionals of the care. Online Brazilian Journal of Nursing [serial on the internet] 2007a [cited 03 aug. 2009] 6(2). Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/712>

Guedes RN, Coelho EAC, Silva ATMC. Violência conjugal: problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob olhar de gênero. Rev eletrôn enferm [periódico da internet] 2007b [citado 10 ago. 2009]. v.2. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n2/sumario.htm>.

Guedes RN, Silva ATMC, Fonseca RMGS. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. Esc. Anna Nery . 2009; 13(3): 625-631.

Heckert, ALC. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. 1 ed. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC; 2007. v. 1. p. 199-212.

Heise L. Gender-based abuse: the global epidemic. Cadernos saúde públ. Rio de Janeiro, 1994. 10(supl):135-145.

Heller A. Teoria de las necesidades em Marx. 2.ed. Barcelona: Peninsola; 1986.

Heller, A. Una revisión de la teoria de las necesidades. Barcelona: Ediciones Piados; 1996.

Irons R, Schneider JP. When is domestic violence a hidden face of addiction. Journal of psychoactive drugs.1997;29:337-44.

Jorge MAS. Produção de Sintomas como Silenciamento da Violência [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca- ENSP; 2009.

Lalande, A. Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia. 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

Lessa S. A ontologia de Lukács. 2ª ed. Maceió: EDUFAL; 1997.

Loforte A. Políticas e estratégias para a igualdade de gênero: constrangimentos e ambigüidades. Boletim "Outras Vozes". [texto na internet] Maputo, Agosto de 2004 [citado 10 jan 2011] Nº8. Disponível em: http://www.wlsa.org.mz/?__target__=Tex_PoliticaseEstrat

Mandu ENT, Almeida MCP. Necessidades em Saúde: Questões Importantes para o Trabalho da Enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 1999; 52(1):54-66.

Marx K. O Capital. 14ed. São Paulo, Difel; 1994.v. 1.

Matsumoto NF. A operacionalização do PAS de uma Unidade Básica de Saúde no município de São Paulo, analisada sob o ponto de vista das necessidades de saúde [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo;1999.

Mccauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "Battering Syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. Ann Intern Med 1995;123:737-46.

Mcfarlane J, Parker B, Soeken K, Bullok L. Assessing for abuse during pregnancy. Journal of American Medical Association. 1992; 23 (267): 3176-78.

Melo-Filho DA. Repensando os desafios de Ulisses a Fausto: a saúde, o indivíduo e a história. Cad. saúde públ. 1995; 11(1):5-33.

Mendes-Gonçalves RB. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, 1).

Mendes-Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde. São Paulo: Editora. Hucitec; 1994.

Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodríguez RA. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onock OR, organizadores. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997. p.113-50.

Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO. Inventando a mudança na saúde. São Paulo: Hucitec; 1994. p. 117-60.

Merhy EE. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Ciência e Saúde Coletiva*. 1999; 4(2):305-314.

Meyer DE. Do poder ao gênero: uma articulação teórico-analítica. In: Lopes MJ, Meyer DE, Waldow VR. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1996. p. 41-54.

Miller BA, Wilsnack SC, Cunradi CB. Family violence and victimization: treatment issues for women with alcohol problems. *Alcohol Clin Exp Res*. 2000; 24(8):1287-97.

Minayo MCS, Souza ER 1998. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*. 1998; 4(3):513-531.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento. *Pesquisa qualitativa em saúde*. 9ª ed. São Paulo: Hucitec; 2006.

Minayo MCS. *Violência e saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Moser C. *Gender Planning and Development*. London: Routledge; 1993.

Nakamura E, Faustino RJH, Moraes MJB, Menezes TC, Hino P, Egry EY. Cenário Capão Redondo. In: Egry EY, organizadora. *Necessidades em saúde na perspectiva da Atenção Básica: guia para pesquisadores*. São Paulo: Deodone; 2008. P.61-71.

Noto AR, Fonseca AM, Silva EA, Galduróz JCF. Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas e de outras drogas: um levantamento no estado de São Paulo. *J Bras Dep Quim*. 2004;5(1):9-17.

O'Farrell TJ, Van Hutton V, Murphy CM. Domestic violence before and after alcoholism treatment: a two-year longitudinal study. *J Stud Alcohol*. 1999;60(3):317-21.

Oliveira CC, Fonseca RMGS. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2007; 41 (4): 605-612.

Oliveira CC. Práticas dos profissionais das equipes de Saúde da Família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2005.

Organización de las Naciones Unidas (ONU). *Objetivos de desarrollo del milenio: una Mirada desde América Latina y Caribe*. Santiago de Chile: 2005.

Organización Panamericana De la Salud. (OPAS). *Violência y salud: Resolución n. XIX*. Washington, DC, 1994.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Publicado en español por la OPAS para la Organización Mundial de la Salud, Washington, DC, 2002.

Organización Panamericana de la Salud (OPAS). Violencia contra las mujeres: la ruta crítica en Ecuador. Quit; OPAS, 1999.

Paro, VH. Escritos sobre educação. São Paulo: Xamã; 2001.

Pateman C. O contrato sexual. São Paulo: Paz e Terra; 1993.

Peduzzi M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho de enfermagem. In: Anais do 53 Congresso Brasileiro de Enfermagem; 2001 out. Curitiba, BR. Curitiba: Associação Brasileira de Enfermagem- ABEn- Seção-PR; 2001. p.167-182.

Peduzzi M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, educação e saúde. 2002; 1(1):75-91.

Pitangui J. Gênero, violência e Direitos Humanos. In: Brasil, Ministério da Saúde. Rev. Promoção da Saúde. 2002; 3(6):67-70.

Programa de Aprimoramento das Informações de Mortalidade (PRO-AIM). SMS/SP; 2007.[base de dados na internet] São Paulo, 2007 [citado 20 dez. 2008]. Disponível em <http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/saude/tabnet/>.

Rabello Neto, DL. Violência em Diadema: epidemiologia dos homicídios na cidade [dissertação].São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2001.

Rabello PM, Caldas Júnior AF. Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. Rev. Saúde Pública. 2007;41(6): 970-78.

Ramalho MI. A sogra de Rute ou intersexualidades. In: Santos BS, organizador. Globalização: fatalidade ou utopia? Porto: Afrontamento; 2001. v.1. p.525-55.

Raposo VLC. O poder de Eva: o princípio da igualdade no âmbito dos poderes políticos. Coimbra-Portugal: Editora Almedina; 2004. p.14-15.

Saffioti HIB. Violência contra a mulher e violência doméstica. In: Bruschini C, Unberhaum SG, organizadores. Gênero, democracia e sociedade brasileira. São Paulo: Fundação Carlos Chagas. 2002; 34:321-338.

Saffioti HIB. Violência de gênero no Brasil atual. Revista estudos feministas.1994;(num. esp.):443-461.

Santos BS. A construção multicultural da igualdade e da diferença. Coimbra: Oficina do CES .Centro de Estudos Sociais; 1999. N.135. (Oficina do CES)

São Paulo (Município). Lei n. 13.399, de 1º de agosto de 2002. Dispõe sobre a criação, estrutura e atribuições das Subprefeituras no Município de São Paulo, estabelece procedimentos para sua implantação e prevê a transferência gradual de órgãos e funções da Administração Direta Municipal. Diário Oficial do Município, São Paulo, 2 ago. 2002. p.47.

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Sumário de dados do município de São Paulo [base de dados na internet] 2004 [citado 20 ago 2008]. Disponível em: http://portal.prefeitura.sp.gov.br/secretarias/governo/sumario_dados/0002.

São Paulo (Município). Prefeitura do Município de São Paulo (PMSP). Coordenação de Vigilância em Saúde. Boletim de vigilância de violências: um ano de implantação do Sistema de Informação de Vigilância em Violências e Acidentes (SIVVA). [texto na Internet] São Paulo, 2009 [citado 20 de jun 2010]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/chamadas/Boletim_violencia1_1268060422.pdf.

São Paulo (Município). Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação de Epidemiologia e Informação – Ceinfo. Painel de monitoramento das condições de vida e saúde e da situação dos serviços de saúde : avaliação da equidade: índice-saúde 2005 por subprefeitura e tendência nos últimos anos. [texto na internet] Outubro / 2006 [acesso 23 nov. 2010]. Disponível em http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/arquivos/painelmonitor/Indice_Saude_2005.pdf

São Paulo (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação De Epidemiologia E Informação (CEInfo). Inquérito de saúde no município de São Paulo.[Base de dados na internet] São Paulo, 2008 [citado 20 dez. 2008]. Disponível em: <http://extranet.saude.prefeitura.sp.gov.br/areas/ceinfo>

Schmith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. Cad. Saúde Pública 2004; 20(6):1487-1494.

Schraiber LB, D' Oliveira AFPL, Portella AP, Menicucci E. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Ciênc. saúde coletiva . 2009; 14(4): 1019-1027.

Schraiber LB, d'Oliveira AFPL, França Jr. I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. Rev Saúde Pública 2007a; 41:797-807.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Junior IF, Strake SS, Oliveira EA. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. Saúde e sociedade. 2000; 9 (1):3-15.

Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG, et al. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Rev Saúde Pública. 2007b; 41(3):359-67.

- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2002; 36(4):470-77.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Kiss L, et al . Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*. 2003; 7(12):41-54.
- Schraiber LB, D'Oliveira AFPL. Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde. *Interface (Botucatu)*. 1999; 3(5): 13-26.
- Schraiber LB.; Mendes-Gonçalves RB. Necessidades de saúde e atenção primária. In: Schraiber LB.; Nemes MIB.; Mendes-Gonçalves, RB, organizadores. *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec; 1996. p.29-47.
- Scott J. Gênero: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo; 1991.
- Silva ATMC. A reforma psiquiátrica em João Pessoa-PB: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.
- Soares LE, Soares BM, Carneiro LP. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. In: Soares LE, organizador. *Violência e política no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1996. p. 65-106.
- Souza JG, Lima JMB, Santos RS. Alcoolismo feminino: subsídios para a prática profissional da enfermagem. *Esc. Anna Nery*. 2008;12(4): 622-629.
- Souza-Lobo E. Os usos do gênero. In: *A classe operária tem dois sexos: trabalho, dominação e resistência*. São Paulo: Brasiliense; 1991.
- Stotz EN. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla VV, Stotz EM, organizadores. *Participação Popular, Educação e Saúde, Teoria e Prática*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará;1993. p.11-22.
- Stotz EN. Necessidades de saúde: mediações de um conceito. *Contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde*[tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1991.
- Stotz EN. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: Rocha CMF, Santos L, Bilibio LFS, Ceccim RB, Feuerwerker HAP, organizadores. *Ver-SUS Brasil: cadernos de Textos*. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. v.1. p. 284-99.
- Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva(DMPFMUSP). *Mulheres em situação de violência: guia prático de serviços: município de São Paulo*. 3ª ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde/Centro de Saúde Escola S. B. Pessoa; 2002.

Valdez-Santiago R, Juárez-Ramírez C., Salgado-de Snyder VN, Agoff C, Avila-Burgos, L, Híjar MC. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*. 2006; 48(2): 250-258.

Venturi G, Recamán M, Oliveira S, organizadores. *A mulher brasileira nos espaços público e privado*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; 2004.

Villela W, Monteiro S, Vargas E. A incorporação de novos temas e saberes nos estudos em saúde coletiva: o caso do uso da categoria gênero. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;14(4): 997-1006.

Wikipédia. *A Enciclopédia livre do Brasil*; 2011. [texto na internet] 2011 [citado 15 jan. 2011]. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Cap%C3%A3o_Redondo.

World Health Organization (WHO). *Interpersonal violence and alcohol. Series of briefings on violence prevention*. Liverpool: John Moores University, Centre for Public Health, 2006.

World Health Organization (WHO). *Reducing violence through victim identification, care and support programmes. Series of briefings on violence prevention*. Liverpool: John Moores University, Centre for Public Health, 2009.

APÊNDICE 1

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL COM MEMBROS DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

1-Preparo:

- . Testar o gravador no local da entrevista para evitar interferências. Falar data, horário e código de identificação do entrevistado (ex: E1, E2, E3, etc)
- . Fazer as apresentações e imediatamente passar à leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados de maneira que fiquem compreensíveis.

2-Characterização:

Identificação dp profissional:

Nome: (ex: E1 Sexo: M () F () Idade:_____

Vínculo com a instituição:_____

Cargo ou função:_____

Formação (escolaridade e profissão):_____

Formação Específica (ou Complementar):_____

Tempo de experiência profissional na saúde (todo tempo)

Tempo de experiência profissional no PSF:

Estado Civil: casado () solteiro () desquitado () divorciado () viúvo ()

Filhos: Sim () Não () Número de filhos:_____

3-Roteiro de entrevista semi-estruturada:

. 1 Você poderia descrever, com o máximo de detalhes que se lembrar um caso que **tenha atendido ou tomado conhecimento** de uma **mulher em situação de violência** e do qual tenham participado outros membros da equipe na qual você trabalha?

2- Nessa situação, que necessidades de saúde da mulher atendida foram identificadas?

3- Após a identificação dessas necessidades, o que foi feito?

5- Que necessidades você considera que foram atendidas no referido caso em sua prática profissional?

6- O que você pensou e sentiu em relação a essa situação no momento em que a vivenciou ou tomou conhecimento dela? E o que pensa e sente hoje a respeito?

7- Faça outros comentários que quiser sobre o caso ou sobre o assunto.

APÊNDICE 2

ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE COM USUÁRIAS DO SERVIÇO DE SAÚDE

1 Preparo:

- . Testar o gravador no local da entrevista para evitar interferências. Falar data, horário e código de identificação do entrevistado (ex: E1, E2, E3, etc)
- . Fazer as apresentações e imediatamente passar à leitura do TCLE explicando os objetivos da coleta de dados de maneira que fiquem compreensíveis.

2 Caracterização

Identificação
Idade
Estado civil
Situação marital
Escolaridade
Profissão/ocupação
Renda Média familiar
Religião
Número de filhos

3 Roteiro norteador da entrevista com questões abertas

- 3.1 Você poderia relatar um episódio marcante de violência em sua vida?
- 3.2 Em relação a esse problema, quae necessidades você tem ? O que poderia te ajudar a enfrentar esse problema da violência?
- 3.3 Algum episódio de violência teve alguma consequência para a sua saúde?
- 3.4 A violência vivida e suas consequências resultou na busca por algum serviço de saúde? Relatar uma situação de atendimento.
- 3.5 Quando você procurou o serviço de saúde ele te ajudou ou tem te ajudado de alguma forma a enfrentar o problema da violência?
- 3.6 Você acha que o serviço de saúde pode contribuir de alguma forma para o enfrentamento do problema da violência em sua vida? Como você gostaria que ele contribuísse?
- 3.7 O que você pensou e sentiu e o que pensa e sente hoje em relação à violência vivida?

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO PRELIMINAR COM USUÁRIAS DO SERVIÇO

1- Você alguma vez na vida sentiu-se maltratada, humilhada ou agredida por alguém próximo a você?”.

() Sim

() Não

2- Na sua vida adulta, alguém já bateu, deu tapas, chutou ou machucou você fisicamente de alguma outra forma ?

() Sim

() Não

3- Você já manteve relação sexual com alguém contra a sua vontade?

() Sim

() Não

4- Você considera que sofreu violência na vida?

() Sim

() Não

* NÃO para as perguntas 1,2, 3 e 4: Encerrar entrevista

SIM para qualquer uma das perguntas de 1 a 4: convidar a participar da entrevista em profundidade

APÊNDICE 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (OBSERVAÇÃO DAS PRÁTICAS)

Prezada(o) Sr(a)

Desenvolvemos um projeto de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), coordenado pela Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. A pesquisadora responsável é Rebeca Nunes Guedes, doutoranda da EEUSP.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e potencialidades das práticas do Programa Saúde da Família**, cujo objetivo é Analisar os limites e as potencialidades das práticas profissionais do Programa Saúde da Família em reconhecer, acolher e atender as necessidades de saúde das mulheres que vivenciam violência.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa. Neste momento, sua colaboração será autorizar que as pesquisadoras realizem a observação de seu atendimento em saúde na UBS Jardim comercial.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos sua autorização para gravar as falas durante o atendimento e divulgar os resultados da pesquisa, que serão tratados, analisados e divulgados em conjunto, em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, sendo garantido sigilo absoluto sobre sua identidade.

Estão garantidas todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de se recusar a participar do estudo, ou se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras durante ou após a pesquisa, os contatos poderão ser feitos por:

Rebeca Nunes Guedes: rebecanunesguedes@usp.br. Rua Joao Moura, 2347, pinheiros, Sao Paulo-SP. Telefone (11) 3628 8412.

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca: rmgsfon@usp.br . Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 CEP 05403-000. Fone: (11)3061-7548.

() Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa

Eu, _____, documento _____ de _____ identidade _____, li as explicações acima e compreendi a natureza do estudo do qual fui convidada(o) a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendo que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar justificar a minha decisão.

Local e data,

Assinatura da(o) participante

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ENTREVISTAS)

Prezada(o) Sr(a),

Desenvolvemos um projeto de pesquisa do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), coordenado pela Profa. Dra. Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca. A pesquisadora responsável é Rebeca Nunes Guedes, doutoranda da EEUSP.

Estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título: **Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e potencialidades das práticas do Programa Saúde da Família**, cujo objetivo é Analisar os limites e as potencialidades das práticas profissionais do Programa Saúde da Família em reconhecer, acolher e atender as necessidades de saúde de mulheres que vivenciam violência.

Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa. Sua colaboração será participar de uma entrevista realizada pela pesquisadora responsável.

Caso aceite participar da pesquisa, solicitamos sua autorização para gravar a entrevista e divulgar os resultados da pesquisa, que serão analisados e divulgados em conjunto, em eventos e publicações científicas nacionais e internacionais. Sua confidencialidade e privacidade serão mantidas, sendo garantido sigilo absoluto sobre sua identidade.

Estão garantidas todas as informações que você queira saber antes, durante e depois do estudo. A sua participação na pesquisa é voluntária e você tem liberdade de se recusar a participar do estudo ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento, sem que isso lhe cause nenhum prejuízo.

Caso sinta necessidade de contatar as pesquisadoras durante ou após a pesquisa, os contatos poderão ser feitos por:

Rebeca Nunes Guedes: rebecanunesguedes@usp.br. Rua Joao Moura, 2347, pinheiros, Sao Paulo-SP. Telefone (11) 3628 8412.

Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca: rmgsfon@usp.br . Av Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 419 CEP 05403-000. Fone: (11)3061-7548.

() Concordo em participar voluntariamente desta pesquisa

Eu, _____, documento _____ de _____ identidade _____, li as explicações acima e compreendi a natureza do estudo do qual fui convidada(o) a participar. A explicação que recebi menciona os benefícios da pesquisa. Eu entendo que sou livre para interromper a minha participação no estudo a qualquer momento sem precisar justificar a minha decisão.

Local e data,

Assinatura da(o) participante

Assinatura da pesquisadora

ANEXO 1
APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA
ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO (CEP/EEUSP)

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 22 de julho de 2009.

Ilm.^a Sr.^a

Rebeca Nunes Guedes

Ref.: Processo nº 822/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto “**Violência de gênero e necessidades de saúde: limites e potencialidades das práticas do Programa Saúde da Família**”, informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analísado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

Maria Fatima Prado Fernandes

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

ANEXO 2
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EEUSP
PARA INCLUSÃO DE ENTREVISTAS COM USUÁRIAS DO
SERVIÇO DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000
Tel.: (011) 3061-7548/8858 - Fax: (011) 3061-7548 -
São Paulo - SP - Brasil
e-mail: edipesq@usp.br

São Paulo, 10 de dezembro de 2009.

Ilm.^a Sr.^a
Rebeca Nunes Guedes

Ref: Processo nº 822/2009/CEP-EEUSP

Prezada Senhora,

Em atenção à solicitação de V.S.^a para a inclusão de um adendo no Projeto “Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e potencialidades do Programa Saúde da Família”, referente à autorização para realização de entrevistas com as usuárias do serviço de saúde que, constitui o campo de estudos do referido projeto, informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa, em sessão de 08/12/2009, aprovou a solicitação considerando que não há óbices éticos com essa alteração.

Atenciosamente,

Prof.^a Dr.^a Maria de Fátima Prado Fernandes
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo