UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Mariana Hasse

Violência de gênero contra mulheres:
Em busca da produção de um cuidado integral

RIBEIRÃO PRETO
2016

MARIANA HASSE

Violência de gênero contra mulheres:
Em busca da produção de um cuidado integral

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Sociedade, saúde e enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Elisabeth Meloni Vieira

RIBEIRÃO PRETO

2016

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.

Catálogo da publicação

Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Hasse, Mariana

Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral/ Mariana Hasse; orientadora Elisabeth Meloni Vieira – Ribeirão Preto, 2016.

281f. il.

Tese (Doutorado) Universidade de São Paulo, 2016.

1. Violência de gênero contra mulheres; 2. Produção do cuidado;
3. Redes de cuidado; 4: Intersetorialidade; 5. Integralidade.

Nome: HASSE, Mariana

Título: Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutora em Ciências da Saúde.

Aprovada em:

Banca examinadora

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof.(a) Dr.(a) _____ Instituição: _____
Julgamento: _____ Assinatura: _____

Dedico este trabalho

Às trabalhadoras e trabalhadores, militantes de movimentos sociais e representantes do controle social que, diariamente, oferecem hospitalidade a mulheres em situação de violência.

Meus agradecimentos

À minha mãe Carmen, pela hospitalidade absoluta com que me recebeu e recebe, diariamente, em sua vida.

À Professora Elisabeth pela sua generosidade e empenho no ofício de orientadora.

Às professoras e professores que, de alguma forma, participaram da minha formação nesse longo percurso de graduação e pós-graduação. Gostaria de fazer um agradecimento especial às professoras Cristina Almeida, Silvia Matumoto e Cinira Magali Fortuna: meu desejo de trabalhar como educadora foi reconhecido a partir dos meus encontros com vocês. Obrigada. Obrigada. Obrigada.

Aos meus alunos e alunas, agradeço pela possibilidade de aprender cotidianamente, o ofício da docência. É na relação com vocês que o que faço, ganha sentido.

Às funcionárias e funcionários da EERP e da FMRP da USP e aos colegas do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia, agradeço pela disponibilidade, acolhimento e exemplos diários. Gostaria de agradecer especialmente à Flavinha – sua presença tranquila e constante foi fundamental no meu percurso.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) pelo financiamento da pesquisa e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pela bolsa de pesquisa que permitiu minha dedicação exclusiva ao doutorado.

Às minhas colegas do grupo de pesquisa Saúde e Gênero Dani, Livia, Marilaine, Magna, Mariana, Larissa e Andrea, porque caminhar acompanhada é sempre melhor.

Ao Felipe, pela presença paciente e terna que me faz lembrar de caminhar com calma e respirar profundo.

Às amigas e amigos sanitaristas, psicólogas, militantes, burocratas e artistas, da Sangha, da prosa, do café e da cerveja – vocês são meu alicerce, meu fôlego, minha dose diária de coragem para suportar as dores, (re)conhecer os desejos e (re)orientar as escolhas. É em vocês que estão meu refúgio e minha resistência. NAMASTÊ!

Um ato de hospitalidade só pode ser poético.

Jaques Derrida

RESUMO

HASSE, M. Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção um cuidado integral. 2016. 281f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

A violência contra a mulher gera diversas consequências para as pessoas que vivenciam o seu ciclo e estudos têm mostrado ser um problema de grande prevalência no Brasil e no mundo. Diversas medidas vêm sendo tomadas nos últimos anos com o intuito de combater esse problema e, apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, a realidade dos serviços no que se refere ao cuidado às mulheres em situação de violência, ainda é bastante precária e insatisfatória. O enfrentamento da violência contra as mulheres depende, entre outras ações, da articulação entre serviços de diferentes setores visando, a partir da formação de uma rede intersetorial, produzir um cuidado integral. Objetivou-se identificar as organizações e os agentes que compõem a rede intersetorial para mulheres em situação de violência do município de Ribeirão Preto, entender a produção do cuidado nos serviços e analisar as relações existentes entre os diversos serviços e setores. Esse estudo, de abordagem qualitativa, embasou-se em conceitos da micropolítica do processo de trabalho – tradicionalmente utilizados para analisar o trabalho em saúde - para discutir a questão da produção do cuidado a mulheres em situação de violência. Para a discussão também foi utilizado o conceito de 'hospitalidade', tomado como um dispositivo potente tanto para o enfrentamento de situações de sofrimento quanto para o estabelecimento das articulações necessárias à construção da integralidade. Foram realizadas entrevistas em profundidade, com diferentes profissionais e informantes-chave dos setores de saúde, assistência social, segurança pública, jurídico, terceiro setor e da sociedade civil organizada. Além disso, foram feitas observações participantes em três serviços - um do setor saúde, um da assistência social e um de segurança pública. Os dados obtidos foram categorizados de acordo com a análise de conteúdo temático. 35 homens e mulheres, com idade média de 41 anos participaram da pesquisa. Formados em áreas diversas como medicina, psicologia, serviço social e direito, o tempo de experiência dos entrevistados variou entre 1 e 34 anos. Foram delimitadas três categorias de análise, divididas em subitens: 1: Produção do cuidado: caracterização dos setores e serviços, percepções dos profissionais acerca das mulheres atendidas, percepções dos profissionais sobre o trabalho realizado. 2: Produção da articulação: O entendimento sobre o conceito de rede e seu funcionamento e o processo de trabalho em rede no município. 3. Temas transversais: gênero, violência contra mulheres, Lei Maria da Penha, políticas públicas para mulheres, setor saúde e questões locais. A análise das categorias indica muitos processos de trabalho nos quais não há centralidade do uso de tecnologias relacionais e, portanto, desfavoráveis ao diálogo e à reflexão. Aliado a isso, percepções dos profissionais, muitas vezes preconceituosas, acerca de temas correlatos à violência, favorecem o surgimento de obstáculos à hospitalidade necessária para a produção do cuidado e da articulação intersetorial, indispensáveis para o enfrentamento da violência de forma integral. A preeminência do trabalho vivo nos processos de trabalho através do uso de tecnologias relacionais possibilita a construção do cuidado integral e o resgate da condição de sujeito de usuários e trabalhadores. Por isso ela é fundamental para o trabalho com situações de violência, por combater a anulação do outro.

Palavras-chave: 1. Violência de gênero contra mulheres; 2. Produção do cuidado; 3. Redes de cuidado; 4. Intersetorialidade; 5. Integralidade.

ABSTRACT

HASSE, M. Gender violence against women: searching a comprehensive care. 2016. 281f. Thesis (Ph.D.) - College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

Violence against women generates several consequences for people who experience their cycle and studies have shown to be a very prevalent problem in Brazil and worldwide. Several measures have been taken in recent years in order to combat this problem and, despite advances in the past decades, the reality of services in relation to the care of women in violence situation is still fragile and unsatisfactory. Tackling violence against women depends, among other things, the relationship between services from different sectors aiming to produce a comprehensive care from the formation of an inter-sectoral network. To identify the organizations and agents that make up the cross-sector network for women in violence situation at Ribeirão Preto, to understand the production of care services and to analyze the relationships between different departments and public services. This study of qualitative approach, underwrote in micropolitics concepts of the work process – traditionally used to analyze the work at health services – to discuss the issue of production of care to women in situations of violence. For discussion it was also used the concept of 'hospitality', taken as a powerful device for both the contend of suffering situations and to establish the necessary links to the construction of comprehensiveness. In-depth interviews were conducted with different professionals and key informants of healthcare, social assistance, public security, legal services, third sector and civil society. In addition, participant observations by me were made in three services – one of the health sector, a social assistance and public security. The data were categorized according to thematic content analysis. 35 men and women with an average age of 41 participated in the survey. Graduated in various fields such as medicine, psychology, social work and law, the time of respondents experience ranged from 1 to 34 years. Were defined three categories of analysis divided into sub-items: 1: Care Production: characterization of sectors and services, perceptions of professionals about women served, perceptions of professionals about the work done. 2: Coordination of Production: The understanding of the concept of the network and its operation and networking process in the municipality. 3. Transversal themes: gender, violence against women, Maria da Penha Law, public policies for women, health sector and local issues. The analysis of the categories indicates many work processes in which there is centrality of using relational technologies and therefore unfavorable to dialogue and reflection. Allied to this, perceptions of professionals often demonstrate prejudice on issues related to violence, easily inspire the emergence of obstacles to the hospitality needed for the production of care and intersectorial coordination, crucial to addressing violence in full. The preeminence of living labor in work processes through the use of relational technology enables the construction of comprehensive care and the rescue of subject hood of users and workers. Therefore it is essential to work with situations of violence, to fight the annulment of the other.

Keywords: 1. Gender violence against women; 2. Care production; 3. Care networks; 4. Intersectorial services; 5. Integrality.

RESUMEN

HASSE, M. La violencia de género contra las mujeres: en busca de la producción de una atención integral. 2016. 281f. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería, Universidad de Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2016.

La violencia contra las mujeres genera varias consecuencias para las personas que experimentan su ciclo y los estudios han demostrado ser un problema muy frecuente en Brasil y en todo el mundo. Se han tomado varias medidas en los últimos años con el fin de combatir este problema y, a pesar de los avances en las últimas décadas, la realidad de los servicios en relación con la atención a las mujeres en situación de violencia, sigue siendo frágil y poco satisfactoria. La lucha contra la violencia contra las mujeres depende, entre otras cosas, la relación entre los servicios de diferentes sectores con el objetivo de la formación de una red intersectorial, producen una atención integral. Se pretendió identificar las organizaciones y agentes que conforman la red intersectorial para las mujeres en situación de violencia de Ribeirão Preto, entender la producción de servicios de atención y analizar las relaciones entre los diferentes servicios y sectores. Este estudio de enfoque cualitativo, suscribió en conceptos de micropolítica del proceso de trabajo – tradicionalmente utilizados para analizar el trabajo de salud – para discutir la cuestión de la producción de la atención a las mujeres en situación de violencia. Para la discusión también se utiliza el concepto de "hospitalidad", tomado como un dispositivo de gran alcance, tanto para hacer frente a situaciones de sufrimiento y de establecer los vínculos necesarios para la construcción de exhaustividad. En profundidad se llevaron a cabo entrevistas con los diferentes profesionales e informantes clave de la salud, asistencia social, seguridad pública, jurídicos, tercer sector, y la sociedad civil. Además, observaciones participantes se hicieron en tres servicios - uno de los sectores de bienestar, la asistencia social y la seguridad pública. Los datos se clasifican de acuerdo con el análisis de contenido temático. 35 hombres y mujeres con una edad promedio de 41 años participaron en la encuesta. Formados en diversos campos como la medicina, la psicología, el trabajo social y el derecho, el tiempo de actividad profesional de los encuestados experimenta un rango de 1 a 34 años. Se definieron tres categorías de análisis dividido en subtemas: 1: Producción de atención: caracterización de los sectores y servicios, la percepción de los profesionales sobre las mujeres se reunieron, la percepción de los profesionales sobre el trabajo realizado. 2: Coordinación de la articulación: la comprensión del concepto de la red y su funcionamiento y el proceso de trabajo en red en el municipio. 3. Los temas transversales: género, la violencia contra la mujer, Ley Maria da Penha, las políticas públicas para las mujeres, el sector de la salud y los problemas locales. El análisis de las categorías indican que muchos de los procesos de trabajo en los cuales no hay centralidad de la utilización de las tecnologías de relación y por lo tanto, desfavorable para el diálogo y la reflexión. Junto a esto, la percepción de los profesionales a menudo prejuiciosa, sobre temas relacionados con la violencia, favorecen la aparición de obstáculos a la hospitalidad necesaria para la producción de la atención y la coordinación intersectorial, crucial para abordar la violencia en su totalidad. La preeminencia del trabajo vivo en los procesos de trabajo a través del uso de la tecnología relacional permite la construcción de una atención integral y el rescate de la condición de sujeto de los usuarios y de los trabajadores. Por lo tanto, es esencial para trabajar con situaciones de violencia, para luchar contra la anulación de la otra.

Palabras-clave: 1. Violencia de género contra las mujeres; 2. Producción de atención; 3: Redes de atención; 4. Servicios intersectoriales; 5. Integridad.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Instituições e agentes identificados e selecionados para a pesquisa94

Quadro 2: Categorias, subcategorias e temas identificadas no material empírico107

Quadro 3: Caracterização sócio demográfica da(o)s profissionais entrevistada(o)s.....111

Quadro 4: Caracterização de formação e tempo de experiência da(o)s profissionais entrevistada(o)s.....113

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Tipologia da violência (adaptada).....	31
Figura 2. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.....	64

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BO - Boletim de Ocorrência.

CAM - Centro de Atendimento Multiprofissional.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

CECF - Conselho Estadual da Condição Feminina.

CEDAW - Committee on the Elimination of Discrimination against Women.

CEJUSC - Centro Judiciário de Solução de Conflitos e Cidadania.

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa.

CF - Constituição Federal.

CID - Classificação Internacional de Doenças.

CMDM - Conselho Municipal dos Direitos da Mulher.

CNDM - Conselho Nacional dos Direitos da Mulher.

COJE - Centro de Orientação Jurídica.

COMVIDA - Centro de Convivência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde.

CONFAD - Conflitos Familiares Difíceis.

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

CT - Conselho Tutelar.

DDM - Delegacia de Defesa da Mulher.

DEAM - Delegacia Especializada de Atendimento a Mulher.

DIJU - Delegacia de Polícia da Infância e Juventude.

DP - Distrito Policial.

DRS - Departamento Regional de Saúde.

EERP - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

ESF - Estratégia de Saúde da Família.

HC - Hospital das Clínicas.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano.

IML - Instituto Médico Legal.

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social.

JECRIM - Juizado Especial Cível e Criminal.

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social.

MP - Ministério Público.

MS - Ministério da Saúde

MST - Movimento Sem Terra.

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família.

NOB - Normas Operacionais Básicas.

NPML - Núcleo de Perícia Médico Legal.

NSF - Núcleo de Saúde da Família.

OEA - Organização dos Estados Americanos.

OMS - Organização Mundial da Saúde.

ONG - Organização(ões) Não Governamental(is).

ONU - Organização das Nações Unidas.

OPAS - Organização Panamericana de Saúde.

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

PM - Polícia Militar.

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

PNAS - Política Nacional de Assistência Social.

PSB - Ponto Básico de Atendimento Social.

PSF - Programa de Saúde da Família

PTS - Projeto Terapêutico Singular.

SEMAS - Secretaria Municipal de Assistência Social.

SES - Secretaria Estadual da Saúde.

SINAN - Sistema Nacional de Agravos de Notificação.

SMS - Secretaria Municipal da Saúde.

SPM - Secretaria de Políticas para Mulheres.

STJ - Superior Tribunal de Justiça.

SUAS - Sistema Único de Assistência Social.

SUS - Sistema Único de Saúde.

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

UBDS - Unidade Básica Distrital de Saúde.

UBS - Unidade Básica de Saúde.

UE- Unidade de Emergência.

UPA - Unidade de Pronto Atendimento.

USF - Unidade de Saúde da Família.

VD - Violência doméstica.

VE - Vigilância Epidemiológica.

VCM - Violência contra a(as) mulher(es).

VIVA - Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes.

SUMÁRIO

Apresentação.....	18
Capítulo 1 - Gênero e violência contra as mulheres	21
1.1 Gênero e a construção sócio-histórica de homens e mulheres.....	21
1.2 A violência de gênero contra as mulheres.....	27
Capítulo 2 - Direitos conquistados, redes e intersectorialidade	37
2.1 Os movimentos feministas e as convenções internacionais: a luta por direitos ..	38
2.2 Leis e políticas públicas para o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres.....	46
2.3 O conceito de 'rede', sua estrutura e funcionamento	61
2.4 Redes para a produção de um cuidado integral a mulheres em situação de violência	64
Capítulo 3 - Micropolítica do processo de trabalho: considerações sobre a hospitalidade necessária para cuidar do Outro	74
3.1 Considerações sobre a micropolítica do processo de trabalho e sobre a produção do cuidado.....	75
3.2 Sobre a hospitalidade necessária para cuidar do Outro.....	82
4. Objetivos	90
4.1 Geral.....	90
4.2 Específicos	90
5. Percorso metodológico	91
5.1 O(s) campo(s) de pesquisa	91
5.2 Desenho da pesquisa.....	95
5.3 O trabalho de campo.....	98
5.3.1 Aspectos éticos	98
5.3.2 Preparação para o campo de pesquisa.....	101
5.3.3 Imersão no campo de pesquisa	103
5.4 Análise dos dados	106

6. Resultados e Discussão	109
6.1 Caracterização dos participantes	110
6.2 Processos de Trabalho.....	119
6.2.1 A produção do cuidado.....	119
6.2.1.1 Caracterização dos setores estudados	119
6.2.1.2 Percepções dos profissionais acerca das mulheres atendidas	172
6.2.1.3 Percepções dos profissionais sobre o atendimento realizado.....	176
6.2.2 Produção da articulação.....	227
6.2.2.1 O entendimento sobre o conceito de ‘rede’ e seu funcionamento.....	228
6.2.2.2 O processo de trabalho em rede no município.....	231
 7. Considerações finais	 244
 Referências bibliográficas.....	 248
 Apêndices	 272
 Anexo	 281

Apresentação

“Ao realizar eu descobro”

Martin Buber

Comecei a me aproximar das questões da violência de gênero contra as mulheres a partir de 2008, quando iniciei meus estudos sobre o tema para o mestrado. A pesquisa era relacionada à forma como alguns profissionais de saúde da atenção básica – médicos e enfermeiras especificamente – entendiam o fenômeno da violência e atendiam às mulheres nessa situação.

Como resultados (HASSE & VIEIRA, 2014), encontramos um bom potencial nos profissionais para cuidar adequadamente dos casos - desde que houvesse investimento em qualificação - e muitas práticas de encaminhamento para outros serviços e setores.

Entre 2009 e 2011, fui para São Paulo trabalhar como psicóloga de uma equipe do NASF. Foi uma experiência transformadora atuar no SUS, na atenção básica, no cenário que eu estudava. Meu trabalho no NASF estava relacionado realizar matriciamentos e articulação de redes intersetoriais, práticas com as quais, até então, eu tinha pouquíssimo contato.

Durante esse período comecei a me interessar por algumas questões relacionadas à produção do trabalho - como as políticas saiam do papel, como as práticas eram operacionalizadas, como se dava a participação dos trabalhadores nesse processo, quais eram os impactos em suas vidas, como outros setores influenciavam e eram influenciados pela saúde.

Cansada da vida na capital e com muitas questões na bagagem, retornei à Universidade com o desejo de estudar exatamente a produção do trabalho intersetorial para cuidar de mulheres em situação de violência.

Após algum tempo, fui aceita no programa de pós- graduação da EERP e pude dar início à pesquisa que resultou nesta tese. O projeto que desenvolvi é parte do projeto “Rede de proteção a mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto”, financiado pela FAPESP (processo nº 2012/51309-9) e coordenado pela Prof.^a Elisabeth Meloni Vieira, minha orientadora.

Entendendo que é a partir do cuidado que encontram – ou não - que as mulheres poderão enfrentar a problemática da violência, a perspectiva desta pesquisa é a da micropolítica dos processos de trabalho. Ou seja, buscamos compreender como são construídas as práticas cotidianas para a produção do cuidado às mulheres e se elas minimizam ou reforçam o que está instituído pelas leis e políticas.

Produção do cuidado aqui é entendida como a produção de emancipação em uma perspectiva Freiriana, ou seja, produção de libertação política, cultural social e humana de tudo o que oprime o desejo e a potência dos sujeitos.

Durante os quatro anos de desenvolvimento desse trabalho muitas coisas aconteceram. A partir do envolvimento com o campo da pesquisa e dos estudos sobre violência, me envolvi com os movimentos feministas, algo que foi essencial na minha formação sobre questões de gênero – fundamentais para entender a gênese e manutenção das desigualdades que levam à violência contra as mulheres.

O convívio com docentes, com quem tive o prazer de ter aulas e fazer estágios de docência, também me possibilitaram a aproximação do referencial teórico que utilizei para discutir essa tese. Nesse processo, resgatei aspectos da minha formação em psicologia que havia deixado engavetados e reencontrei o conceito de ‘hospitalidade’ com o qual havia trabalhado no meu trabalho de conclusão do curso de graduação e que também foi utilizado aqui.

Além disso, nesse tempo descobri o prazer imenso que tenho de estar na academia, dando ou tendo aulas e desenvolvendo projetos de pesquisa e extensão. Assim, desde fevereiro de 2016, trabalho como docente do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia.

Assim como ocorreu na minha própria vida, transformações também ocorreram no campo da pesquisa durante esse tempo, tanto com as pessoas com quem trabalhei quanto com a política do município e seus serviços.

Ao estudar algo que estava em constante transformação (e o que não está?) fui reconhecendo todo conhecimento é temporal e limitado. Assim, o que apresento aqui é apenas um retrato de problemas circunscritos da realidade que vi e vive nesses quatro anos. A totalidade permanece inacessível, mesmo ao pesquisador mais competente.

A tese está dividida em sete partes: três capítulos teóricos, onde são discutidos os temas de interesse da pesquisa – gênero, violência contra mulheres,

políticas públicas, redes e intersectorialidade -, e o referencial teórico utilizado para discutir os dados. As outras quatro partes se referem aos objetivos da pesquisa, percurso metodológico, resultados e discussão e considerações finais.

O processo vivido para produzir esses dados e construir essa tese segue em curso, permitindo que eu o reviva, o repense, o revise e, assim, em ato, mantenha-o vivo e gerando transformações.

Capítulo 1 - Gênero e violência contra as mulheres

Onde as mulheres continuam sendo discriminadas ou submetidas à violência, sua saúde é prejudicada. Onde elas são excluídas, por lei, da posse de terras ou propriedade ou do direito ao divórcio, sua vulnerabilidade social e física aumenta. Na sua expressão mais extrema, a discriminação social ou cultural de gênero pode levar à morte violenta ou ao infanticídio feminino.

Organização Mundial da Saúde.

A violência de gênero contra mulheres é considerada uma grave violação de direitos humanos e um problema de saúde pública de dimensões mundiais devido às inúmeras consequências geradas.

Buscando explicar como as relações entre homens e mulheres intervêm no processo saúde-adoecimento e desconstruir um fenômeno que parece ser natural, esse tipo de violência tem sido vista sob a perspectiva de gênero. Isto é fundamental para visibilizar a vulnerabilidade das mulheres e as relações de desigualdade estabelecidas a partir da construção social do que é ser homem e mulher.

Para trilhar esse percurso, neste capítulo discutimos a formulação do conceito de gênero buscando entender a origem da opressão contra as mulheres. Ao reconhecer a violência como uma das faces mais perversas dessa opressão, discorreremos sobre diferentes entendimentos acerca do fenômeno para nos aprofundarmos especificamente na questão da violência de gênero contra as mulheres e apresentar dados sobre sua ocorrência e suas consequências.

1.1 Gênero e a construção sócio-histórica de homens e mulheres

A legitimação e perpetuação da violência de gênero contra mulheres têm sido possível graças a mitos prescritos na sociedade, que naturalizam a posição subalterna de mulheres e permitem a (re)produção da violência sob o amparo do Estado.

Assim, entender o legado deixado ao feminino pela cultura ocidental, endossado por um discurso heteronormativo e falocêntrico, é crucial para o

enfrentamento das desigualdades e suas consequências, que acometem as mulheres cotidianamente.

Desde a Grécia antiga já é possível identificar assimetrias entre homens e mulheres, algumas delas presentes até os dias atuais. Os homens eram polígamos, gozavam de todos os direitos civis e políticos além de ter poder absoluto sobre as mulheres, que não tinham acesso à educação formal e eram proibidas de aparecer em público sozinhas (FUNARI, 2002). Não à toa, mitos gregos narram mulheres como responsáveis por grandes desgraças - Pandora, por exemplo, devido a uma curiosidade 'própria das mulheres', teria aberto uma caixa que continha todos os males do mundo.

Desigualdades como essas são reforçadas por muitos discursos, como os religiosos (sendo o mais difundido o do Cristianismo) que retrata as mulheres como pecadoras responsáveis pelo desterro humano do paraíso. Por outro lado, nesse mesmo discurso, os homens são tidos como seres de grande iluminação e bondade, capazes de oferecer salvação às mulheres arrependidas que a eles se submeterem.

A medicina também proclamou suas verdades sobre a inferioridade feminina apregoando, até o século XVI, a existência de apenas um corpo, o corpo macho (LAQUEUR, 2001). Segundo tal entendimento, todos os órgãos sexuais femininos eram apenas equivalentes invertidos aos masculinos. Esse modelo de um sexo único perdurou durante muitos anos até que se configurou na vida política, econômica e cultural dos homens, a necessidade de diferenças anatômicas e fisiológicas constatáveis:

O antigo modelo no qual homens e mulheres eram classificados conforme seu grau de perfeição metafísica, seu calor vital, ao longo de um eixo cuja causa final era masculina, deu lugar, no final do século XVIII, a um novo modelo de dimorfismo radical, de divergência biológica. Uma anatomia e fisiologia de incomensurabilidade substituiu uma metafísica de hierarquia na representação da mulher com relação ao homem (LAQUEUR, 2001, p. 17).

O poder da visão naturalista que imperou até o final do século XVIII determinou a diferença de inserção social de ambos os sexos - conforme ocorria na Grécia -, cabendo aos homens atividades intelectuais e políticas e, às mulheres a reprodução, cuidado dos filhos e tarefas relacionadas à subsistência, como alimentação e tecelagem (RAGO, 2010).

A adequação das mulheres a estas funções foi, portanto, fruto de uma enorme produção discursiva que determinou o que cada mulher deveria ser para ser verdadeiramente uma mulher.

A naturalização do universo feminino, materializado principalmente através do trabalho doméstico e da maternidade, baseia-se segundo Vieira (2002), nos fatos biológicos que ocorrem no corpo da mulher, como a capacidade de gestar, parir e amamentar:

Na medida em que a determinação biológica parece justificar plenamente as questões sociais que envolvem esse corpo, ela passa a ser dominante, como explicação legítima e única sobre aqueles fenômenos. Daí decorrem ideias sobre a maternidade, o instinto maternal e divisão sexual do trabalho como atributos 'naturais' e 'essenciais' à divisão de gêneros na sociedade (p. 31).

A partir daí a maternidade é traçada como um destino único para todas as mulheres, ou seja, a mulher que não é mãe praticamente não existe no início do século XIX (KEHL, 2008).

Essa condição da mulher na sociedade começa a ser questionada a partir da Revolução Francesa e seus ideais iluministas que valorizam a emancipação individual, afirmam a supremacia da razão e recusam a ideia de um sujeito submetido a um projeto divino.

Alguns anos depois, surgem as primeiras ideias feministas na Europa, que problematizam a desigualdade criada dentro da ordem social, na qual os homens são as figuras dominantes e as mulheres, conseqüentemente, as subjugadas - hierarquização justificada pela naturalização.

Assim, buscando enfatizar o caráter social das distinções baseadas nos corpos e questionar esse essencialismo biológico que definia a condição 'passiva' das mulheres na sociedade, diversos estudos abordando historicamente essa questão começaram a ser desenvolvidos.

Desde o início do século XX, estudos como de Mead (2000) já afirmavam que as relações de gênero são construções sociais e, por isso, se configuram de maneiras diversas, dependendo da cultura e do contexto em que se estabelecem. Mas o marco inaugural do uso do conceito de 'gênero' pelas feministas é atribuído à Rubin (1975) que formula uma teoria sobre a origem da opressão vivida pelas mulheres a partir de ideias difusas já existentes sobre o tema.

A principal abordagem teórica para pensar a questão da opressão das mulheres até então, era o marxismo, entendido como insuficiente para a tarefa pela sua incapacidade de historicizar o sexo/corpo, tomado como algo estritamente natural (HARAWAY, 2004).

Baseando-se principalmente em escritos de Levi Strauss e Freud, Rubin cria o chamado 'sistema sexo/gênero', definido como “*o conjunto de arranjos através dos quais uma sociedade transforma a sexualidade biológica em produtos da atividade humana*” (RUBIN, 1975).

Ela afirma que a partir do sistema de parentesco - que instituiu a interdição do incesto -, para garantir a realização de matrimônios, a matéria-prima 'fêmea' (sexo) foi transformada no produto 'mulher domesticada' (gênero). Assim, ao criar dois gêneros dicotômicos e uma particular divisão sexual do trabalho, o sistema de parentesco cria também uma interdependência entre homens e mulheres e uma consequente necessidade de regulação da sexualidade (RUBIN, 1975).

A definição dicotômica trazida por Rubin - que apresenta gênero como sendo do campo do social e sexo isolado no campo da natureza - apesar de limitada para compreender as complexas relações humanas, foi bastante relevante para o início do processo de desnaturalização das desigualdades entre homens e mulheres.

A nova perspectiva que fez frente à dualidade entre sexo e gênero apresentada por Rubin foi trazida, alguns anos mais tarde, por Scott. Para ela:

Gênero é a organização social da diferença sexual. Mas isso não significa que o gênero reflita ou produza diferenças físicas fixas e naturais entre mulheres e homens; mais propriamente, o gênero é o conhecimento que estabelece significados para diferenças corporais. (...) Não podemos ver as diferenças sexuais a não ser como uma função de nosso conhecimento sobre o corpo, e esse conhecimento não é puro, não pode ser isolado de sua implicação num amplo espectro de contextos discursivos (SCOTT, 1989, p. 7).

Assim, enquanto sexo indicaria uma diferença anatômica, inscrita no corpo, gênero indicaria uma condição social, material e simbólica. Scott parte de duas proposições interligadas para discorrer sobre gênero: “*gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos*”, e “*o gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder*” (SCOTT, 1989).

Um dos aspectos que lhe interessa na questão de gênero, então, é a forma como se constroem os significados culturais atribuídos às diferenças anatômicas

entre os corpos. Ao contrário de Rubin, Scott formula um conceito que inclui em sua construção, além do sistema de parentesco, o mercado de trabalho, a educação, o sistema político, econômico e a organização política, conceituando que gênero é uma construção social. Nesse processo, operando simultaneamente na construção das identidades de gênero de homens e mulheres, estariam presentes elementos, geralmente apresentados de forma binária, como:

- Símbolos culturais, como Eva-Maria, luz-escuridão, sagrado-profano;
- Conceitos normativos, que apresentam interpretações dos símbolos culturais, como as doutrinas religiosas, as educativas e as políticas;
- Instituições sociais e políticas e organizações que sustentam uma representação binária de gênero;
- e a formação da identidade subjetiva dos sujeitos que decodifica o sentido e compreende as interações humanas (SCOTT, 1989).

A outra proposição de Scott (1989) sobre gênero se refere à sua função primária de significar relações de poder. Isso porque, para ela, as estruturas hierárquicas também se baseiam em compreensões generalizadas da relação - pretensamente natural - entre masculino e feminino, dimensão decisiva para a organização da igualdade e da desigualdade entre homens e mulheres.

Na formulação de Scott sobre gênero a manutenção da dicotomia sexo/gênero não se sustenta uma vez que o corpo é entendido a partir de um ponto de vista social. Além disso, a própria separação entre natureza e cultura também seria um produto cultural.

Para Nicholson (2000), porém, apesar dessa nova formulação, *“a herança da dicotomia sobrevive e sexo permanece como aquilo que fica fora da cultura e da história sempre a enquadrar a diferença masculino/feminino”*.

Mais recentemente, Butler (2013), compartilhando certas referências com Scott, reconceitua gênero e traz definitivamente corpo e sexo para o campo discursivo ao questionar sua pretensa materialidade:

Se o corpo é uma situação, não há como recorrer a um corpo que já não tenha sido interpretado por meio de significados culturais; conseqüentemente, o sexo não poderia qualificar-se como uma facticidade anatômica pré-discursiva. Sem dúvida, será sempre apresentado, por definição, como tendo sido gênero desde o começo (BUTLER, 2013, p. 27).

Ao reconhecer o caráter mutável do gênero, ele é tomado por Butler como uma ação, uma performance e mais não como um estado, o que leva ao questionamento da ideia de uma identidade estável. Assim, exatamente por não existirem identidades homogêneas, permanentes e pré-discursivas, gênero é definido como uma construção social produzida e (re)validada a todo instante na e pela interação com os outros. Nesse processo de ratificação – ou não - das performances de gênero, participam interseções culturais e políticas como raça, classe, etnia e sexualidade, que não podem ser afastadas umas das outras (BUTLER, 2013).

Do mesmo modo que não existiria uma identidade estável de gênero Butler (2013) também defende ser equivocada a ideia da existência de uma forma singular de opressão das mulheres na estrutura hegemônica do patriarcado.

Patriarcado aqui é entendido como a ideologia que reitera uma hierarquia entre homens e mulheres, reafirma as fronteiras entre masculino e feminino e confere aos homens um lugar 'natural' de dominação.

Essa dominação masculina é imposta e vivenciada através do que Bourdieu (1995) chama de 'violência simbólica', exercida essencialmente pelas vias da comunicação, dos sentimentos e conhecimento (e desconhecimento). Segundo o autor, é essa naturalização que leva à somatização das relações de dominação, que se inscrevem nos corpos das mulheres como marcas da submissão.

Nesse sistema, uma das formas de demonstração mais perversas e extremas da opressão das mulheres é, reconhecidamente, a violência de gênero, definida pela Organização das Nações Unidas (ONU), como:

(...) todo ato de violência baseado no gênero que resulte ou possa resultar em dano físico, sexual ou psicológico, ou sofrimento da mulher, incluindo a ameaça de cometer esses atos, a coerção e a privação arbitrária de liberdade seja na vida pública ou na privada (UN, 1993, p.3).

Ela distingue um tipo de dominação e de crueldade estruturalmente construída nas relações entre homens e mulheres, reproduzida no cotidiano, subjetivamente assumida e legitimada por uma sociedade que ainda se constitui de forma patriarcal.

1.2 A violência de gênero contra as mulheres

A palavra violência, segundo Minayo (2006) vem do latim *vis*, que quer dizer força. Ela se refere às noções de constrangimento e uso da superioridade física sobre o outro, e representa conflitos de autoridade, luta por poder, vontade de domínio, de posse e aniquilamento do outro ou de seus bens.

De acordo com a época, o local e as circunstâncias, o termo violência designa realidades muito diferentes, o que gera uma enorme dificuldade para conceitualizar o fenômeno. Assim, para sua compreensão é importante conhecer o contexto social que a produz, suas especificidades internas e particularidades históricas.

Diversos teóricos têm debatido tema da violência ao longo dos anos. Os autores trazidos para este diálogo transitam entre a questão da violência e do poder e fazem alusão à função da comunicação e às relações humanas nesse processo.

Arendt (2009; 2001) recorre à noção de poder - frequentemente tomado como sinônimo de violência - para discuti-la.

A violência é entendida por ela como uma ferramenta, um meio para tentar garantir superioridade frente ao mais fraco. A força seria a qualidade atribuída à violência, simbolizada por um indivíduo que estabelece relações onde há apenas um 'agir mudo', ou seja, não há um discurso possível: *"as relações baseadas na força, geradoras de violência, são aquelas em que o poder tornou-se impotente"* (ARENDT, 2009).

O poder por sua vez, seria um fenômeno político, fruto da ação coletiva entre sujeitos que visam um entendimento comum. Relacionado a práticas dialógicas e à convergência de decisões, ele só é efetivo se palavra e ação forem usadas em consonância para expor e transformar realidades insatisfatórias. Assim, o poder existiria entre os indivíduos quando estes agem juntos, desaparecendo no momento em que se dispersam (ARENDT, 2009).

De acordo com o pensamento de Arendt, para superar a violência seria necessária uma nova organização política que favorecesse ações renovadoras - como o diálogo e espaços para a subjetividade - que gerassem o que ela entende como poder. Havendo poder, não haveria lacuna para a violência.

Outro autor fundamental para a reflexão sobre o tema é Foucault (1979) que, ao escrever sobre poder também se aproxima da questão da violência.

Para Foucault o poder não possui uma natureza ou uma essência definida de forma universal e, sendo assim, não pode ser tomado como um objeto. O poder para ele é uma prática social constituída historicamente: *“O poder, isso não existe. O poder consiste, na realidade, em relações, o que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua”* (FOUCAULT, 1979).

Considerado fundamentalmente relacional, o poder para Foucault (1995) está associado à manutenção do outro em uma condição de sujeito. Nesse sentido, quando ele é utilizado como instrumento de controle dos indivíduos, emerge a violência.

Uma relação de violência age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói, ela fecha todas as possibilidades. Uma relação de poder, ao contrário, se articula sobre dois elementos que lhe são indispensáveis por ser exatamente uma relação de poder: que o “outro” (aquele sobre o qual ela se exerce) seja inteiramente reconhecido e mantido até o fim como o sujeito da ação; e que se abra, diante da relação de poder, todo um campo de respostas, reações, efeitos, invenções possíveis (FOUCAULT, 1995).

Essa estratégia de regulação, observação e normatização dos corpos e comportamentos – principalmente através de discursos científicos – é chamado de ‘poder disciplinar’ por Foucault (1979). Ele opera por meio de estratégias e táticas sutis de adestramento buscando com isso uma conformação física, psíquica e moral dos corpos. Quando essa técnica de poder é ampliada e se aplica globalmente à sociedade a chamamos de ‘biopoder’.

Exatamente por estarem disseminadas em todo o corpo social, em todas as micro relações, tais ferramentas de poder superam em eficácia as formas repressivas ‘puras’, tradicionalmente associadas à violência.

Os conceitos apresentados por Foucault são fundamentais para a discussão da violência de gênero perpetrada por parceiros íntimos - e também daquela perpetrada pelo Estado e outras instituições -, pois suscitam ponderações sobre a possibilidade do resgate da condição de sujeito dos indivíduos.

Como para o autor não há relações de poder sem a constituição de um campo de saber – e vice versa -, isso seria possível criando novos regimes políticos, econômicos e institucionais de produção da verdade que possibilitassem a ressignificação dos saberes construídos e tomados como verdades.

Não se trata de libertar a verdade de todo sistema de poder – o que seria quimérico na medida em que a própria verdade é poder – mas de desvincular o poder da verdade das formas de hegemonia (sociais, econômicas, culturais) no interior das quais ela funciona no momento (FOUCAULT, 1979, p. 14).

A teoria de Habermas (1989) também é relevante para a discussão da violência e do poder. Para ele, o poder é legitimado no momento em que há ação conjunta e comunicação livre entre as pessoas. Comunicação livre – ou agir comunicativo – é definida por ele como os diferentes graus de liberdade interativa nas quais sujeitos compartilham expectativas, sentidos e valores entre si. O oposto a tal conceito, ou seja, o não compartilhamento de valores e sentidos, o rompimento da linguagem, seria a violência.

Essa estagnação da linguagem, porém, não se manifestaria nitidamente como violência. Para Habermas (1989) ela operaria ‘sorrateiramente’ por meio de instituições formando e disseminando convicções que se tornam legítimas entre os atores sociais e acabam por instrumentalizar o mundo sociocultural e o privado.

Há, portanto, bloqueios da ideologia que interferem nos processos de comunicação formando “*convicções graças às quais os sujeitos se iludem sobre si mesmos e sobre a sua situação*” (HABERMAS, 1993).

Através desse processo é que o agir comunicativo – característico da ação coletiva, dialógica e cooperativa que constrói convicções dotadas de eficácia legitimadora -, é sobrepujado pelo agir estratégico, típico do Estado e da economia, tornando aceitáveis sistemas de dominação que excluem a formação discursiva da vontade (HABERMAS, 1993).

Portanto, segundo Habermas, para superar a violência, ou reestabelecer o agir comunicativo, seria necessário uma transformação profunda nos paradigmas que regem as relações, tanto na esfera pública quanto na privada.

Abordando o fenômeno por uma perspectiva distinta, Berenstein (2000) entende como ‘violenta’ a qualidade de certas ações vinculadas ao excesso, à intolerância aos limites - físicos e psíquicos - colocados pelo outro. Para o autor, a violência é um evento relacional no qual quem exerce a violência tem poder, enquanto quem a recebe está inerte, destituído de sua condição de sujeito.

A perspectiva trazida por Berenstein (2000), da violência enquanto uma narrativa aponta para o fato de que um ato pode ser entendido ou não como violento em diferentes momentos e contextos, e por diferentes pessoas. Sendo assim, ela

precisa ser interpretada em suas várias faces, de forma interligada e por meio dos eventos em que se expressa, repercute e reproduz.

O fenômeno da violência pode ser compreendido a partir de três perspectivas: a intrapsíquico/intrasujeitos, que apresenta uma visão solipsista da violência como sendo determinada por sua base pulsional, a partir das relações objetais da infância dos sujeitos; a interpssíquico/intersubjetivo, que entende a violência como a forma de expressão de uma relação estabelecida, a partir do encontro de dois ou mais sujeitos; e a transpsíquica/transubjetiva que considera, além dos outros dois aspectos, elementos que transcendem o indivíduo e se inserem no campo social (BERENSTEIN, 2000).

O recente entendimento da violência como um problema é um advento da modernidade com seus valores de liberdade e direitos humanos. Minayo (2006) acredita que essa concepção negativa e condenatória das várias formas da violência foi um passo positivo da sociedade já que atribuir a um ato de exploração e dominação o caráter negativo de violência significou um status superior da consciência social a respeito dos direitos individuais e coletivos.

O processo de entendimento da violência como uma realidade sociocultural, como um fenômeno construído intencionalmente na vida em sociedade, a desnaturaliza e diferencia da noção biológica de 'agressividade humana', associada estritamente à necessidade de sobrevivência e proteção:

(...) a violência não faz parte da natureza humana (...) não tem raízes biológicas. Trata-se de um complexo fenômeno biopsicossocial, mas seu espaço de criação é a vida em sociedade. Portanto, para entendê-la há que se apelar para a especificidade histórica. (...) na configuração da violência se cruzam problemas da política, da economia, da moral, do direito, da psicologia, das relações humanas e institucional, e do plano individual (MINAYO, 1994).

Para uma aproximação sistemática do fenômeno da violência Krug et al. (2002) propõe uma divisão entre três tipos de violência - auto infligida, interpessoal e coletiva-, categorizadas de acordo com o alvo da ação e/ou autor. Cada uma dessas três categorias pode ser subdividida, de acordo com a natureza dos atos violentos, em física, sexual, psicológica e negligência (Figura 1).

Figura 1. Tipologia da violência (adaptada). Fonte: WHO, 2004.

Essa sistematização é puramente didática uma vez na maior parte das vezes, esses fenômenos ocorrem concomitantemente, de forma sobreposta e crônica.

A violência física é caracterizada por ações que implicam uso da força, podendo manifestar-se em qualquer ato que atente contra a integridade física, produzindo ou não marcas corporais.

Violência sexual é definida como toda ação que obriga uma pessoa a manter contato sexual pelo uso da força, intimidação, coerção, chantagem, suborno, manipulação, ameaça ou qualquer outro mecanismo que anule ou limite sua vontade pessoal. Considera-se também violência sexual obrigar alguém a realizar algum desses atos com terceiros ou a praticar atos que lhe humilhem ou depreciem.

Esse tipo de violência, segundo Minayo (1994), é bastante comum e naturalizada nos casamentos uma vez que o sexo ainda é visto como uma obrigação conjugal das mulheres.

A violência psicológica é caracterizada por abuso verbal e/ou econômico, intimidação, ameaças, isolamento e desprezo. Acredita-se que, apesar de ser a mais comum, seja a que tem menor visibilidade exatamente por não ser de fácil identificação (MINAYO, 2006). Além disso, o entendimento de tais situações como sendo violentas depende muito dos contextos culturais e das práticas amorosas dos envolvidos nos relacionamentos.

Pode-se pensar também na existência da violência moral e simbólica que trata da dominação cultural, da ofensa à dignidade e desrespeito aos direitos do outro (MINAYO, 2006).

Essa sistematização do problema da violência mostrou-se necessária para ajudar a criar um lugar social para a violência contra as mulheres no imaginário coletivo. Antes disso, não havia a possibilidade de tornar o problema plenamente visível por não haver locus/campo de intervenção ou linguagem/saberes apropriados para isso.

Nos anos 1950 a violência mais estudada, principalmente devido à sua ocorrência com crianças, era a 'intrafamiliar'. Violência remetida à ideia de família e não de domicílio, tem um foco maior nas questões intergeracionais do que nas de gênero. Definida como *“a violência ocorridas entre pessoas do núcleo familiar, incluindo o abuso de meninos e meninas por seus pais ou outros familiares, a violência conjugal e o abuso dos idosos”*, ela tende a tomar indivíduos como sendo violentos, apontando-os ora enquanto vítimas, ora enquanto agressores (ELLSBERG et al., 2000).

A chamada 'violência contra a mulher' (VCM) ganhou visibilidade na década de 1970 devido às reivindicações dos movimentos feministas e também aos esforços para desnaturalizar a condição social das mulheres. A expressão VCM, segundo Saltzman et al. (2000), pode referir-se à violência física, sexual e/ou psicológica cometida por parceiros íntimos, assassinatos, estupros, abusos sexuais de meninas, assédio sexual no local de trabalho, violência obstétrica, homofobia, tráfico de mulheres, prostituição forçada, coerção à pornografia, turismo sexual, violência étnica e racial, violência estatal - por ação ou omissão -, mutilação genital feminina, crimes ligados a dote e estupro em massa nas guerras e conflitos armados.

Entendida como uma violação de direitos humanos, desde que começou a ser problematizada, a VCM passou a ser estudada pelo campo do direito e assistida por instituições jurídicas e policiais (SCHRAIBER & D'OLIVEIRA, 1999).

Com a emergência da questão da violência no campo da saúde a partir dos anos 1990, aparece a denominação 'violência doméstica' (VD) representando uma interseção entre as violências contra as mulheres e a intrafamiliar. Cometida por pessoas íntimas, a aproximação a esse tema desvela um tipo de violência profundamente arraigada na vida social e, até então, banalizada.

A especificação desse tipo de violência alerta para o fato de que, se as mulheres sofrem violência em qualquer contexto, o doméstico é, sem dúvida, o mais usual. As ocorrências desse tipo de violência se caracterizam por impedimentos

para trabalhar ou estudar, recusa de apoio financeiro para a lida doméstica, controle dos bens do casal e/ou da mulher exclusivamente pelo homem da casa e ameaça de expulsão de casa e perda de bens (ELLSBERG et al., 2000).

O termo 'violência de gênero' surge no final dos anos 1990 para visibilizar a violência perpetrada contra as mulheres em decorrência de conflitos de gênero e desvelar a hipótese de que as interações entre homens e mulheres encontram-se sob ameaça de ruptura da dominação tradicional. A violência surgiria, portanto, como uma tentativa de reconquista do poder - ou para prevenir sua perda.

Trabalhar com a perspectiva de gênero significa ainda o entendimento de que esse tipo de violência decorre de relações desiguais entre homens e mulheres na sociedade e não de doenças, problemas mentais, uso de álcool/drogas ou características inatas às pessoas. Significa também, uma tentativa de rompimento com a (psico)patologização atribuída aos envolvidos e com o caráter de excepcionalidade que infantiliza e retira a capacidade de resposta da(o)s sobreviventes (BIGLIA & SAN MARTIN, 2007; SAFFIOTI, 2005; SCHRAIBER et al., 2005).

Considerada um fenômeno mundial democraticamente distribuído, a ocorrência da violência de gênero não respeita fronteiras de classe social, etnia, religião, idade ou grau de escolaridade e, apesar de dizer respeito a relações entre homens e mulheres, incide principalmente sobre as mulheres. Ainda existe uma dificuldade em saber a real dimensão do problema devido ao seu caráter privado e pela sua naturalização, decorrente das relações hierárquicas de gênero.

No Brasil, estudos estimam que a cada 15 segundos uma mulher é agredida, normalmente no seu lar e que, em 70% dos casos, o agressor é o companheiro ou ex-companheiro (CARREIRA & PANDJIARJIAN, 2003). Isso nos leva à conclusão, quase paradoxal, de que as mulheres estão mais vulneráveis dentro de suas próprias casas do que nos espaços públicos.

Em outras pesquisas, encontrou-se prevalência de 37,7% de violência física alguma vez na vida em mulheres na cidade de São Paulo, e 35,2% da Zona da Mata de Pernambuco (SCHRAIBER et. al, 2007; GARCIA-MORENO et al., 2006). Estudo similar realizado em Embu, São Paulo, refere prevalência de 33,7% de qualquer tipo de violência na vida (BRUSCHI et. al, 2006).

Dados do Mapa da Violência de 2012 (WASELFISZ, 2011) mostram que a cada duas horas uma mulher é assassinada no país, na maioria dos casos, pelo

namorado, marido ou ex-companheiro, dentro de casa, após já ter sofrido, pelo menos, um ato de agressão.

O número de homicídios de mulheres aumentou 17,2% no Brasil na última década, quase o dobro do aumento de assassinatos de homens no mesmo período. Em 2007 houve uma queda acentuada de 7,6% das mortes de mulheres, atribuída à criação da Lei Maria da Penha. Mas, em 2008 as taxas voltaram a crescer, superando os níveis anteriores (WAISELFISZ, 2013).

A violência de gênero contra mulheres tem consequências físicas, psíquicas e sociais - em muitos casos, fatais - às mulheres que a vivenciam. As implicações individuais abrangem, entre diversas outras, lesões físicas diretas, inflamação pélvica aguda, maior risco de contágio por doenças de transmissão sexual, gravidez não desejada, abortamento, partos prematuros, depressão, ansiedade, baixa autoestima e disfunções sexuais (LUDERMIR et al., 2008).

Devido às consequências, as mulheres que sofrem violência são frequentadoras contumazes dos serviços de saúde, um dos locais em que mais procuram por ajuda. Pelo menos 35% das queixas levadas por mulheres a esses serviços estão ligadas à violência sofrida e os perpetradores são os parceiros íntimos em 88% dos casos (LUDERMIR et al., 2008).

Pesquisa realizada com usuárias de serviços de saúde em Ribeirão Preto demonstra que 34,5% das mulheres já enfrentaram alguma forma de violência pelo menos uma vez na vida - dados que se assemelham aos colhidos nos serviços de saúde de São Paulo, onde 40% das mulheres já foram vítimas de violência (VIEIRA et al., 2011; SCHRAIBER et al., 2007).

Em 2011, segundo o Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), 70.270 mulheres que sofreram violência física foram atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Destes casos, 71,8% aconteceram no próprio domicílio da mulher, 43,4% o agressor foi o parceiro ou ex (na faixa etária dos 30 a 39 anos, essa proporção se eleva para 70,6%) (WAISELFISZ, 2013).

Os efeitos da violência, porém, não se limitam apenas às mulheres. Dados mostram que 66% dos filhos e filhas de mulheres nessas situações, presenciam a violência e 19% deles sofrem violência junto com a mãe. Essas crianças possuem três vezes mais chances de adoecer e 63% delas repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos, em média, aos nove anos de idade (BRASIL,

2012e). Além dessas implicações é preocupante pensar na transgeracionalidade e na reprodução de modelos violentos aprendidos a partir de tais experiências.

Além dos sofrimentos físicos e emocionais, a violência de gênero representa um custo real para a sociedade. Carreira e Pandjarian (2003) afirmam que no mundo, um em cada cinco dias de falta ao trabalho de uma mulher é decorrente da violência sofrida em casa e que, a cada cinco anos de violência doméstica, a mulher perde um ano de expectativa de vida. Além disso, afirmam que uma mulher agredida por seu companheiro, em geral, recebe salário inferior ao de uma trabalhadora que não é está em uma situação de violência.

Embora a violência seja uma situação que tende a se perpetuar, também é verdade que as mulheres buscam formas de saída e fazem esforços nesse sentido. Schraiber et al. (2005) afirmam que 44,5% das mulheres de São Paulo que sofreram violência física procuraram ajuda em ao menos uma instituição e que 21,9% das mulheres da Zona da Mata de Pernambuco também o fizeram.

Uma pesquisa realizada no Espírito Santo mostra que 75,5% das mulheres em situação de violência pediram algum tipo de ajuda, mas encontraram problemas no caminho, decorrentes tanto da precariedade dos serviços quanto da falta de preparo das equipes em lidar com o tema. A pesquisa também evidenciou que mais de 50% das mulheres entrevistadas que haviam sofrido violência optou por se separar de seus companheiros e que 36% destas procuraram por ajuda (SILVA, 2008).

Existem fatores internos e externos que motivam ou não a busca por ajuda. Internamente há sentimentos como culpa, vergonha, medo, amor pelo agressor, ideia de que o que ocorre no interior da família é privado, manipulação do agressor e dinâmicas de violência, desconhecimento de seus direitos e falta de informação. Externamente, existem as pressões familiares e sociais, insegurança econômica e falta de recursos materiais, atitudes negativas dos profissionais e respostas institucionais inadequadas, limitada cobertura de serviços e contextos sociais com histórias de violência.

A qualidade do cuidado recebido em instituições é muito importante. Encorajamento, informações precisas, não-julgamento e respeito às decisões das mulheres contribuem para a continuidade da busca por ajuda enquanto descaso, burocracia e dificuldade de acesso são grandes inibidores (SCHRAIBER et al., 2005).

A dimensão do problema da violência de gênero contra as mulheres é evidente, e os esforços na busca por ajuda serão efetivos quando respostas adequadas forem encontradas. Para isso o desenvolvimento de legislação específica e políticas públicas adequadas para o enfrentamento do problema tem se mostrado fundamentais.

Capítulo 2 - Direitos conquistados, redes e intersectorialidade

*Quem tem consciência para ter coragem
Quem tem a força de saber que existe
E no centro da própria engrenagem
Constrói a contra mola que resiste.*

João Apolinário e João Ricardo

Embora a violência de gênero seja um problema antigo, só recentemente passou a ser enfrentada com elaboração conceitual e metodológica própria e implementação de políticas públicas específicas.

Historicamente tratada como um episódio trivial da vida privada, que só dizia respeito às partes diretamente envolvidas, os movimentos nacionais e internacionais feministas tiveram centralidade absoluta na visibilidade que a questão da violência ganhou nas últimas décadas. A compreensão de que a violência contra as mulheres não é natural e nem um assunto privado tem exigido dos formuladores de políticas públicas um esforço de sensibilizar os serviços para identificar a violência e tratá-la como agravo de origem social que produz diversas consequências (VILLELA et al., 2011).

Neste capítulo, traçamos um breve histórico dos movimentos feministas no Brasil pretendendo, em linhas gerais, contribuir para a construção do entendimento de como se deu o avanço dos dispositivos de enfrentamento à violência contra as mulheres existentes atualmente.

Juntamente ao desenvolvimento dos movimentos feministas apresentamos as principais convenções e conferências internacionais entendendo que houve influência recíproca entre ambos.

De posse de tais entendimentos, discutimos o conceito de política pública e discorreremos sobre as conquistas brasileiras relacionadas ao combate à violência de gênero contra mulheres decorrentes dessas lutas.

Por fim, devido à centralidade do conceito de rede nas políticas de enfrentamento à violência, discutimos o entendimento do conceito e suas relações com a violência contra mulheres.

2.1 Os movimentos feministas e as convenções internacionais: a luta por direitos

Tendo em vista a complexidade e a variedade de elementos que gradualmente levaram as mulheres à tomada de consciência sobre a vivência de uma opressão específica contra elas, Kergoat (2009) afirma ser impossível datar o início propriamente dito dos movimentos feministas. Segundo a autora o que se tornou coletivamente evidente foi que:

(...) uma enorme massa de trabalho era realizada gratuitamente pelas mulheres - trabalho invisível, feito não para si, mas para outros e sempre em nome da natureza, do amor e do dever maternal (KERGOAT, 2009, p. 68).

Em decorrência disso, ao longo do século XX, os movimentos feministas colocaram em pauta a necessidade de reconhecimento de demandas específicas, como a importância de maior participação feminina nas esferas de poder e uma efetiva igualdade de direitos entre homens e mulheres.

A história dos feminismos ocidentais contemporâneos tem sido organizada em 'ondas', delimitadas por marcos temporais e por seus principais desdobramentos, considerados bases de mudanças sociais importantes.

A chamada primeira onda do feminismo iniciou-se no final do século XIX, a partir do momento em que mulheres inglesas, influenciadas pelo ideal de igualdade da revolução francesa, organizaram-se para a conquista de direitos civis e políticos, em especial do direito ao voto (CATOIA & SEVERI, 2013; PIMENTA, 2010).

No Brasil, entre fins do século XIX e as primeiras três décadas do século XX, como já havia ocorrido nos EUA e em outros países ocidentais, o advento da industrialização deslocou as mulheres do espaço privado para as ruas, espaço público por excelência. Apesar de tal deslocamento, esse processo, orientado por um viés patriarcal, quase não conferiu espaço para a ação das mulheres, o que deflagrou uma luta por direitos políticos (BRASIL, 2014a).

Sendo parte significativa da mão de obra empregada, ao terem contato com ideais anarquistas e socialistas trazidos por imigrantes, trabalhadoras brasileiras passaram a integrar lutas sindicais em busca de melhores condições de trabalho e

de combate às discriminações a que estavam submetidas (CATOIA & SEVERI, 2013).

Buscavam, entre outros pontos, redução da estafante jornada de trabalho - que variava entre 10 e 16 horas diárias -, liberdade de organização e expressão, acesso à moradia digna, limitação do trabalho infantil e alguma disciplina sobre o trabalho feminino (BRASIL, 2014a).

Nessa luta por direitos, iniciada a partir da desconstrução do modelo que durante muito tempo restringiu a participação das mulheres nos espaços sociais, foi dada ênfase especial à questão do sufrágio, entendido como um direito essencial para a obtenção de acesso a outras garantias legais (BRASIL, 2014a; CATOIA & SEVERI, 2013).

O movimento pela extensão do direito de voto às mulheres no Brasil foi encabeçado principalmente por mulheres oriundas da elite política brasileira, com destaque para a bióloga Berta Lutz que, por ter estudado fora do país, teve contato com o movimento sufragista inglês (BRASIL, 2014a).

Segundo afirmam Catoia e Severi (2013), discursos essencialistas justificavam os argumentos dos deputados da época contra a aprovação do direito ao voto feminino. Assim, além de uma suposta inferioridade biológica das mulheres para suportar os conflitos do 'mundo exterior', que restringiria sua participação na vida política, havia a questão da importância da mesma para a manutenção e estabilidade da vida familiar. Ou seja, as mulheres estavam biologicamente destinadas ao espaço privado da família e da vida doméstica, sendo inaptas para os espaços públicos e políticos, reservados apenas aos homens.

Criada por Lutz em 1922, a Federação Brasileira para o Progresso Feminino, se dedicou ao longo dos anos 1920 à luta pelo direito ao voto feminino, conquistado definitivamente em 1932 (BRASIL, 2014a). A conquista do direito ao voto, que reconhece as mulheres como cidadãs, é considerada um emblema da luta pela garantia de acesso aos espaços públicos, questão das mais relevantes para os movimentos feministas.

Porém, mesmo obtendo o direito de votar e ser votada, apenas uma mulher foi eleita para a Constituinte de 1934. Durante 60 anos, de 1932 até 1992, as mulheres brasileiras conseguiram obter no máximo 7% das cadeiras dos legislativos municipais. Em 1994, as mulheres ainda representavam apenas 8% nas

Assembleias Legislativas do país e 6% na Câmara Federal (BARSTED & HERMANN, 1999).

Visando mudar essa situação, foram promulgadas as leis 9.100/95 e 9.504/97 que garantem 30% das vagas dos partidos eleitorais para cada sexo, inaugurando uma política de cotas que objetiva reverter o caráter excludente do sistema político brasileiro nos aspectos de gênero.

Entretanto, os movimentos feministas entendem que a política de cotas ainda não resultou em apoio efetivo e adequado às candidaturas femininas, que nas eleições de 2004 contou com uma média nacional de 22% de candidatas para as câmaras municipais, resultando em apenas 12% de vereadoras eleitas (BARSTED & PITANGUY, 2011). Nas eleições para a Câmara Federal de 2010, dos 21,17% de candidatas mulheres, apenas 8,8% foram eleitas (AVELAR, 2013).

Segundo pesquisa de opinião pública desenvolvida pela Fundação Perseu Abramo (VENTURI & GODINHO, 2013), 44% da população brasileira acredita que a principal razão de haver menos mulheres que homens na política, ainda é nossa cultura machista. Ou seja, a percepção predominante no começo do século XX, de que as mulheres não possuíam competências para a vida pública, parece persistir.

O chamado ‘feminismo de segunda onda’, emergente em meados dos anos 1960 na Europa e EUA, descreve uma nova vertente dos movimentos feministas que ampliou a luta inicial por direitos abarcando, além das desigualdades políticas, o combate às desigualdades sociais e culturais (PIMENTA, 2010).

A crítica feminista desse período embasava-se principalmente em textos de intelectuais como Simone de Beauvoir e Betty Friedan, que recusavam as perspectivas biológicas da condição da mulher na sociedade. Eles apoiaram a refutação da ideia de que o significado da vida das mulheres estaria relacionado apenas ao âmbito doméstico, através do cuidado ao marido e filhos.

Assim, a segunda onda foi um período de ascensão e consolidação dos movimentos feministas de forma articulada com um diálogo teórico transdisciplinar que discutia o recém-criado conceito de gênero e consolidou a percepção de que as diferenças hierárquicas que limitavam a atuação das mulheres eram social e culturalmente construídas:

Ninguém nasce mulher: torna-se mulher. Nenhum destino biológico, psíquico, econômico define a forma que a fêmea humana assume no seio da sociedade; é o conjunto da civilização que elabora esse

produto intermediário entre o macho e o castrado que qualificam de feminino (BEAUVOIR, 1960, p. 9).

Questionando a construção social da diferença entre os sexos e as relações de poder entre homens e mulheres, o feminismo nessa época favoreceu a reflexão sobre o posicionamento desigual e injusto das mulheres na sociedade em decorrência de determinações culturais, políticas e econômicas, desvelando as implicações cotidianas dessa posição.

A partir do entendimento de que vida pessoal e individual eram estruturadas por fatores políticos, as mulheres passaram a organizar ações coletivas na busca de transformações em favor de direitos - posicionamento explicitado através da máxima “*o pessoal é político*” (PIMENTA, 2010).

No Brasil, depois das conquistas decorrentes da primeira onda do feminismo, as poucas organizações e movimentos de mulheres ativas nas décadas seguintes não obtiveram grande expressão, atuando de forma dispersa e fragmentada. Após um período de modernização iniciado nos anos 1950, marcado pelo desenvolvimento urbano, aumento do acesso à educação, crescimento dos meios de informação e contato com a realidade de outros países, criaram-se condições para a chegada da segunda onda feminista ao Brasil, em meados da década de 1970 (BRASIL, 2014a; MORAES & SORJ, 2009).

O feminismo brasileiro dessa época era amplo e heterogêneo, articulando lutas contra as formas de opressão das mulheres com as lutas pela redemocratização do país (ÁVILA & CORRÊA, 1999). Rago (2013) afirma que a grande coligação formada contra a ditadura militar vigente no país entre os anos de 1964 e 1985 aproximou as feministas - predominantemente oriundas da classe média - a outros grupos sociais, diversificando suas experiências para além do mundo existencial e político que viviam, unindo forças sociais até então distantes entre si:

A consequência da experiência histórica de participação das feministas em uma ampla aliança política foi a construção no Brasil, de um feminismo muito mais sensível às questões das desigualdades sociais, diferentemente do que ocorreu em outros países da América do Norte e Europa (MORAES & SORJ, 2009, p. 12).

As feministas passaram a lutar por respostas específicas para questões como a opressão da sociedade patriarcal, a discriminação no acesso ao trabalho, a violência, a assistência à saúde, à maternidade e à infância, a liberdade sexual, o direito de expressão e organização e a representação política - problemas que, ainda hoje, afligem diferentes mulheres (BRASIL, 2014a; MORAES & SORJ, 2009).

Nesse contexto, segundo Jelin (1994), ações promovidas pela ONU conferiram visibilidade mundial a questões específicas das mulheres e desempenharam um papel importante na promoção de debates tanto dentro dos movimentos de mulheres quanto nos movimentos de direitos humanos.

Desde a década de 1950, a ONU iniciou seus esforços na luta pelos direitos das mulheres através da criação da 'Comissão de Status da Mulher' que formulou, entre os anos de 1949 e 1962, uma série de tratados. Baseados na Carta das Nações Unidas (1945) e na Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), eles afirmavam que todos os direitos e liberdades humanos deveriam ser aplicados igualmente a homens e mulheres sem distinção (JELIN, 1994).

A chamada 'Década das Nações Unidas para as Mulheres' iniciou-se com a realização da I Conferência Internacional da Mulher, no México em 1975, considerada um marco fundamental para a atuação mais efetiva e organizada das mulheres na luta pela conquista de direitos (UN, 1976). Cenário e, ao mesmo tempo, produto das lutas das mulheres, o período iniciado nesse ano ficou conhecido como 'Ciclo Social das Nações Unidas' (1975-2000) e se caracterizou por tornar visíveis as disparidades entre homens e mulheres com base no gênero.

A partir de então, temas relacionados à condição das mulheres foram se tornando recorrentes como objeto de discussão e pesquisas nos meios acadêmicos e organizações partidárias (PIMENTA, 2010). Tratados internacionais passaram a enfatizar uma abordagem sobre a questão da violência articulada à discriminação contra as mulheres, entendendo ambos como formas de violação de direitos humanos (SEVERI, 2013).

Em 1979, a Assembleia Geral da ONU adota a Convenção para Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (CEDAW), conhecida como Lei Internacional dos Direitos da Mulher e considerada o principal instrumento internacional na luta pela igualdade de gênero (ONU, 1979).

Essa convenção, que visa à promoção dos direitos das mulheres e à repressão de quaisquer discriminações, reconhece como possíveis agentes de

violações os indivíduos, as empresas e organizações e os Estados. Além disso, prevê o compromisso dos Estados-parte em assegurar a efetivação do princípio de igualdade entre homens e mulheres adotando todas as medidas necessárias para isso (ONU, 1979).

A expressão ‘discriminação contra a mulher’ expressa na CEDAW significa toda a distinção, exclusão ou restrição baseada em sexo que tenha por objeto ou resultado o prejuízo ou anulação do reconhecimento ou exercício pela mulher - independentemente de seu estado civil -, dos seus direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos políticos, econômico, social, cultural e civil, ou em qualquer outro campo.

Assim, ao ratificar a CEDAW em 1984 - com algumas reservas definitivamente sanadas em 1994 -, o Estado brasileiro se comprometeu perante o sistema global a coibir todas as formas de violência e a adotar políticas destinadas a prevenir, punir e erradicar a violência de gênero contra mulheres.

Segundo o Estatuto da Corte Internacional de Justiça (ONU, 1945), as convenções criam obrigações legais, exigindo que os Estados signatários se organizem para a elaboração de novos ordenamentos jurídicos que deem conta de cumprir com os acordos firmados e recomendações feitas. A importância de tais dispositivos é, portanto, a garantia em nível internacional da prática de direitos humanos, já que suas recomendações incidem diretamente sobre a legislação e as políticas públicas dos países-membro.

Visando consolidar esse entendimento, presente na Constituição Federal (CF) de 1988, foi publicada em 2004 a Emenda Constitucional nº. 45, que acresceu um §3º ao artigo 5º da CF estabelecendo que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos serão equivalentes às emendas constitucionais se forem aprovados em cada casa do Congresso Nacional por três quintos dos votos dos seus membros (BRASIL, 2009a). Esperava-se com isso reforçar a interpretação de membros progressistas do Supremo Tribunal Federal sobre a constitucionalidade dos tratados internacionais no Brasil (PANDJIARJIAN, 2006).

Ainda no âmbito das conferências internacionais, em 1993 foi adotada pela ONU a Declaração Sobre a Eliminação da Violência contra as Mulheres (1993) que serviu de base para a elaboração da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará. Realizada pela Assembleia Geral da Organização dos Estados Americanos

(OEA) em junho de 1994, ela foi ratificada pelo Brasil em 1995 (MATTAR, 2008; OEA, 1994).

Esta convenção representa um marco contextual e conceitual para o entendimento da violência de gênero, por definir, em seu artigo 1º, o conceito de violência contra as mulheres. Ela ainda prevê o direito a uma vida livre de violência e reconhece a violência perpetrada ou tolerada pelo Estado ou seus agentes, onde quer que ela ocorra. Além disso, ela declara que toda mulher tem o direito de ser valorizada e educada livre de padrões estereotipados de comportamento e práticas sociais e culturais baseados em conceitos de inferioridade e subordinação (OEA, 1994).

Ainda em 1994 foi realizada a Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (também chamada de ‘Plataforma de Cairo’), que reconhece igualmente a necessidade da eliminação de todas as formas de violência contra as mulheres (PIMENTA, 2010). Os países signatários, dentre eles o Brasil, se comprometeram a adotar medidas integrais para a eliminação de todas as formas de violência contra mulheres, adolescentes e meninas, visando o avanço da igualdade de gênero e o aumento do poder das mulheres (ONU, 1994).

Para Moghadan (2000), a partir de tal conferência, a ação dos grupos de mulheres passou a ter um escopo internacional, o que significou um maior intercâmbio de informações, apoio mútuo - técnico e político -, estratégias comuns de ação e solidariedade transnacional.

Esse cenário acabou se configurando, segundo a autora, no processo de preparação para a IV Conferência Mundial da Mulher, ocorrida em 1995 em Beijing. Em relação às anteriores, esta conferência teve um maior impacto mundial, tanto no que diz respeito à participação - contou com 189 Estados e mais de 35.000 participantes - quanto no que tange ao tema principal das discussões: a igualdade entre homens e mulheres (MOGHADAN, 2000; UN, 1995).

A Declaração de Beijing é entendida como um marco internacional na luta pela igualdade por ter sido aprovada por unanimidade pelos países signatários. Ao concordarem que os direitos das mulheres são direitos humanos, os países-membro comprometeram-se “(...) *sem qualquer reserva, a combater estas limitações e obstáculos e a promover o avanço e o fortalecimento das mulheres em todo o mundo*” (PIMENTA, 2010; UN, 1995).

As convenções e conferências internacionais realizadas no âmbito das Nações Unidas, fortemente influenciadas pelos movimentos feministas, tiveram um papel fundamental para a garantia dos direitos reivindicados pelas mulheres por proporem novos marcos éticos e conceituais para a elaboração de leis e políticas públicas (MATTAR, 2008).

Assim, entre os anos de 1970 e 1980, devido à visibilidade de questões privadas, como a sexualidade, por exemplo, os movimentos de mulheres forçaram a incorporação de tais temáticas em leis e políticas públicas, produzindo uma profunda transformação nos direitos de cidadania (CATOIA & SEVERI, 2013).

Nesse período, as mulheres passaram a participar do campo social, suas demandas foram levadas a partidos políticos, centrais trabalhistas e sindicatos e, especialmente nos anos 1980, começaram a surgir políticas específicas, e diversas instituições foram criadas para tratar da questão feminina, principalmente nas áreas de saúde e de combate à violência. (BRASIL, 2014a).

Debates sobre o exercício dos direitos sexuais e reprodutivos enquanto condição de cidadania tiveram reflexos inclusive na Constituição de 1988. Ávila & Corrêa (1999) destacam algumas conquistas constitucionais relacionadas à temática que seguem balizando políticas e acirrando debates até hoje:

Na elaboração da nova Constituição, por efeito da pressão do movimento, com apoio do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, aprovou-se o artigo do planejamento familiar e impediu-se a inclusão da premissa de “direito à vida desde a concepção” no preâmbulo constitucional (ÁVILA & CORRÊA, 1999, p. 79).

Nos anos seguintes o feminismo cresceu e se diversificou - processo que ocorreu, segundo Rago (2013), pois assim como não há uma essência feminina, não haveria como existir um único feminismo capaz de atender todas as especificidades das mulheres.

Algumas estudiosas (GILLIS et al., 2007) entendem então que, a partir de 1990 inicia-se a chamada ‘terceira onda do feminismo’, caracterizada exatamente por essa ampliação das interpretações sobre a categoria ‘gênero’ incluindo questões de classe, etnia, idade e raça, debates sobre sexualidades e articulações dos feminismos com teorias pós-modernas.

Ao se organizarem autonomamente, e se mobilizarem em diferentes frentes de lutas, os feminismos – no plural, considerando que o termo se refere a um

conjunto extenso de saberes, valores e práticas - ampliaram suas vertentes de atuação em diferentes correntes do pensamento feminista.

A especificidade dos movimentos feministas atuais é entendida por muitos como necessária para uma compreensão mais adequada da variedade de relações sociais existentes. Para outros, porém, sua fragilidade estaria exatamente na perda de uma vertente de atuação comum contra a opressão masculina, a discriminação e a estrutura patriarcal (PIMENTA, 2010).

Seja trabalhando sobre uma base universal de mulher, seja sobre uma base física, todos os esforços feministas por intervenções sobre a ordem patriarcal e para a revisão crítica da noção cultural de família como uma instituição pertencente apenas à esfera privada, foram fundamentais na construção dos avanços vigentes (MORAES & SORJ, 2009).

Especificamente no que se refere ao enfrentamento da violência de gênero, os avanços conquistados pelos movimentos feministas nas últimas décadas são inegáveis. A avaliação sobre como se configuram as relações sociais e o diagnóstico preciso de onde está a ausência de direitos, gerou – e tem gerado – dispositivos potentes para a superação das desigualdades que se colocam nos distintos cenários da vida cotidiana.

2.2 Leis e políticas públicas para o enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres

Na língua portuguesa, o termo *política* pode assumir duas conotações principais que geram alguma dificuldade de distinção. Política (*politics* em inglês) pode ser definida, segundo Bobbio et al. (2002), como “a atividade humana para a obtenção e manutenção dos recursos necessários para o exercício do poder”. Já o sentido de política expresso pelo termo *policy* se refere às orientações para a decisão e a ação.

O termo ‘política pública’, vinculado ao segundo sentido da palavra *política* (*policy*), se refere exatamente às decisões políticas e ao processo de construção e atuação dessas decisões para o enfrentamento de problemas públicos (SECCHI, 2010).

Para alguns estudiosos do tema, que defendem uma ‘abordagem estatista’, as políticas públicas são monopólio de atores estatais, ou seja, o que determina se uma política é pública ou não, é a personalidade jurídica do protagonista. Assim, uma política seria pública apenas quando planejada e executada pelo Estado. Já os autores da chamada ‘abordagem multicêntrica’ atribuem o adjetivo ‘pública’ a uma política quando o problema que ela tenta enfrentar é público, não havendo necessariamente o privilégio da participação de atores estatais no seu processo de elaboração e execução. Nesse sentido, uma pluralidade de atores poderia ser protagonista no enfrentamento de problemas que são públicos (MATTOS & BAPTISTA, 2011; SECCHI, 2010).

Porém, mesmo com essa possibilidade, é evidente o destaque do Estado moderno em relação a outras instituições no estabelecimento de políticas públicas - uma das razões centrais para a sua existência. Mas é fundamental reforçar que:

(...) a essência conceitual de políticas públicas é o problema público. Exatamente por isso, o que define se uma política é ou não pública é a sua intenção de responder a um problema público, e não se o tomador de decisão tem personalidade jurídica estatal ou não estatal. São os contornos da definição de um problema público que dão à política o adjetivo ‘pública’ (SECCHI, 2010, p. 4).

Podemos afirmar, então, que as políticas públicas visam, através da elaboração de diretrizes e princípios norteadores, construir ações, regras e procedimentos que enfrentem determinados problemas - geralmente explicitados por movimentos sociais. Isso pressupõe que as políticas públicas traduzem em seu processo de elaboração, de implantação e em seus resultados, jogos de interesse e disputas em curso pela distribuição e redistribuição de poder (BRASIL, 2012c; MATTOS & BAPTISTA, 2011).

A recente articulação de políticas públicas com uma perspectiva de gênero ilustra tais disputas. As vozes e experiências das mulheres, historicamente alijadas da esfera de poder que desenhava e aplicava as políticas públicas, não eram consideradas legítimas. Assim, elas não estavam presentes nas tomadas de decisões e, tampouco, como destinatárias específicas das políticas (FARAH, 2004).

Visando transformar a situação social das mulheres e superar as desigualdades existentes, em meados dos anos 1970, os movimentos feministas

iniciam uma contribuição substancial para a inclusão da questão de gênero na agenda pública.

Apesar do conceito de gênero ser amplo e se referir às categorias relacionais de mulher-feminino, homem-masculino e examinar as relações de desigualdade e poder estabelecidas entre ambos, neste trabalho, ao nos referirmos a ‘políticas públicas de gênero’ aludimos às ações voltadas especialmente para a emancipação das mulheres.

Entendemos, portanto, que políticas públicas de gênero sejam aquelas que reconhecem as diferenças de gênero e, com base nesse reconhecimento, propõem ações diferenciadas visando garantir maior equidade entre homens e mulheres (BRASIL, 2012d).

Deste modo, sob o impacto dos movimentos feministas, a partir dos anos 1980 começam a ser implantadas as primeiras políticas públicas com um recorte de gênero no Brasil, algumas visando especificamente a resolução da problemática da violência contra as mulheres.

A política vigente no final dos anos 1970 favorecia a impunidade nos casos de assassinatos de mulheres, sob o argumento de “*legítima defesa da honra*”. Em 1976, a *socialite* mineira Ângela Diniz foi assassinada brutalmente por seu ex-marido Raul Fernando do Amaral Street (Doca Street), que não se conformava com o rompimento da relação. Levado a julgamento, ele foi absolvido por um respeitado jurista da época com o argumento de que teria matado “*em legítima defesa da honra*”. A grande repercussão do caso na mídia acarretou, entre outras reações, uma movimentação de mulheres em torno do lema “*quem ama não mata*” (MORAES & SORJ, 2009; BLAY, 2003).

Casos como esse confirmam Machado (2002), segundo quem a emergência do tema da violência doméstica no Brasil apresenta grandes contrastes com a realidade vivida em outros países:

Na França e nos EUA, enquanto a questão da violência conjugal vem à tona a partir das vivências cotidianas das mulheres e da denúncia do controle masculino sobre seus corpos, no Brasil, foi a visibilidade de alguns casos extremados de poder dos homens sobre a vida das mulheres, o elemento capaz de sensibilizar a opinião pública (MACHADO, 2002, p.3).

A partir dessa mobilização, surge em 1980 no Rio de Janeiro, a entidade autônoma SOS-Mulher que, além de oferecer atendimento social, jurídico e psicológico diretamente às mulheres, se tornou um espaço de reflexão sobre as possibilidades de mudanças das condições de vida delas (MASSULA, 2006).

Mantidas voluntariamente por feministas apesar das dificuldades e precariedades institucionais, iniciativas como essa começaram a surgir em outras capitais do país, como Porto Alegre e São Paulo (BLAY, 2003).

A questão da violência contra mulheres passou, a partir de então, a ter mais visibilidade e a sociedade civil começou a se organizar de forma mais coesa para criar mecanismos de fiscalização das ações do poder público. Neste momento, é criado na cidade de São Paulo o Conselho Estadual da Condição Feminina (CECF) - primeiro conselho ligado ao Estado -, uma antiga reivindicação dos movimentos feministas (PIMENTA, 2010).

Priorizando a temática da violência e fazendo frente às demandas de igualdade de gênero, esse conselho passou a propor a formulação de políticas públicas que promovessem o atendimento integral às vítimas de violência por serviços nas áreas de segurança pública, assistência social e psicologia (SANTOS, 2008).

No mesmo ano, e fortemente influenciado pelas reivindicações dos movimentos de mulheres, foi elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM, lançado em 1984 pelo Ministério da Saúde), anunciado como uma abordagem diferenciada da saúde das mulheres por incorporar a pauta dos direitos sexuais e reprodutivos (VILLELA & MONTEIRO, 2005).

Até o surgimento do PAISM, a preocupação prioritária das políticas de atenção à saúde das mulheres era focada nos grupos materno-infantis. Isso resultava, basicamente, em intervenções sobre os corpos das mulheres-mães visando assegurar que a saúde de seus filhos fosse adequada às necessidades sociais (D'OLIVEIRA, 1999; OSIS, 1995).

Uma das grandes implicações do conceito de gênero no campo da saúde foi justamente estruturar uma visão crítica em relação ao modelo que valorizava a mulher apenas por sua função materna. Deste modo, o conceito de atenção integral a saúde da mulher adotado pelo PAISM significou o rompimento com essa visão tradicional que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas apenas à reprodução.

Traduzindo em políticas públicas os conhecimentos e práticas gerados nos espaços feministas, o PAISM deu ênfase a cuidados básicos e ações educativas, incluindo assistência de qualidade ao pré-natal, parto e puerpério; prevenção de DST, do câncer cervical e de mama; e atenção a adolescentes e à menopausa. Mas, segundo D'Oliveira (1999), o grande marco do PAISM em relação a outros programas foi

(...) a politização pela tentativa ousada de incluir a discussão acerca das relações de poder no interior dos serviços de saúde, possibilitada pela inclusão de movimentos sociais (...) que chegam tematizando as relações de gênero classe e etnia (D'OLIVEIRA, 1999, p. 106).

Avaliações posteriores, porém, dão conta de que as políticas propostas pelo PAISM não se efetivaram nem em um terço de suas possibilidades. O seu processo de implantação se deu em um momento de transformações da política de saúde do país, exigindo a assimilação de novos princípios organizativos, como a descentralização e o Programa Saúde da Família (PSF). Outro obstáculo relacionado à efetiva implantação da política são as dificuldades políticas e administrativas do governo em sensibilizar e capacitar profissionais, em estabelecer estratégias para o trabalho intersetorial e em manter o diálogo com os movimentos feministas (FARAH, 2004; D'OLIVEIRA, 1999; OSIS, 1998).

Além disso, havia o obstáculo das matrizes culturais tradicionais de gênero, família e mulher. Até hoje, inclusive, entende-se que a incorporação das contribuições do PAISM para a política de saúde do país no que tange ao cuidado às mulheres, seja incipiente (COSTA, 1999).

Em 1985, também devido às reivindicações dos movimentos feministas, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), que deu uma estrutura formal de representação aos movimentos de mulheres e significou a institucionalização da agenda feminista pelo Estado (ÁVILA & CORRÊA, 1999).

A atuação do Conselho foi decisiva durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88), que contou com apenas 26 mulheres, mas conseguiu manter uma mobilização constante dos movimentos feministas junto aos constituintes, o que garantiu a incorporação da maioria de suas demandas ao texto da nova Constituição (BRASIL, 2014a).

Mas conforme declarou a ex-presidenta do CNDM, a atriz Ruth Escobar, a maior vitória do Conselho foi a criação, ainda em 1985, da Delegacia de Defesa da

Mulher (DDM)/Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM)¹, considerada a primeira política pública específica de combate à violência contra as mulheres no Brasil (PIMENTA, 2010).

Criada inicialmente na cidade de São Paulo, a DDM é tida como uma importante inovação institucional, sobretudo por ter introduzido o universo da lei, da justiça e da impessoalidade no âmbito privado (MORAES & SORJ, 2009). As autoras afirmam que, foi a partir de então, que a violência de gênero contra mulheres começou a ser entendida como um desvio da normatividade social e interpretada como um crime, passível de responsabilização e punição.

A norma técnica que padroniza o funcionamento das DDM foi publicada apenas em 2006 e revisada em 2010, após a ampliação de suas atribuições pela Lei Maria da Penha (Lei 11.340, de 2006). Basicamente, segundo a norma, a função legal das DDM é prevenir, investigar e reprimir os vários crimes cometidos contra mulheres. Sua importância estratégica - sistematicamente ratificada pelas políticas públicas de enfrentamento à violência - é ser a principal porta de entrada das mulheres a outras políticas de enfrentamento à violência e cuidado (BRASIL, 2010).

O acesso dos movimentos feministas à administração federal a partir dos anos 1990 diminuiu consideravelmente, o que teve um impacto direto na condução dos trabalhos do CNDM. Consequentemente, as capacitações em uma perspectiva feminista e de gênero oferecidas às policiais deixaram de ocorrer, prejudicando tanto a motivação das novas policiais em trabalhar nas DDM quanto o tratamento dado às mulheres que procuravam pelos serviços. Além disso, problemas estruturais existentes até hoje, como recursos obsoletos e falta de profissionais, já começavam a aparecer (SANTOS, 2008).

Mesmo com as dificuldades identificadas no atendimento oferecido pelas DDM, elas seguem sendo a principal política pública de enfrentamento à violência de gênero no país (SANTOS, 2008). Atualmente existem aproximadamente 374 DDM no Brasil, pelo menos uma em cada capital dos 26 Estados da federação e no Distrito Federal. No entanto, esse número é insuficiente e distribuído de forma desigual entre os municípios do território nacional já que apenas 7% deles possuem uma DDM, e 1/3 delas, está no Estado de São Paulo².

¹ Enquanto o serviço é chamado de Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) em todo o país, no Estado de São Paulo manteve-se o nome Delegacia de Defesa da Mulher, para marcar o pioneirismo do Estado na criação do serviço. Neste trabalho, por ter sido desenvolvido em um município do Estado de São Paulo, nos referimos ao serviço sempre como DDM.

² Dados obtidos na página da Secretaria de Políticas para Mulheres. Acessado em 26/01/2016.

Ainda buscando oferecer respostas à violência, em 1986 foi criado, também em São Paulo, o Centro de Orientação Jurídica (COJE), que oferecia orientações para as mulheres, além de assistência psicológica. Posteriormente foi criado o Centro de Convivência de Mulheres Vítimas de Violência Doméstica (COMVIDA), primeiro abrigo do país, com função de abrigar as mulheres em situação de violência em local sigiloso e protegido.

Nos anos seguintes, foi promulgada a nova Constituição Federal que, após 21 anos de ditadura militar foi um grande marco político-jurídico da transição democrática e da institucionalização dos direitos humanos no país. Assim como outras conquistas já citadas anteriormente, ela também reflete a mobilização das mulheres que conseguiram, através de uma forte campanha encabeçada pelo CNDM, a incorporação de 80% de suas reivindicações ao texto original da CF (FARAH, 2004).

Dentre as garantias conquistadas, consagradas em tratados e convenções internacionais dos quais o Brasil é signatário, estão a de igualdade entre homens e mulheres perante a lei (artigo 5º inciso I), a garantia de licença maternidade e paternidade (artigo 7º incisos XVIII e XIX), a proibição de diferença salarial para homens e mulheres (artigo 7º inciso XXX) e a igualdade de direitos e deveres na sociedade conjugal (artigo 226 §5º) (BRASIL, 2014a; BRASIL, 2009a). Além disso, a Constituição prevê a erradicação da violência contra as mulheres (artigo 226 §8º), direito reproduzido em diversas constituições estaduais e previsto em acordos internacionais assumidos pelo Brasil.

Apesar de a Constituição ter rompido com um sistema legal fortemente discriminatório em relação às mulheres, na prática essa igualdade formal ainda não é suficiente para o exercício pleno dos seus direitos. Isso ocorre, segundo Pandjarian (2006), porque como o aparato judicial ainda não reconhece a desigualdade de fato que existe entre mulheres e homens, não possui mecanismos que contemplem e superem as desigualdades e favoreçam o acesso das mulheres à justiça.

Nesse contexto de redemocratização do país e de intensas mobilizações por uma sociedade mais justa e igualitária ocorreu também um processo de reivindicação por políticas públicas universais para a garantia de direitos humanos básicos. No campo da saúde, esse movimento se fortaleceu com a bandeira da Reforma Sanitária.

A assistência à saúde nessa época tinha uma estreita vinculação com as atividades previdenciárias, e o caráter contributivo do sistema existente gerava uma

divisão da população em dois grandes grupos: previdenciários e não previdenciários (COHN & ELIAS, 2003).

Os cidadãos chamados de 1ª classe, contribuintes da previdência, tinham um acesso mais amplo à assistência, dispondo de uma rede de apoio provida pela previdência social por meio do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Já os cidadãos de 2ª classe, representados pelo restante da população (não previdenciários), tinham um acesso bastante limitado a serviços de saúde, restrito às ações de poucos hospitais filantrópicos e entidades assistenciais (BRASIL, 2003a; COHN & ELIAS, 2003).

O Ministério da Saúde (MS) e as secretarias de saúde dos estados e municípios desenvolviam, fundamentalmente, ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias.

A desarticulação entre serviços e os prejuízos à saúde da população - empobrecida, entre outros fatores, devido à intensa migração do campo para as periferias das cidades motivada pelo modelo de desenvolvimento econômico - gerou na comunidade de profissionais, de sanitaristas e na própria sociedade, um intenso desejo de transformação dos paradigmas da assistência à saúde:

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde não como uma questão exclusivamente biológica a ser resolvida pelos serviços médicos, mas sim como uma questão social e política a ser abordada no espaço público (PAIM et al., 2011, p.18).

Em 1986 a VIII Conferência Nacional de Saúde, marco da reforma sanitária brasileira vem coroar esse amplo processo de mobilização nacional ao assumir a saúde como um direito do cidadão e delinear os fundamentos de um dos maiores instrumentos de justiça social já produzido no Brasil, o SUS (PAIM et al., 2011).

Durante a Assembleia Nacional Constituinte (1987-88) o movimento pela reforma sanitária garantiu a consagração de seus princípios e diretrizes na Constituição de 1988, em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2009a, p. 143).

Com esse artigo fica definida a principal diretriz do SUS que é a universalidade de sua cobertura. Além disso, as ações e serviços públicos de saúde devem integrar uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes básicas: descentralização, com direção única em cada esfera de governo, atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, equidade e participação da comunidade (BRASIL, 1990).

A partir das definições legais estabelecidas pela Constituição e pela Lei Orgânica de Saúde (Lei 8080/90), se iniciou o processo de implantação do SUS, orientado pelas Normas Operacionais Básicas (NOB) - instituídas por meio de portarias ministeriais (NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/01) - que definem as competências de cada esfera do governo e as condições necessárias para que os estados e municípios pudessem assumir as novas posições no processo de implantação do SUS (LEVCOVITZ et al., 2001).

Diante desse processo, pode-se considerar que a origem do SUS não se encontra no Estado ou em governos, mas no interior da sociedade civil organizada através de movimentos sociais. Neste aspecto, o papel dos movimentos de mulheres, tanto durante a formulação quanto na longa jornada de implantação do SUS, é inegável. O avanço, ainda que insuficiente, no debate sobre sexualidade, reprodução, violência e poder hegemônico do saber médico, reflete a inserção de algumas das demandas dos movimentos feministas no campo da saúde.

Os anos seguintes à criação do SUS foram muito produtivos no tocante às legislações relativas às mulheres. Um ambiente governamental mais favorável, movimentos sociais melhor organizados e a ação de diversas ONG especializadas na temática das mulheres caracterizaram a década de 1990 (BRASIL, 2014a).

Nesse contexto, foram aprovadas no Congresso Nacional, entre outras, leis que estabelecem cotas de mulheres para as candidaturas em partidos políticos (leis nº 9.100/95 e 9.504/97), a lei que regulamenta a união estável como entidade familiar (lei nº 9.278/96) e a Lei do Planejamento Familiar (lei nº 9.263/96).

Também foi publicada a Lei nº 9.099/95 que criou os Juizados Especiais Cíveis e Criminais (JECRIM), que objetivavam ampliar o acesso da população à justiça mediante os princípios de celeridade, possibilidade de conciliação e aplicação de penas alternativas. Os crimes e contravenções julgados nesse novo sistema eram denominados '*delitos de menor potencial ofensivo*' (PASINATO, 2007).

Os movimentos feministas prontamente rejeitaram a aplicação dessa lei aos casos de violência contra as mulheres por entenderem ser uma lei que:

Não favorecia a prevenção e a punição e, portanto, não contribuía para a erradicação desta violência. Mais grave ainda, vinha contribuindo para exacerbar o sentimento de impunidade e alimentar o preconceito e a discriminação contra as mulheres (PASINATO, 2007, p. 8).

A década de 1990 também foi marcada pela adesão do Brasil a importantes acordos internacionais de direitos humanos (OEA, 1994; UN, 1979) e pela inserção do tema da violência contra as mulheres no campo da saúde.

O reconhecimento pela Organização Mundial da Saúde (OMS) desta questão como um grave problema de saúde pública se deu devido à grande prevalência da violência e às consequências danosas à saúde do envolvidos. O papel dos movimentos feministas nesse processo foi fundamental, por desvelar as cadeias que aprisionavam as mulheres no espaço de procriação, com uma consequente redução de sua dimensão humana (ÁVILA & CORRÊA, 1999; WHO, 1997).

Desde então, diversos estudos - nacionais e internacionais - têm sido desenvolvidos, com um aumento significativo de conhecimentos gerados sobre o tema. Nesse rol estão presentes estudos sobre a prevalência do fenômeno da violência contra mulheres em diversos países e regiões do Brasil, sobre suas consequências e fatores associados à sua ocorrência, e ainda, sobre a produção do cuidado às mulheres em situação de violência – tema ao qual se refere este trabalho.

No Brasil, o Ministério da Saúde, comprometendo-se oficialmente com tal entendimento, publica em 1999 a primeira norma técnica para a prevenção e tratamento de agravos decorrentes de violência sexual (reeditada e ampliada em 2005 e 2012), ação importante para garantir às mulheres nessa situação o acesso a um atendimento integral e humanizado (BRASIL, 2012a).

Dentre os serviços regulamentados por essa norma, estão aqueles que realizam as interrupções de gravidez previstas pelo código penal brasileiro - a saber, risco de vida para a gestante e gravidez resultante de estupro (BRASIL, 1940). Mais recentemente, em 2012, o Supremo Tribunal Federal também incluiu nesse rol os casos de anencefalia do feto.

Apesar da existência dessa garantia legal desde 1940, Faúndes et al. (2007) afirmam que até recentemente era excepcional que mulheres nessas condições

conseguissem interromper sua gravidez em um hospital público, em um contexto legal. Isso porque os primeiros serviços para a realização de abortamentos previstos por lei foram criados apenas no início dos anos 1990.

Foi nesse contexto que o Conselho Nacional de Saúde aprovou a Resolução nº 258/1997, solicitando ao Ministério da Saúde a regulamentação da lei de 1940, o que incidiu diretamente sobre a oferta do aborto legal pelo SUS (ARILHA & BERQUÓ, 2009).

Logo depois, em 1999, é publicada a primeira norma técnica para atendimento a situações de violência sexual, com sua reedição já em 2002, trazendo como principal mudança a não exigência de apresentação de Boletim de Ocorrência para a realização do procedimento.

Desde então, principalmente devido aos esforços contínuos dos movimentos de mulheres, em conjunto com algumas associações profissionais, tem havido uma ampliação do acesso ao abortamento legal e seguro em quase todo o território nacional. Atualmente, estão credenciados no MS como serviços que realizam o procedimento, 43 estabelecimentos³.

Apesar desse aumento progressivo nos últimos anos, nem todos os estabelecimentos credenciados no MS realizam, de fato, o procedimento. Segundo uma pesquisa nacional do total de serviços, 70% declararam fazer o procedimento, mas destes, apenas 11% efetivamente o fizeram nos últimos 12 meses. Dos casos atendidos, apenas 5,6% eram em decorrência de estupro (informação verbal)⁴.

Visando reverter tal situação, em 2014 foi sancionada a Portaria nº 485 que redefine o funcionamento dos serviços de atenção a pessoas em situação de violência no âmbito do SUS (BRASIL, 2014b). A partir de então, o Ministério da Saúde passou a afirmar que o procedimento de interrupção de gestação previsto em lei pode ser realizado em qualquer estabelecimento do SUS que ofereça serviços de obstetrícia.

Porém, a questão do direito ao abortamento seguro - mesmo nos casos previstos por lei -, ainda é um tabu entre a população e também entre profissionais. Devido à

³ Essa informação não foi encontrada disponível nos sites do Ministério da Saúde e da Secretaria de Políticas para as Mulheres em consulta realizada no dia 04/07/2016. Se tal informação estiver disponível em tais sites, não é de fácil acesso. Ela foi encontrada, na mesma data, apenas no site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), sistema bastante técnico e de difícil entendimento para quem não atua na área da saúde.

⁴ Informação obtida de Dr. Anibal Faúndes no XVIII Fórum Interprofissional sobre violência sexual contra a mulher e implementação do aborto previsto na lei, em São Paulo, em março de 2012.

difficuldade de acesso aos serviços, milhares de mulheres morrem ou são internadas todos os anos em consequência de complicações decorrentes de abortos inseguros.

Ainda em busca de maior equidade, nos últimos anos, foi produzida uma considerável legislação referente às mulheres. Esse processo foi marcado por um novo desenho institucional para o tratamento dos temas relativos às mulheres: a criação da Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) em 2003, que deu maior visibilidade às demandas femininas e passou a promover a articulação entre os órgãos estatais responsáveis pela execução de políticas públicas para mulheres⁵ (BRASIL, 2014a).

Já em 2004, conduzida pela SPM, foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres que elaborou o 'Plano Nacional de Políticas para as Mulheres', lançado em 2005.

O Plano traduzia em ações o compromisso do Estado de enfrentar as desigualdades entre mulheres e homens e outras desigualdades sociais. Para isso, previa trabalhar em uma perspectiva de gênero e construir uma atenção integrada e humanizada para mulheres em situação de violência por intermédio da ampliação do número de serviços especializados, articuladas às demais políticas públicas (BRASIL, 2005).

Ao longo da década seguinte pode-se observar o crescimento em todo o país do número de órgãos estaduais e municipais voltados para as mulheres - coordenadorias, secretarias, assessorias, superintendências e diretorias específicas, que eram apenas 13 em 2003 e passaram a ser 101 já em 2005 (BRASIL, 2014a).

Os serviços especializados também se multiplicaram. Em 2013, segundo dados da SPM (informação oral)⁶ havia 78 abrigos para mulheres em risco de vida devido à violência doméstica; 231 centros de referência; 500 DDM, 45 defensorias públicas especializadas; 46 promotorias especializadas, 12 serviços de responsabilização dos autores de violência; 100 juizados ou varas adaptadas de violência doméstica e familiar contra mulheres; 443 instituições de saúde para atendimento a mulheres em situação de violência sexual.

⁵ Em junho de 2016, a Secretaria de Políticas para Mulheres foi extinta pelo governo, então interino, de Michel Temer e incorporada ao Ministério da Cidadania.

⁶ Informação obtida de Rosângela Rigo durante palestra proferida no Seminário "Violência contra a mulher e a rede intersectorial: a busca pela integralidade do cuidado", realizado em Ribeirão Preto, SP, em novembro de 2014.

Na saúde o compromisso em inserir a questão da violência no escopo de suas ações ganhou reforço quando o Ministério da Saúde regulamenta a Lei 10.778/2003 que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência atendidos em serviços de saúde públicos e privados - considerada um marco no enfrentamento à violência (BRASIL, 2003b).

Entendendo os serviços de saúde como um local privilegiado para a identificação de situações de violência, a notificação tem a finalidade de gerar dados para o planejamento de políticas públicas de enfrentamento do problema. Essa vigilância epidemiológica da violência complementa as análises já realizadas com dados dos sistemas de mortalidade e morbidade hospitalar, revelando mais detalhes sobre as características da mulher, do provável autor de agressão (sua cor, idade, classe social) e sobre as circunstâncias do evento. Trata-se de uma estratégia útil para detalhar os casos menos graves que não seriam registrados pelos tradicionais sistemas de informação em saúde, além de revelar tipos de violência – como a doméstica e a sexual - que ainda permanecem veladas em nossa sociedade (BRASIL, 2011a).

Segundo a lei, a notificação compulsória dos casos de violência tem caráter sigiloso. Assim, a identificação da mulher fora do âmbito dos serviços de saúde somente poderá ocorrer em caráter excepcional, caso haja algum risco à comunidade ou a ela própria (BRASIL, 2003b).

Apesar de sua importância e mesmo com as previsões legais que protegem tanto mulheres quanto profissionais que notificam, pesquisas mostram que ainda existe uma enorme subnotificação dos casos de violência no Brasil (SILVA et al., 2013; D'OLIVEIRA et al., 2009).

Para Souza et al. (2015) isso ocorre porque, além do desconhecimento sobre a função da notificação - recorrentemente confundida com a denúncia policial -, existe uma resistência dos profissionais em tratar a questão da violência como um problema de saúde. Alegam também que a organização do processo de trabalho e a sobrecarga de tarefas prejudica a realização de tal procedimento.

Ainda refletindo o comprometimento do MS com a garantia dos direitos das mulheres, o tema da violência também foi incluído entre os prioritários, ainda em 2003, através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM, publicada em 2004). Desenvolvida em parceria com diferentes setores da sociedade, o PNAISM assume, entre outros, o compromisso com a atenção à saúde de mulheres em situação de violência através da organização de redes integradas

de proteção, articulação de ações de prevenção de agravos e a promoção do empoderamento feminino (BRASIL, 2004).

Visando ampliar o acesso das mulheres às informações e serviços, foi criada pela SPM em 2005 a 'Central de Atendimento Ligue 180', serviço telefônico de utilidade pública destinado a atender gratuitamente mulheres em situação de violência oferecendo informações e recebendo denúncias. Recentemente ampliado para o atendimento de mulheres residentes em outros países, o relatório de balanço do serviço, publicado em 2014, refere uma média de duas mil ligações diárias (BRASIL, 2014a).

Mas a grande conquista brasileira para o enfrentamento da violência contra as mulheres ainda estaria por vir.

Diante da demora do Brasil em cumprir os compromissos firmados nas convenções internacionais de direitos humanos, o país foi denunciado à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA por um grupo de ONG, com o intuito de pressionar o governo. O caso que ilustrou a omissão do Estado brasileiro diante de violações de direitos humanos contra mulheres foi o de Maria da Penha Maia Fernandes, que ficou paraplégica após anos de violência perpetrada por seu marido, que nunca foi punido (SANTOS, 2010).

Após a avaliação do caso, a OEA conjuntamente com o Comitê da CEDAW recomendou que o Brasil desse prosseguimento e intensificasse o processo de reforma legislativa para evitar a tolerância do Estado à violência.

Um grupo de trabalho interministerial analisou e discutiu amplamente o material elaborado por um consórcio de ONG feministas. A apreciação da proposta na câmara federal envolveu a sociedade civil por meio de audiências públicas realizadas durante 2005 em vários estados brasileiros (SANTOS, 2008; MASSULA, 2006).

Refletindo um processo de absorção ampla de demandas feministas pelo Estado, após muitos anos de luta, em 7 de agosto de 2006 foi sancionada a Lei 11.340, dando cumprimento tanto à Convenção de Belém do Pará como à CEDAW. Conhecida como Lei Maria da Penha, ela tipifica a violência doméstica como uma forma de violação dos direitos humanos, oferece penas mais duras aos agressores e maior proteção judicial e policial às mulheres em situação de violência (BRASIL, 2006a).

A Lei incorporou a demanda feminista por serviços integrados, prevendo o encaminhamento das mulheres a programas e serviços que devem funcionar de forma articulada buscando garantir um cuidado integral. As medidas protetivas

previstas, que visam tanto intimidar o autor da violência quanto preservar a integridade física e moral da mulher, incluem entre outras, a obrigatoriedade da polícia fornecer transporte necessário às mulheres e acompanhá-las para a retirada de pertences de casa (RÉ & RODRIGUES, 2013; BRASIL, 2006a).

Na esfera punitiva, a Lei Maria da Penha proíbe a aplicação das chamadas ‘penas alternativas’ e outros benefícios da Lei nº 9.099/95, como a transação penal, a aplicação de multas - convertidas em cestas básicas - e a suspensão condicional do processo. Isso ocorre porque o conceito de violência doméstica adotada pela Lei ultrapassa a noção dos crimes de lesão corporal leve e/ou ameaça previstos no código penal, deixando de ser considerados crimes de menor potencial ofensivo.

Para substituir os JECRIM, a Lei institui os Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher criando um mecanismo judicial específico, com competência cível e criminal (CHOUKR, 2011).

Apesar de todas as medidas previstas, os debates em torno da aplicação da Lei têm-se centrado em suas medidas criminais, restringindo, como nos anos 1980, o enfrentamento da violência a uma questão meramente criminal. Isso coloca o movimento feminista diante de um paradoxo entre não permitir essa restrição ou permitir, enfatizando a criminalização como um recurso simbólico de ameaça e de conscientização social (SANTOS, 2008).

Portarias que regulamentam a Lei Maria da Penha, explicando o papel de cada setor no cuidado à violência e discutindo estratégias para a (re)organização dos serviços em redes intersectoriais, vêm sendo publicadas desde sua promulgação, em um claro compromisso do Estado com o enfrentamento da violência contras as mulheres.

O Pacto Nacional para o Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, acordo federativo entre as três esferas de governo para o planejamento de ações que consolidem a Política Nacional de Enfretamento à Violência Contra as Mulheres, afirma que um dos eixos estruturantes no combate à violência é a ampliação e o fortalecimento do trabalho em redes (BRASIL, 2011b).

Sendo assim, a construção dessas redes de serviços se constitui em uma das estratégias mais relevantes e desafiadoras para lidar com um problema complexo e multifacetado como esse.

2.3 O conceito de 'rede', sua estrutura e funcionamento

Quando pensamos em rede, usualmente nos remetemos à imagem de uma estrutura ou desenho organizacional caracterizado por uma grande quantidade de elementos dispersos espacialmente e que mantêm alguma relação entre si. Porém, essa imagem tradicional não é suficiente para caracterizá-la enquanto um sistema com propriedades e com um modo de funcionamento específico.

Há diferentes conceitos relacionados à ideia de rede. Estudiosos da área de administração relacionam rede a conglomerados de organizações, normalmente compostos por uma empresa mãe, seus fornecedores e colaboradores (TOYAMA et al., 2004). Lopes e Moraes (2000) entendem rede como um conjunto de relações interpessoais que não necessariamente estão conectadas de forma consciente ou voltadas para um objetivo comum.

Já para Inojosa (1999) rede é um projeto deliberado de organização da ação humana - com um padrão organizativo e seu modo de operação correspondente - que ajuda atores sociais a empreenderem e promoverem uma transformação social:

(...) rede é aquela que se tece com a mobilização de pessoas físicas e/ou jurídicas, a partir de um problema que rompe ou coloca em risco o equilíbrio da sociedade ou as perspectivas de desenvolvimento social. Nas redes, as relações nascem e se nutrem de uma visão comum sobre a sociedade ou sobre determinada questão social e da necessidade de uma ação solidária (INOJOSA, 1999, p. 120).

Por ter características não institucionais de organização, uma rede requer um modo de operação distinto das formas tradicionais, hierárquicas e burocráticas. Assim, redes são organizadas fundamentalmente de forma horizontal. Isso significa que elas não comportam a noção piramidal e nem mesmo de um centro já que, dependendo do ponto de vista e de partida do diagrama, cada ponto conectado pode vir a ser seu centro (MARTINHO & COSTA, 2003; CAPRA, 2001).

Hierarquia se relaciona com poder e, portanto, uma organização sem hierarquia pressupõe um processo no qual o conjunto dos elementos que a compõe esta ordenado sem a necessidade de qualquer governo ou controle externo:

Primeiro, a rede dilui o poder, que é repartido pelo conjunto dos nós. Cada participante possui dessa forma, um pouco do poder geral, sendo que apenas a ação da rede, como conjunto, exerce o poder de

forma plena. Assim, cada participante é apenas um colaborador do todo, um pedaço incompleto que só se torna inteiro quando integrado ao conjunto. Ao mesmo tempo, a rede está inteira em cada ponto, na medida em que a rede além de distribuir o poder, realiza uma operação de potencialização ou fortalecimento de cada um. Cada nó pode ser o centro do sistema, podendo funcionar como representante ou assumir-se como detentor de todo poder. Ele deixa de ser um pedaço para torna-se um meio pelo qual o conjunto se exerce (MARTINHO & COSTA, 2003, p.46).

Tal entendimento tem raízes no pensamento de Foucault (1979), segundo o qual o poder “*é menos uma propriedade que uma estratégia*”. Diferentemente da tradição da Ciência Política, para Foucault o poder não está localizado ou centrado em um detentor, e nem tampouco como algo que se transmite por meio de contratos jurídicos ou políticos. O poder é, para ele, uma prática social constituída historicamente e que está em constante transformação. Sendo assim, o poder está em toda parte - não em instituições ou sujeitos, mas nas relações sociais existentes, dissolvido em todo o tecido social. (FOUCAULT, 1979).

Se em uma rede prevalecem situações de paridade, ou seja, em que se estabelecem relações de equilíbrio e equidade, não há uma cadeia de comando e ninguém se insubordina a ninguém. Isso exige uma forma de trabalhar amplamente baseada em cooperação e decisões compartilhadas (CAPRA, 2001).

A comunicação se torna um elemento fundamental nesse processo e, sendo assim, não se configura apenas como o meio pelo qual se dá a interação entre os pontos da rede. Ela é, sobretudo, um elemento necessário para a organização e regulação do sistema em si.

Portanto, uma rede não é apenas uma estrutura que facilita a comunicação entre elementos, ela é, essencialmente, uma forma organizacional definida pela comunicação. Nesse sentido, Martinho & Costa (2003) afirmam que “*estabelecer conexões nada mais é que estabelecer vias de comunicação*”.

Se rede é uma forma de organização que pode ser definida pela comunicação, tudo o que é feito nela pode ser visto sob a ótica da circulação de informação. Essa concepção, segundo Martinho & Costa (2003):

(...) aponta a necessidade de considerar a gestão de informação como o principal componente do modelo de gestão da rede, o seu aspecto estratégico. Compatível com o caráter descentrado da rede, a comunicação não pode ser de mão única e a distribuição da

informação deve se dar de forma descentralizada e não linear. Cada nó é, ao mesmo tempo, receptor e produtor ativo de informações.

Podemos considerar que existe qualidade em uma rede quando a informação flui. Já quando ela fica concentrada ou represada, entende-se que há um processo de desconexão em curso (CAPRA, 2002; WHITAKER, 2003).

Sendo assim, o poder de uma rede estaria então, na sua capacidade de estabelecer conexões, chamada de 'conectividade'. Isso porque, de nada adianta um grande número de pontos se eles estiverem desconectados. Portanto, a medida de uma rede é o número de suas conexões e não de pontos: *“Muitos pontos pouco interligados tem menos qualidade de rede do que poucos pontos profundamente conectados”* (MARTINHO, 2001).

Sob tal perspectiva, pode-se considerar que são os relacionamentos estabelecidos entre os pontos que dão qualidade de rede ao conjunto formado por eles. Dizendo de outra forma, é exatamente o fenômeno de produção das conexões que constitui a dinâmica de uma rede (CAPRA, 2002).

A ideia de rede então, se refere a uma proposta de trabalho coletivo, no qual seus integrantes se ligam horizontalmente a todos os demais – diretamente ou através dos que os cercam – e as informações circulam. O conjunto resultante é como uma malha de múltiplos fios que pode se espalhar para todos os lados sem que nenhum dos seus nós possa ser considerado central ou principal (MARTINHO & COSTA, 2003; WHITAKER, 1993).

Além de tais princípios estruturais e dinâmicos que caracterizam as redes, Emerbayer & Goodwin (1994) trazem mais um elemento importante sobre sua composição. Eles afirmam que na constituição das redes convivem atores em relação, permeadas por ideais, quadros discursivos e mapas cognitivos formados por ideologias políticas e discursos culturais. Tais arranjos podem afastar ou aproximar os sujeitos que a integram e, sendo assim, as afinidades entre as atitudes de tais sujeitos e suas trajetórias biográficas teriam um peso considerável nas possibilidades e qualidade das conexões estabelecidas.

2.4 Redes para a produção de um cuidado integral a mulheres em situação de violência

A importância da atuação em rede para o cuidado às situações de violência contra as mulheres é um consenso mundial. No Brasil a articulação em rede é prioritária para a implantação das políticas públicas de enfrentamento à violência. Isso decorre do entendimento de que devido à complexidade do fenômeno da violência e às suas diversas consequências, não é possível que apenas um serviço ou setor atenda às necessidades existentes de forma adequada.

O conceito de rede utilizado pela SPM se refere à atuação articulada entre serviços governamentais, não governamentais e comunidade, visando ações que garantam o empoderamento das mulheres, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada, tendo em vista à integralidade do cuidado oferecido (BRASIL, 2011c).

Figura 2. Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres.

Fonte: BRASIL, 2011c.

A integralidade, um dos princípios doutrinários do SUS, alude à capacidade de oferecer respostas abrangentes e adequadas às necessidades dos sujeitos, articulando a dimensão curativa à prevenção (individual e grupal) e à promoção da saúde, dando visibilidade a questões sociais e culturais (AYRES, 2009; PINHEIRO & MATTOS, 2006).

Tal conceito apresenta-se como um paradigma para pensar a perspectiva da atenção às situações de violência em rede, pois conduz a valores como justiça, democracia e efetividade de acesso a práticas de cuidado, tendo sempre em vista a garantia dos direitos humanos.

A integralidade pressupõe não apenas o atendimento dos sujeitos como um todo, mas também a oferta de cuidado a todas as suas necessidades nos diferentes níveis de atenção. Como o setor saúde – e nenhum outro setor - dispõe de conhecimentos e tecnologias suficientes para isso, é previsto o estabelecimento de redes.

Assim, para que a integralidade seja efetiva, é necessário que haja a chamada ‘intersectorialidade’. Definida como um modo de gestão desenvolvido por meio de processo sistemático de articulação, planejamento e cooperação entre distintos setores da sociedade, ela é fundamental para intervir em determinações sociais (BRASIL, 2012c).

A intersectorialidade é, portanto, uma prática social construída para enfrentar os limites da cultura organizacional, marcada historicamente por ações isoladas e setorializadas onde os serviços, produtos e ações são ofertados separadamente. Exatamente por isso, ela vem sendo alçada como dispositivo privilegiado para produção da integralidade do cuidado (COUTO & DELGADO, 2010).

Nesse sentido, Monnerat & Souza (2009) afirmam que é preciso: “(...) *buscar no paradigma da integralidade uma análise global dos problemas e na estratégia de gestão intersectorial a promoção de práticas sociais mais eficazes em relação à questão social*”.

A articulação em rede pode gerar ações e saberes intersectoriais e a intersectorialidade implica em compartilhar poderes, construir novas linguagens, práticas e conceitos, processo fundamental para o estabelecimento de redes. O que se cria então é uma relação de retroalimentação altamente produtiva e com um grande potencial transformador.

Os princípios da prática intersetorial são a corresponsabilidade, a cogestão e a coparticipação entre os diversos setores e políticas em prol de um projeto comum, o que implica no estabelecimento de relações de poder horizontais e processos de pactuação para o enfrentamento de conflitos. Essa ideia remete ao conceito de rede discutido anteriormente, cuja prática requer articulação, vinculações, ações complementares, relações horizontais entre parceiros e interdependência entre serviços.

Essa perspectiva da intersetorialidade representa um grande desafio na medida em que promove uma ruptura com o modelo tradicional de gestão que tende à departamentalização, desarticulação e à setorialização das ações e das políticas públicas. Também estimula e requer mecanismos de envolvimento da sociedade, demandando a participação dos movimentos sociais nos processos decisórios sobre a qualidade de vida de que dispõem (BRASIL, 2011b; BRASIL, 2005).

Outro desafio posto pela atuação intersetorial – e por que não dizer, em redes –, é o trabalho interprofissional. Isso, porque o que caracteriza a intersetorialidade é a possibilidade de síntese de práticas. No entanto, essa possibilidade exige o reconhecimento dos limites de poder e de atuação dos setores, instituições e pessoas. Este reconhecimento de insuficiência não é propriamente fácil, especialmente para quem goza das condições oferecidas pelo poder institucional (MONNERAT & SOUZA, 2009).

Uma equipe multiprofissional pode ser entendida como um grupo constituído por profissionais de diferentes áreas e saberes que, por meio da comunicação, da cooperação, do compartilhamento de informações e da interdisciplinaridade tem por finalidade potencializar ações e práticas (BRASIL 2012).

O trabalho interprofissional, assim como o intersetorial, não pode ser entendido como resultado da mera justaposição de projetos realizados de maneira setorial. Deve transcender essa lógica, pois supõe a complementariedade entre os saberes e, assim, *“as prioridades não serão setoriais, mas definidas a partir de problemas da população, cujo equacionamento envolve ações integradas de vários atores”* (SCHUTZ & MIOTO, 2010).

Apesar de muitos profissionais já atuarem em serviços multiprofissionais e de forma multidisciplinar e articularem suas ações, o trabalho interdisciplinar não é tarefa fácil de concretizar. Segundo Hanada et al. (2010) isso se deve ao fato dos serviços e profissionais identificarem as necessidades de sua clientela, definirem

finalidades para suas intervenções e atuarem realizando recortes na realidade, organizando seu trabalho de acordo com suas áreas de conhecimento e setor social em que atuam.

Assim, enquanto para as equipes de cada tipo de serviço o problema a ser enfrentado é parcial e focado no que é específico do setor no qual estão inseridos, para as pessoas que buscam por cuidado, o problema é único. Portanto, para a efetivação da integralidade, é necessário criar um projeto assistencial comum, tanto no interior dos serviços quanto na rede intersectorial, o que implica no (re)conhecimento da compreensão do objeto e delimitação de intervenção dos outros com quem se pretende compor, podendo assim, construir um objeto integral, único.

Essa composição, entretanto, só se torna possível segundo Hanada et al. (2010) quando se têm consciência do caráter parcelar de seu objeto e de suas ações na composição da ação integral. O desafio é compor com as linguagens específicas de cada setor assistencial e de cada profissão, superando as divergências quanto à concepção do objeto e formas de intervenção, o que possibilitaria uma articulação integradora.

Por isso, a promoção de mecanismos que favoreçam o diálogo e os fluxos de informação e comunicação, assim como nas redes, é enfatizada como fundamental para a efetivação de práticas intersectoriais. Esses aspectos são considerados cruciais para equilíbrio das diferentes formas de pensar dos atores envolvidos e das disputas de poder que atravessam a concretização de tais ações (MONNERAT & SOUZA, 2009).

As tentativas de constituição de redes de enfrentamento à violência de gênero contra mulheres se inserem nessa lógica. Elas buscam dar conta da complexidade da violência e do caráter multidimensional do problema, que perpassa várias áreas como saúde, educação, segurança pública, assistência social, justiça e cultura (BRASIL, 2011b).

Devido à configuração fragmentada e desarticulada das políticas públicas, a construção de redes intersectoriais é uma estratégia política complexa.

Devido à centralidade da ideia de rede no enfrentamento à violência contra as mulheres, muitas pesquisas vêm sendo desenvolvidas nos últimos anos relacionando tais temas. Elas abordam questões como a função das redes sociais na busca por ajuda, a relação entre o uso de redes virtuais e vulnerabilidade

feminina, a organização da sociedade civil para o enfrentamento do problema e a atuação articulada entre diferentes serviços e setores para a produção do cuidado.

Tais artigos utilizam uma variedade enorme de termos para se referirem às diferentes ideias de rede que abordam. Em uma revisão integrativa realizada com 204 artigos publicados entre os anos de 2004 e 2015, foram encontrados 93 diferentes termos, muitas vezes usados concomitantemente em um mesmo artigo, para se referir a uma mesma ideia de rede.

Entendemos que essa falta de consenso quanto ao uso de terminologias para se referir a cada uma das ideias de redes existentes pode trazer confusão no entendimento sobre o tipo de rede abordado pelas pesquisas. Além disso – e mais importante -, essa multiplicidade de termos pode dificultar a articulação ao atrapalhar o diálogo entre os participantes de tais redes.

Visando evitar tais problemas, definimos para esta pesquisa o uso do termo ‘rede intersectorial’ para nos referirmos à atuação integrada entre serviços governamentais e não governamentais, ‘rede social’ para designar os amigos, familiares e vizinhos com quem as mulheres se relacionam; ‘rede de enfrentamento’ para nos referirmos às leis, políticas e aos movimentos oriundos da sociedade civil organizada visando a efetivação de direitos e ‘rede de proteção’ para o conjunto formado pelas pessoas, serviços, sociedade civil organizada, leis e políticas existentes. Outras redes citadas foram tratadas sempre associadas aos adjetivos a que se referem (por exemplo, ‘rede virtual’).

Apesar da vasta produção científica existente sobre o tema das redes, como o foco dessa pesquisa são as redes intersectoriais, nos detemos à apresentação de dados revisados referentes a elas.

Grande parte dos estudos sobre redes intersectoriais e violência contra mulheres visam conhecer as práticas desenvolvidas pelos serviços e entender como se configura a articulação necessária para o trabalho intersectorial. Assim, podemos afirmar que o foco principal tem sido a qualidade da assistência oferecida por cada setor, sua capacidade de responder às demandas das mulheres e a possibilidade de articulação existente.

Em relação às práticas, estudos avaliam que ainda existe um despreparo dos profissionais para trabalhar tanto com o tema da violência, quanto em uma perspectiva intersectorial. Esse fato faria perdurar um histórico de práticas preconceituosas e discriminatórias - principalmente nos setores de justiça e

segurança pública – que reforçam estereótipos tradicionais de gênero e dificultam a oferta efetiva de cuidados (SILVA et al., 2015; TAVARES, 2015).

Meneghel et al. (2011) afirmam que, como a maior parte dos serviços não trabalha em uma perspectiva de gênero, acabam por reiterar práticas pouco emancipatórias, prescritivas e normatizadoras que reforçam a manutenção das relações abusivas.

Além disso, em muitos serviços, a escuta é focada apenas na queixa, gerando a chamada ‘invisibilidade’ da violência. Isso inibe tanto o acolhimento integral quanto a realização de encaminhamentos responsáveis e efetivos, revelando um descompasso entre a demanda das mulheres e a oferta de cuidados (SANTOS, 2015; SILVA et al., 2015; BARBOSA et al., 2014; MENEZES et al., 2014; D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; MENEGHEL et al., 2011).

No mais, a excessiva mobilidade de profissionais no setor público - insuflados e desmontados a cada novo governo – e a descontinuidade nas políticas públicas, reforça a fragmentação e despreparo dos envolvidos na produção do cuidado, segundo Schraiber et al. (2012).

Ainda referente aos cuidados, segundo pesquisas, há muitos encaminhamentos setoriais e para serviços especializados, caracterizando uma ‘desobrigação’ dos serviços gerais de prepararem-se para atender situações de violência. Isso seria reforçado pelos processos gerenciais pouco comunicativos e que não encorajam a autonomia dos seus profissionais (SCHRAIBER et al., 2012).

Especificamente em relação ao cuidado oferecido às situações de violência pelos setores de segurança pública e justiça, os estudos destacam a ineficiência das ações punitivas quando há descumprimento de alguma medida protetiva. Isso, segundo os autores, levaria a uma descrença nos serviços e dificultaria a efetividade dos encaminhamentos e da busca por ajuda (SANTOS, 2015; SILVA et al., 2015; MENEGHEL et al., 2011).

Ações visando aprimorar o trabalho no setor de segurança pública têm sido pesquisadas, como um estudo que avaliou o impacto da construção de um ‘modelo baseado em regras’ para oferecer suporte à tomada de decisão dos profissionais em uma DDM. Os resultados apontam que iniciativas como essa são efetivas para diminuir as dificuldades de articulação com outros serviços da rede intersectorial e evitar os encaminhamentos de mulheres a setores não essenciais (SOUZA et al., 2012).

Relacionado às dificuldades encontradas com o cuidado oferecido pelo setor saúde, os estudos se referem à excessiva medicalização dos casos de violência, sensibilidade apenas a situações de violência sexual - principalmente àquelas que ocorrem fora do domicílio e com crianças e adolescentes - e resistência quanto à prática da notificação. Isso decorreria da dificuldade em reconhecer o trabalho com violência como sendo do escopo da saúde (MENEZES et al., 2014; SCHRAIBER et al., 2012; MENEGHEL et al., 2011).

Em relação à articulação entre os serviços, pesquisas reconhecem que eles mantem-se atuando de forma fragmentada – os fluxos são obscuros, não são pensados em função dos casos e os sistemas de referência e contrarreferência são ineficazes. Assim, a comunicação entre os serviços ocorre quase que exclusivamente por encaminhamentos individuais e o percurso das mulheres não é acompanhado (SILVA et al., 2015; KISS et al., 2007).

A existência de racionalidades operacionais diversas e, muitas vezes, conflitantes nos diferentes setores, torna o reconhecimento mútuo bastante difícil (SCHRAIBER et al., 2012; MENEGHEL et al., 2011; KISS et al., 2007). Além disso, cada serviço possui um senso sobre o que fazer bastante autocentrado e egocêntrico visando, muitas vezes, mais sua autopromoção do que uma interação efetiva, o que é problemático quando se visa cultivar a integração (HAESELER, 2013).

Assim, apesar de em alguns locais ser possível identificar parcerias estabelecidas, de uma forma geral, há um desconhecimento sobre os procedimentos básicos dos outros serviços, além de bastante desconfiança quanto à qualidade do que pode ser oferecido por eles (MENEZES et al., 2014; HAESELER, 2013; SCHRAIBER et al., 2012; SANTOS & VIEIRA, 2011).

Essa realidade gera, entre outros problemas, a chamada ‘Rota Crítica’, fenômeno descrito pela Organização Panamericana de Saúde que se refere exatamente à situação na qual a mulher faz uma trajetória de idas e vindas entre os serviços, repetindo os mesmos caminhos diversas vezes, sem resultar em nenhuma mudança, causando um desgaste emocional e uma nova vitimização (SCHRAIBER et al., 2012; GROSSI et al., 2012; MENEGHEL et al., 2011, OPAS, 1998).

As dificuldades evidenciadas pelas pesquisas mostram que, apesar da centralidade do tema das redes intersectoriais nas políticas para enfrentamento da

violência, a operacionalização de um trabalho articulado, baseado nos princípios citados anteriormente, ainda é um desafio a ser conquistado.

Pesquisas são consensuais em relação à importância do estabelecimento de canais oficiais de comunicação entre os serviços e setores, visando à construção de projetos assistenciais comuns, em que cada serviço e profissional tenha uma contribuição parcelar, mas interdependente nas práticas de cuidado. Além disso, o estabelecimento do diálogo é fundamental para compartilhar intervenções assistenciais, diminuir lacunas e evitar duplicidade de serviços oferecidos (MENEZES et al., 2014; SCHRAIBER et al., 2012; HAESELER, 2013; KISS et al., 2007).

A elaboração de protocolos assistenciais comuns também é um caminho apontado por alguns estudos para o desenvolvimento de um trabalho em rede (KISS et al., 2007). É importante reforçar, porém, a ideia já citada anteriormente, de que redes são estruturas flexíveis, com diferentes graus de articulação, sem comando único ou porta de entrada definitiva. Isso significa conforme ressalta Santos (2015), que mesmo com protocolos estabelecidos, nem sempre o mesmo conjunto de serviços deverá ser acionado, ou a mesma rota ser percorrida pelas diferentes mulheres.

O fortalecimento de um órgão democraticamente responsável pela articulação entre os serviços e pela formação e supervisão dos profissionais também é uma estratégia levantada como necessária para a efetivação do funcionamento de uma rede (HAESELER, 2013; SANTOS & VIEIRA, 2011). Já que impera o princípio da verticalidade nas redes, tais órgãos funcionariam mais como animadores do que como líderes da rede, mediando a comunicação e favorecendo o conhecimento mútuo entre os setores e serviços (GOMES et al., 2012).

Uma experiência desenvolvida nos EUA, relatada por WHITAKER et al. (2007) mostrou que essa estratégia de uma agência líder pode ser favorável à articulação em rede. Nesse caso, a criação de espaços de colaboração entre os serviços para a realização de treinamentos transversais mostrou-se efetiva para a compreensão sobre o que era oferecido pelos outros serviços e o aumento da confiança mútua, favorecendo a comunicação e o processo de encaminhamentos entre as instituições.

Estudos também afirmam ser fundamental o aumento do número de serviços disponíveis e a criação de novos uma vez que é necessário oferecer alternativas

assistenciais às mulheres e à sua família. Serviços previstos como centros de referência ainda entendidos por muitos como essenciais à concretização de práticas intersectoriais efetivas (SILVA et al., 2015; MENEZES, et al., 2014; D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; HAESELER, 2013; SANTOS & VIEIRA, 2011).

Um estudo desenvolvido em um Centro de Referência para mulheres em situação de violência, serviço especializado constituído por profissionais de diferentes setores, mostra, porém, que as dificuldades encontradas para a efetivação de um trabalho em rede em um único espaço, não diferem muito das identificadas para a articulação intersectorial. Apesar de ocuparem um mesmo espaço físico, fluxos mal construídos, comunicação falha, profissionais despreparados e isolamento de outros serviços também se mostraram barreiras existentes em tal contexto (COSTA et al., 2013).

Capacitações e supervisões são favoráveis, mas Garcia-Moreno et al. (2014) afirmam que apenas a disseminação de informações e realização de treinamentos são insuficientes para garantir mudanças consistentes no cuidado às situações de violência. Para isso, tais ações devem ter como objetivo o combater a violência institucional, a banalização da violência e o julgamento moral das mulheres. Além disso, devem favorecer um maior zelo pelo compartilhamento de decisões e pelo compromisso ético com as ações tomadas (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER; 2013; SANTOS & VIEIRA, 2011).

Nesse sentido, o desenvolvimento de estratégias como o CONFAD (Conflitos Familiares Díficeis) se mostram bastante efetivas. O CONFAD é uma técnica de conversa específica, que visa produzir orientações aos casos de violência atendidos na atenção primária a saúde, e encontrar formas de resolução. Visando à emancipação das mulheres, o trabalho é desenvolvido a partir de uma perspectiva de integralidade, de defesa de direitos sexuais e reprodutivos e de crítica à desigualdade de gênero (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Visando estabelecer um espaço qualificado de escuta e acolhimento no interior dos serviços, o trabalho do CONFAD prevê a reflexão sobre a origem e consequências da violência, identificação da rede de proteção e possibilidades existentes, compartilhamento de informações sobre a rede intersectorial e construção compartilhada de novos projetos de vida. Tal processo conecta tanto a mulher quanto o próprio serviço a toda rede intersectorial existente, que deverá estar

mapeada e devidamente conhecida para que encaminhamentos responsáveis possam ser realizados (D'OLIVEIRA et al., 2009).

A perspectiva de proteção de direitos humanos e sociais é apontada como uma referência comum possível para nortear as articulações entre os diferentes setores que atendem mulheres em situação de violência. Essa noção, porém, exige o reconhecimento básico das mulheres como sujeitos de direitos, capazes de ter autonomia sobre suas vidas e sobre suas decisões (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2013; HAESELER, 2013; SCHRAIBER et al., 2012).

Por fim, Menezes et al. (2014) afirmam que o reconhecimento, pelas próprias mulheres, de que são sujeitos de direitos, também é fundamental para que possam reivindicar a existência e melhoria dos serviços. Para isso, fortalecer instâncias comunitárias e divulgar leis e políticas existentes é essencial (SANTOS & VIEIRA, 2011).

Pode-se concluir que, apesar dos avanços ocorridos nas últimas décadas, a realidade dos serviços e das redes intersectoriais no que se refere à atenção à mulher em situação de violência, ainda é bastante precária e insatisfatória já que as necessidades dessas mulheres ultrapassam o que é oferecido.

Os esforços das mulheres na busca por ajuda serão mais efetivos quanto melhor forem as respostas encontradas. Por isso é fundamental que os serviços e os profissionais disponíveis tenham condições de atendê-las mais adequada e satisfatoriamente, uma vez que o funcionamento pouco eficaz dos serviços tira a força da prevenção e dos encaminhamentos.

Apesar de haver numerosos tratados e documentos que traçam medidas para o combate a violência contra as mulheres, sua efetivação depende da articulação efetiva dos diversos atores existentes, bem como da integração entre conhecimentos e tecnologias específicas.

Para isso, não basta somente garantir acesso a todas as mulheres e pactuar uma distribuição equânime que contemple necessidades diversas. É preciso também, deter-se ao que é feito e de que maneira é feito.

Capítulo 3 - Micropolítica do processo de trabalho: considerações sobre a hospitalidade necessária para cuidar do Outro

*Apenas aquele que suporta a experiência da privação da casa
pode oferecer hospitalidade.*

Jacques Derrida

A perspectiva desse trabalho é a da produção de cuidado a mulheres em situação de violência visando uma atenção integral, seja através de ações reparadoras, de ações preventivas ou promotoras de uma vida sem violência.

A estrutura racionalista e das verdades científicas, presente desde o advento do iluminismo, impôs uma existência regida por uma regularidade que se afirma no igual e rejeita o desconhecido. Desse modo, é dada ênfase em ao aprofundamento em determinados tipos de conhecimento em detrimento da atenção à diversidade.

Nesse processo, o artifício de dividir e separar em pequenos pedaços para gerar conhecimento, criou-se uma percepção ilusória do sofrimento humano, tomado como fruto de fatores individuais e de decisões meramente pessoais. As práticas de cuidado, centradas em conjuntos de técnicas e procedimentos, constituíram-se como um bem a serviço da reprodução e manutenção do *status quo*, tornando-se insuficientes para a superação dos complexos problemas que afligem as pessoas.

Para pensar em processos de cuidado capazes de transformar essa realidade, é necessário alterar o foco de uma visão centrada em serviços, para uma compreensão de que é na coletividade que o cuidado se faz integral. Para isso, precisamos ampliar as fronteiras que limitam os espaços - físicos e simbólicos - dos serviços e dos profissionais.

Nesse sentido, este estudo buscou compreender os processos de trabalho - tanto para a produção do cuidado, quanto para a produção da articulação - necessários para a construção da integralidade que o enfrentamento de um problema multifacetado como a violência, exige. Abordamos a questão desde o plano ético, definido por Rios (2011) como a dimensão reflexiva que busca o sentido das ações e faz a mediação entre as dimensões política e técnica.

O que nos interessa, portanto, é compreender como o cuidado é gerado em razão dos processos de trabalho concretamente produzidos a partir dos encontros

entre profissionais e usuárias, e também, entre profissionais de diferentes instituições e setores.

Entendemos que para cuidar de alguém - ainda mais de forma integral - é necessário ter competências específicas e habilidades técnico-científicas. Mas isso não é suficiente já que também é preciso estar preparado e disponível para o diálogo, priorizando práticas e espaços que valorizem os encontros. Só assim, sendo 'com o outro', poderemos enriquecer nossos processos de cuidado.

Visando nos aproximar de um 'paradigma do hóspede', adotamos conceitos da micropolítica do processo de trabalho, desenvolvidos especialmente por Merhy (2013; 2002; 1997). Tradicionalmente utilizados para analisar o trabalho em saúde, aqui os utilizamos para discutir a questão da produção do cuidado a mulheres em situação de violência. Posteriormente, discorreremos sobre a dimensão ética do cuidado a partir do conceito de 'hospitalidade' de Derrida (2013; 2003), tomando-o como um dispositivo potente tanto para o enfrentamento de situações de sofrimento quanto para o estabelecimento das articulações necessárias à construção da integralidade.

3.1 Considerações sobre a micropolítica do processo de trabalho e sobre a produção do cuidado.

Guattari (1987) define micropolítica como a arte ou ciência que cada um possui de governar seus próprios espaços de trabalho, suas relações, enfim, sua vida. Pode-se afirmar a partir de tal definição, que a micropolítica é uma maneira de ver a realidade recortando-a a partir do campo de forças dos afetos e desejos, campo este que, embora sentido, nem sempre está explícito. Podemos dizer, portanto, que a problemática da micropolítica não se situa no nível da representação, mas no nível da produção da subjetividade.

Esse processo, chamado de 'subjetivação' por Guattari & Rolnik (2013), não é do domínio do natural, ele é da ordem do fabricado e se processa contínua e dinamicamente de acordo com experiências vividas e com valores culturais internalizados.

Umas das experiências que produz novas formas de entender e agir no mundo, ou seja, novas formas de subjetivação é o trabalho. Se ao produzir ações e serviços trabalhadores produzem a si mesmos, pensar no processo de trabalho a partir de sua micropolítica significa aproximar-se do protagonismo dos trabalhadores e dos usuários e da possibilidade de construir outros modos de produzir cuidado - e, por que não dizer, de produzir sujeitos.

Para entendermos tais questões, é necessário resgatar brevemente o conceito de trabalho para Marx (1980), que o define como uma ação intencional sobre o mundo, visando à produção de bens – materiais ou simbólicos – para satisfazer necessidades.

Buscando exemplificar as especificidades do trabalho humano, Marx compara o trabalho de um arquiteto ao de abelhas. Segundo ele, uma colmeia, produto gerado pelo trabalho das abelhas, será sempre igual - construída com os mesmos materiais e da mesma forma, o que indica a existência de um padrão fixo e instintivo para a sua fabricação (MARX, 1980).

Já no trabalho do arquiteto, o produto a ser fabricado – uma casa, por exemplo -, é pensado antes de ser concretamente construído. Essa intencionalidade presente no processo de trabalho humano é uma das características que o diferencia do trabalho animal: *“No término do processo de trabalho surge um resultado que já estava presente idealmente desde o início na representação do trabalhador”* (MARX, 1980).

Para os homens, diferentemente do que ocorre com os animais, há diversos significados sobre o que é morar e sobre como morar, e essa construção mental anterior ao processo de trabalho em si, oferece um sentido à finalidade de realizar o projeto pensado. Assim, se estabelece uma relação estreita entre a finalidade do trabalho e a forma como ele será efetivado (MARX, 1980).

Não sendo o homem um ser apenas de necessidades, mas sim, um ser de desejos, ele inventa suas próprias necessidades. Nesse processo - nem sempre explícito -, desejos e necessidades se confundem e, por isso, diferentes casas são construídas, de diferentes formas.

Em um processo de trabalho humano, seja ele qual for sempre existirão quatro componentes presentes de modo permanente: o trabalho em si (1), o conjunto de elementos a ser transformados (2) e as ferramentas utilizadas para isso (3). Para que tais elementos sejam articulados de forma a tornar a realização do

projeto possível, é preciso organizá-los a partir de um saber-fazer (4). Ou seja, para que um produto exista, não basta apenas que ele seja pensado e que estejam disponíveis ferramentas, matéria-prima e força de trabalho. É preciso que haja um determinado saber tecnológico que unirá os elementos disponíveis para transformá-los no produto final desejado/necessário (MARX, 1980).

Nesse contexto, é chamado ‘trabalho vivo’ o trabalho em si do sujeito produtor, o trabalho criador em ato. Todos os produtos-meio envolvidos no processo de trabalho, como ferramentas, matérias-primas e mesmo os saberes já estruturados, são chamados de ‘trabalho morto’, cristalizações resultantes de um trabalho vivo anterior (MERHY, 2002; 1997).

O trabalho morto sempre influencia o processo de trabalho atual, mas isso acontece de formas distintas com os diferentes produtos-meios existentes. Matérias-primas e ferramentas dificilmente serão modificadas pelo trabalho vivo em ato, diferente do que ocorre com a organização do trabalho e os saberes, que podem sofrer influências diretas do trabalhador real que está atuando (FRANCO & MERHY, 2013).

O momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima. Porém o exercício desse grau relaciona-se com a presença simultânea das quatro dimensões anteriores, o que permite dizer que deve haver processos de trabalho bem diferenciados nos modos como estas relações simultaneamente ocorrem (MERHY, 2002, p. 45).

Segundo Merhy (2002), o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto varia de acordo com o contexto, mas ele sempre ocorre em alguma medida: *“Onde há trabalhadores produzindo, há essa polarização, independente do que se produz”*. À razão entre trabalho vivo e trabalho morto que compõe o núcleo tecnológico de um processo de trabalho, dá-se o nome de ‘Composição Técnica do Trabalho’ (CTT) (FRANCO & MERHY, 2013).

Em processos de produção de cuidado, se a razão existente for centrada no trabalho vivo, há indícios de uma relação entre trabalhador e usuário de implicação mútua e da existência de diretrizes de acolhimento, de estabelecimento de vínculo e de corresponsabilização. É importante registrar, porém, que a CTT não é mensurável por ser um analisador qualitativo das tecnologias de cuidado presentes no processo de trabalho.

Tecnologias de trabalho, especificamente do campo da saúde, vem sendo debatidas de forma sistemática há alguns anos. Mendes-Gonçalves (1994) propôs uma diferenciação entre as tecnologias inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho – chamadas por ele de ‘tecnologias materiais’ – daquelas do conhecimento técnico, as ‘tecnologias não materiais’. Essa primeira diferenciação foi importante por reconhecer o conhecimento como uma tecnologia.

Dando continuidade aos estudos sobre essa questão, Merhy (2002; 1997) estabelece três categorias de tecnologias, caracterizadas simbolicamente como componentes de uma valise e vinculadas, respectivamente, à mão, à cabeça e ao espaço relacional do trabalhador.

As ‘tecnologias duras’ seriam aquelas inscritas em máquinas e ferramentas, sempre programadas à priori; as ‘leve-duras’ seriam as tecnologias que se referem aos saberes necessários à produção e organização do trabalho, que possuem uma parte dura, que é a técnica definida anteriormente, e uma leve, referente à forma como cada trabalhador a aplica; e, por fim, as tecnologias ‘leves’ seriam as relacionais, relativas ao jeito ou atitude próprias de cada profissional e, portanto, vinculadas à sua subjetividade (FRANCO & MERHY, 2013; MERHY, 2002; 1997).

Nos processos de trabalho, podem ocorrer situações em que há um domínio do uso de tecnologias duras ou leve-duras, uma valorização de instrumentos em detrimento de uma atitude acolhedora ou do diálogo (tecnologias leves). Pode-se dizer que processos como esse estão capturados pelo trabalho morto, ou seja, estão determinados pela pré-programação de uma máquina ou centrados em procedimentos.

Já, quando há um comando do trabalho vivo, o trabalhador tem uma margem de liberdade para ser criativo e experimentar novas formas de organizar seu processo de trabalho. Se pensarmos tais arranjos a partir da Composição Técnica do Trabalho, podemos afirmar que:

(...) a Composição Técnica do Trabalho, quando favorável ao trabalho morto, reflete um processo de trabalho, tecnologias duras dependente, voltado à produção de procedimentos e quando, ao contrário, houver predominância do trabalho vivo em ato, haverá uma produção do cuidado centrado nas tecnologias leves (FRANCO & MERHY, 2013, p. 141).

Em uma perspectiva marxista, o trabalho está subordinado ao propósito de expansão do domínio capitalista, o que ocorre através da exploração e alienação dos trabalhadores dos meios de produção (MARX, 1980). Essa alienação é caracterizada exatamente pela cisão entre elaboração e execução de projetos, divisão do trabalho manual e intelectual e operacionalização de rotinas e normas repetitivas e destituídas de sentido, geradas pela crescente especialização e fragmentação do trabalho (ANTUNES, 1995). Podemos pensar que quanto mais dominado pelo trabalho morto estiver o processo de trabalho, mais alienado estará o trabalhador.

Nesse sentido, segundo Campos (2000), a alienação se configura exatamente ao se tentar reduzir os sujeitos-trabalhadores à sua objetividade máxima, diminuindo ao mínimo possível seus desejos e interesses. Mais do que extrair, a alienação impede ganhos de autonomia, ou seja, dificulta a construção dos sujeitos como seres com vontade e potência. Assim, os trabalhadores passam de seres criativos que intencionam ações, a meros objetos passivos aos processos sociais dos quais participam.

Para Marx (1980), a superação da alienação estaria vinculada à criação de um mundo solidário em que houvesse lugar para todos. Essa possibilidade não se configura, segundo Campos (2000), por não haver espaço no cotidiano da vida laboral para o exercício da subjetividade, da ousadia, da criatividade e para a composição com outros sujeitos.

O investimento em tecnologias relacionais potencializaria a centralidade do trabalho vivo nos processos de trabalho, aspecto fundamental para a vivência da subjetividade e, conseqüentemente, para a superação da alienação (MERHY, 1997).

Na produção do cuidado, essa dimensão da composição com outros sujeitos é basilar. Isso porque, ela ocorre essencialmente de forma subjetiva, o que significa dizer que o trabalho de cuidar se dá exatamente na intervenção de um sujeito com o outro, a partir dos encontros que ocorrem entre ambos – encontros esses permeados por experiências de vida, prazeres, dores e sofrimentos (SÁ & AZEVEDO, 2013).

Para seguir discutindo a questão da produção do cuidado dessa perspectiva, será importante retomarmos os conceitos de ‘necessidade’ e ‘demanda’ utilizados tradicionalmente no campo da saúde. Tais conceitos são fundamentais para pensarmos a respeito das necessidades assistenciais das mulheres em situação de

violência, das demandas aos serviços e setores envolvidos no enfrentamento do problema e da produção do cuidado decorrente disso.

As demandas de usuários aos serviços de saúde representam uma busca por satisfazer necessidades que, segundo Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996) “*são originárias de carecimentos ocorridos na vida cotidiana, em função do modo como se vive e, pois, dependentes de contextos de classe social, raça, etnia ou situação de gênero*”.

Necessidades são carecimentos percebidos como situações passíveis de serem sanadas e, exatamente por haver esse reconhecimento, há uma busca por satisfazê-las.

Ao procurar por ajuda em um determinado serviço, segundo Mendes-Gonçalves (1992), as solicitações a ele dirigidas são feitas na cultura própria desse serviço. Assim, é a própria forma como se organiza a oferta da assistência pelos serviços que acaba conformando o perfil de uso e procura dos serviços aos padrões do que é ofertado.

Schraiber et al. (2012) acreditam que essa circularidade de oferta-demanda que ocorre no setor saúde desenvolve-se em todos os setores sociais de prestação de serviços, determinando as demandas que cada setor e profissional reconhece como sendo, ou não, do seu campo de atuação:

(...) diante dos diversos setores de prestação de serviços e de suas vocações assistenciais, que são os âmbitos ou escopos já dados de atuação de cada qual, já existem determinadas ofertas organizadas de assistência e cuidados (polícia; jurídica; médica-sanitária; psicológica; etc.) e que respondem a necessidades igualmente já definidas (de segurança; de direitos legais; de saúde física e mental; etc.) (SCHRAIBER et al., 2012, p. 8).

Essa determinação do que é oferecido por cada setor/serviço limita a possibilidade de uma intersectorialidade efetiva. Devido à complexidade da questão, para cuidar de forma integral de mulheres em situação de violência, é preciso que haja uma intervenção transversal aos serviços existentes.

Esse processo, chamado de ‘contexto instaurador de necessidades’ por Schraiber & Mendes-Gonçalves (1996), permitiria “*a proposição de novas necessidades, gerando outras demandas ou respondendo às demandas existentes de modo diverso ao tradicional*”, possibilitando a visibilidade de carecimentos até então invisíveis (SCHRAIBER et al., 2012).

O trabalho em rede pode favorecer exatamente essa interconexão de ações que se completam, necessária às trocas intersubjetivas presentes na produção do cuidado. Na prática, para viabilizar isso, seria preciso que os profissionais, além de compartilhar um projeto assistencial comum, tivessem a dimensão de suas limitações e, conseqüentemente, da necessidade de complementaridade de seus trabalhos (SCHRAIBER et al., 2012).

Esse movimento, porém, nem sempre é simples, pois pressupõe uma condição fundamental – e pouco visível - de tolerância à ausência e renúncia à onipotência autossuficiente.

Nesse cenário teríamos um encontro caracterizado por ocorrer entre um sujeito portador de uma necessidade – que emerge como uma demanda - e outro, identificado como portador de tecnologias capazes de atender ao que é demandado. O que se constrói a partir disso é um ‘espaço interseção’ em que a produção do cuidado e/ou da articulação, ocorre em ato:

A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro (FRANCO & MERHY, 2013, p. 174).

Segundo Merhy (1997), porém, a compreensão sobre o quê se busca e sobre o quê se produz nos espaços ‘interseções’, exige o entendimento de ‘necessidade’ para além da ideia de algo ausente que procuramos para consumir. É preciso acessar a dimensão da necessidade como expressão de um desejo, entendido aqui, no sentido mais amplo do termo:

(...) Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores (GUATARRI & ROLNIK, 2013, p.215)

Sendo assim, pela centralidade de sua dimensão relacional e intersubjetiva, a produção do cuidado e da articulação é altamente exigente de trabalho psíquico. Um dos desafios nesse sentido, é que as pessoas não se veem apenas como apoio ou fonte de conforto, mas igualmente como fonte de ameaça, o que impõe sérios limites à disposição para a solidariedade e para o cuidado com o outro:

Estão em jogo aqui os processos identificatórios e sua importância quando se trata das possibilidades de solidariedade e do cuidado. Do mesmo modo, lidar com a dor, com a morte, com o sofrimento e com os corpos dos outros, pode despertar (...) sentimentos contraditórios, fantasias e desejos difíceis de controlar, como por exemplo, piedade, compaixão, amor, ódio e ressentimento, nojo e repulsa (SÁ & AZEVEDO, 2013, p. 43).

A presença de linhas de forças muito específicas nesse processo, garante que esse encontro é único, ou seja, faz diferença quem está se encontrando. Por isso, para criar contextos instauradores de necessidades, ou seja, ampliar as possibilidades de identificação de demandas e oferta de cuidados efetivos - e mesmo para viabilizar a ocorrência de articulação em rede entre os serviços -, é preciso reconhecer os desejos em disputa nos encontros estabelecidos.

3.2 Sobre a hospitalidade necessária para cuidar do Outro

Vivemos uma dinâmica social na qual o aumento da violência e a intensificação de comportamentos perversos geram uma banalização cada vez maior das injustiças sociais e dos sofrimentos infligidos aos outros. Para Dejours (1999) esse distanciamento funciona como uma defesa contra a consciência dolorosa da própria cumplicidade e responsabilidade pelo agravamento da adversidade social.

Segundo essa perspectiva, trabalhadores que atuam com a produção do cuidado/articulação, dispõe de várias defesas - individuais e coletivas - para minimizar seus sofrimentos:

As estratégias coletivas de defesa contra o sofrimento no trabalho tem papel paradoxal: não apenas evitam que os trabalhadores enlouqueçam a despeito das pressões que enfrentam, mas desempenham um papel essencial na própria estruturação dos coletivos de trabalho, na sua coesão (SÁ & AZEVEDO; 2013).

Ao projetar sua desumanidade nos outros, os trabalhadores justificam sua própria exclusão enquanto sujeitos. Sá e Azevedo (2013) entendem que tais defesas podem representar sérios limites à produção do cuidado. Isso porque, ao permitirem uma suavização da percepção dos trabalhadores sobre a realidade que os faz

sofrer, as defesas também podem “levar à negação da vulnerabilidade do outro (...) produzindo indiferença pelo sofrimento alheio, descuidos, apatia e, por vezes, falta de responsabilidade” (p. 40).

A produção do cuidado/articulação é algo que ocorre de forma processual, a partir de encontros. Cada encontro - seja entre profissionais e usuários (cuidado), seja entre profissionais e profissionais (articulação) tem a potencia de produzir novos arranjos e, por isso, a possibilidade de ressignificar o que está dado.

A relação intersubjetiva que se estabelece nesse processo é o campo em que se tecem os fios que compõem a malha de representações necessária para assimilar as experiências vividas no cotidiano, bem como para tecer restaurações quando acontecem rupturas.

Mas, se a qualidade do trabalho produzido sofre os efeitos do trabalho psíquico empreendido nesse processo, como produzir cuidado? Como estar aberto ao encontro com o outro em um cenário de desconfiança?

O conceito de hospitalidade discutido por Derrida (2013; 2003) pode ajudar a pensar em alguns pontos dessa questão. Talvez a concepção a ser apresentada pareça utópica. Se for, gostaríamos de sustentar um entendimento de utopia como um estímulo à ação e não como a definição de uma impossibilidade.

Hospitalidade para Derrida (2003) é algo que se aproxima de um “*estar consigo com o outro*”, ou seja, a aceitação do Outro, de forma incondicional, em mim mesmo (na própria casa, *chez-soi*).

Derrida reafirma a incondicionalidade da hospitalidade ao dizer que devemos dizer sim ao que chega, antes de toda e qualquer determinação, antecipação ou identificação:

(...) a hospitalidade absoluta exige que eu abra minha casa e não apenas ofereça ao estrangeiro, mas ao outro absoluto, desconhecido, anônimo, que eu lhe ceda lugar, que eu lhe deixe vir, que o deixe chegar, e ter um lugar que ofereço a ele, sem exigir dele nem reciprocidade, nem mesmo seu nome (DERRIDA, 2003, p. 25).

Diz-se que a hospitalidade se dá ao outro antes que ele se identifique, antes mesmo que seja posto (ou suposto) como sujeito exatamente porque a configuração dos sujeitos enquanto tal só pode se dar a partir desse encontro:

O homem se torna Eu na relação com o Tu. O face-a-face aparece e se desvanece, os eventos de relação se condensam e se dissimulam

e é nesta alternância que a consciência do parceiro, que permanece o mesmo, que a consciência do Eu se esclarece, aumenta cada vez mais. De fato, ainda ela aparece somente envolta na trama das relações, na relação com o Tu, como consciência gradativa daquilo que tende para o Tu sem ser ainda o Tu. Mas essa consciência do Eu emerge com força crescente, até que, um dado momento, a ligação se desfaz e o próprio Eu se encontra, por um instante, diante de si, separado, como se fosse um Tu, para tão logo retomar a posse de si e daí em diante, no seu estado de ser consciente entrar em relações (BUBER, 2001. P. 70).

Nesse processo de mútua revelação, em que o Eu se configura a partir do Outro e vice versa, podemos pensar que só é possível oferecer hospitalidade quando se suporta a ausência da existência segura de si mesmo, ou seja, quando se tolera o desconhecido:

(...) a hospitalidade não pode ser oferecida senão aqui e agora em alguma parte. A hospitalidade dá como impensada em sua “noite”, essa relação difícil, ambivalente, com o lugar. Como se o lugar que estava em questão na hospitalidade fosse um lugar que não pertencesse originalmente nem àquele que hospeda, nem ao que convida, mas ao gesto pelo qual um oferece acolhida ao outro – mesmo e sobretudo se está ele próprio sem morada a partir da qual pudesse ser pensada essa acolhida (DERRIDA, 2003, p. 60).

Um ato de hospitalidade, portanto, é sempre permeado pela perplexidade de estar diante de algo que devemos aceitar sem compreender. A pergunta com a qual nos deparamos em tal processo, segundo Brandão (2002), é *“quem é o meu outro, o próximo a quem devo cuidar como a mim mesmo?”*.

Assim, esse Outro que chega demandando por hospitalidade pode vir de fora – uma mulher, um serviço ou outro profissional -, mas também pode ser algo que vem de dentro - uma emoção, um sentimento, um pensamento. À recepção ao que chega de fora chamamos de ‘hospitalidade intersubjetiva’, e à recepção ao que vem de dentro, de ‘hospitalidade intrasubjetiva’ (ASSIS, 2005).

Esse encontro com o Outro, com o desconhecido que se torna um hóspede⁷, gera uma emoção de ‘espanto’, nome dado pela filosofia ao sentimento de desamparo. A essa emoção gerada pelo encontro segue um lento trabalho de familiarização, ao qual o susto inicial cede brandamente.

⁷ ‘Hóspede’ vem do latim ‘hostis’, que também deu origem a palavra ‘inimigo’. Nesse sentido, o uso da palavra hóspede quando relacionada ao conceito de hospitalidade remete sempre ao fato de que, ao receber o outro, sempre se está diante de um amigo ou de um inimigo, *“entre o perigo e a chance”*, como diria Derrida (2013).

Para sustentar tal emoção é necessário o desenvolvimento do que Bion (1973) chama de 'capacidade negativa', função que possibilita transformar os elementos 'beta' - matéria-prima de pensamentos indigeríveis para a mente -, em experiências integradas, passíveis de serem pensadas.

Para todo conteúdo, composto por uma massa de necessidades, angústias e objetos ameaçadores que precisam ser projetados/expulsos (elementos 'beta') - deve haver um continente, receptor que acolha, contenha e processe tais identificações projetivas (BION, 1973).

O conceito de identificação projetiva foi desenvolvido por Klein (1991) para quem os bebês nascem com pulsão de morte sob a forma de ataques invejosos, sádicos e destrutivos contra o seio materno, e com um ego rudimentar, que provoca sentimentos de angústia de aniquilamento. Para livrar-se de tais sentimentos - que são insuportáveis - os bebês lançam mão de primitivos mecanismos de defesa típicos da posição esquizoparanóide predominante no início da vida.

Na posição esquizoparanóide há a coexistência de pulsões libidinais e agressivas que permanecem cindidas, o que leva a criança a relacionar-se com objetos⁸ parciais, ou seja, com partes de objetos, sendo que o seio materno é a sua representação inicial. Dessa forma, o seio é tomado como bom (ideal) ou mau (persecutório), de acordo com a gratificação ou frustração vivida, mas, sobretudo, de acordo com a projeção que a criança faz de parte de seu amor e/ou ódio sobre ele (KLEIN, 1991).

Isso ocorre a partir da cisão do próprio *self* do bebê, que o leva a projetar suas partes intoleráveis para dentro de um objeto, que passa a ser identificado como a própria 'coisa' intolerável (JOSEPH, 1991). Esse é o mecanismo da identificação projetiva e possui várias funções: pode ser utilizado para livrar-se de partes indesejadas do *self* que causam ansiedade/dor, projetar o *self* (ou partes dele) para dentro de um objeto buscando dominá-lo e assim evitar sentimentos de separação, e ainda, para penetrar num objeto apoderando-se de suas capacidades ou destruindo-o.

Para desenvolver sua teoria, Bion (1973) ampliou o conceito de identificação projetiva proposto por Klein, considerando-a uma forma de comunicação, uma vez que, segundo ele, ao colocar partes indigestas de sua experiência e de seu mundo

⁸ Objeto para a psicanálise é tudo aquilo investido de pulsão e ele pode ser real ou imaginário. A energia pulsional investida nele pode ser de amor ou de ódio e, dependendo de como isso ocorre, tal objeto fica carregado de significados e pode ser sentido pelo sujeito como persecutório ou bom.

interno no objeto, o bebê/sujeito busca torná-los compreensíveis e mais fáceis de lidar.

Assim, o uso abusivo de identificações projetivas pode ser um apelo para que o outro exerça função de continente e decodifique, nomeie e signifique aquelas vivências emocionais acumuladas no seu psiquismo na forma de sofrimento (BION, 1973).

Continente, porém, não deve ser confundido com recipiente, que alude a uma situação meramente passiva. O conceito de continente significa um processo ativo, pelo qual a pessoa que exerce a função acolhe as identificações projetivas colocadas dentro dela, as contém, decodifica, transforma, dá um sentido, um significado, um nome e só então, as devolve para o outro, devidamente desintoxicadas, e em doses suaves e parceladas.

Muitas vezes os conteúdos internos que buscam continente são inundantes, invasores e possuem carga suficiente para destruir os continentes que se apresentam. Segundo Joseph (1991), em uma boa função continente há uma capacidade de sobreviver aos ataques destrutivos e às demandas vorazes do outro, sem um revide retaliador e, muito menos, sem sucumbir a um estado de depressão. Quando isso ocorre, há uma identificação com um objeto mais forte que si próprio e assim, um fortalecimento do outro.

Para que isso ocorra, entretanto, é preciso fazer um uso benigno da hospitalidade recebida, o que pressupõe a possibilidade de identificação com o acolhimento e com a condição de pensar construída a partir desse encontro (RIBEIRO, 1999).

Pode ocorrer, porém, um ataque hostil à condição de hospitalidade oferecida, que pode se manifestar como ódio ao abrigo oferecido ou com atuações que criam obstáculos ao acolhimento: *“Começo por considerar estrangeiro indesejável, e virtualmente inimigo, quem quer que pisoteie minha soberania de hospedeiro. O hóspede torna-se um sujeito hostil de quem me arrisco a ser refém”* (DERRIDA, 2003). O que sucede nessas situações é um encontro com pouca potência.

Tais reações se devem a uma tentativa de evitar o contato com o novo, devido a uma intolerância à inexatidão. Torna-se preferível repetir uma dor violenta já conhecida e com a qual já se está familiarizado, a ter uma experiência de alívio desconhecida.

Deparar-se com o Outro, porém, sempre é fonte de turbulência e exige elaborações a cada encontro. Por isso mesmo, é fonte de vida e de geração de recurso internos afinal, a construção da capacidade de pensar não é uma atividade solitária.

É exatamente nas relações, na hospitalidade intersubjetiva, em que o eu é hospedado pelo Outro, que se constrói o modelo de hospitalidade intrasubjetiva, ou seja, de capacidade de continência das próprias angústias e vivências (ASSIS, 2005). É desse interjogo presente na relação intersubjetiva que nasce - ou não -, a matriz para que o Eu possa abrigar-se, oferecendo hospitalidade às próprias experiências emocionais, dando-lhes abrigo-representação e desenvolvendo sua própria capacidade de pensar - condição fundamental para que se possa acolher o outro. A formação da subjetividade está alicerçada, portanto, na hospitalidade, no encontro de duas subjetividades que se criam reciprocamente.

Pensando sobre a questão a que nos propomos nesse estudo - a produção do cuidado integral as mulheres em situação de violência - a partir do que vimos sobre a hospitalidade, é importante, primeiramente, nomear o que tomamos como Outro, como 'estrangeiro'. Nesse contexto, o Outro pode ser tanto uma mulher que busca por um serviço, como um profissional ou um serviço que não o próprio.

O processo de produção de cuidado e de articulação se dá a partir de encontros, nos quais não é possível saber, à priori, a quem vamos receber. Existe, portanto, uma condição de desconhecimento implícita ao espaço intecessor que se cria em uma relação.

Se antes desse encontro já há pressupostos sobre quem é o Outro e sobre os processos que serão gerados, se configura um contexto capturado pelo trabalho morto, objetificado pelo já sabido, no qual não há espaço para o desconhecido, para o novo, para a hospitalidade.

Esse processo de desumanização é fruto de um modo de produção que se caracteriza, fundamentalmente, por um desenraizamento do Eu do processo de produção, que se torna anônimo e asséptico. O Eu se torna um instrumento da produção substituível, descartável, vazio de valor e de sentido.

As relações que se estabelecem nesses contextos, padecem dessa mesma destituição de sentido. A busca compulsiva pelo que é fácil, rápido e eficiente revela o adoecimento de que padecem tais relações, uma vez que os encontros se caracterizam exatamente por serem artesanais.

Nesse contexto, o fracasso na construção de uma interioridade está intimamente ligado à pobreza das relações intersubjetivas, carentes de hospitalidade por tomarem a forma de relações de consumo em lugar de relações de construção de sentido.

A grande ilusão operante nesse processo é que os problemas podem ser resolvidos sem a participação ativa dos sujeitos, sem o tecer laborioso de pensamentos que o enfrentamento dos conflitos exige. Eles se tornam assim, consumidores de soluções ao invés de produtores de processos, de saberes, de sentidos. As relações intersubjetivas necessárias às restaurações ficam assim, excluídas do processo.

No contexto dos processos de produção de cuidado/articulação, desconstruir essa lógica exige tornar o Outro hóspede permitindo-se servir de depositário de angústias e incertezas sem, entretanto, tomar para si decisões que são do Outro. Cuidar nesse sentido é emprestar o próprio corpo/mente, constituindo-se como um locus no qual, usuários e trabalhadores poderão colocar suas dúvidas, angústias e dores para, a partir desse encontro, se tornarem capazes de processar aflições e desconfortos transformando-as em tolerância, compreensão e respeito.

Assim, é exatamente a capacidade de pensar nas experiências emocionais vividas - incessantes e infinitas -, que cria a possibilidade de reunir instrumentos de restauração. Já que o funcionamento do aparelho psíquico é constantemente de fazer, desfazer e refazer a rede de significados e, portanto, de inexatidão, para cuidar/articular é preciso uma dose de coragem para viver situações em que o pensamento ainda não se constituiu.

Dessa forma, cada encontro se configura como possibilidade de reestruturação, em um processo no qual não cessamos de recomeçar a pensar, a partir do novo que o Outro nos proporciona: *“Somos sempre algo entre o que já não somos e o que ainda estamos em vias de ser. Essa é a marca da nossa incompletude, mas também é a possibilidade de operarmos em nós transformações”* (SILVA, 2002).

Nesse sentido, a ontologia do ser social, para além do que Marx postulou, não estaria apenas no trabalho, ou seja, na intenção de transformar para atender a necessidades. A força instituinte de tais processos estaria exatamente na potência das relações e na potência que elas possuem de criar espaços de resgate – resgate

de usuários e de trabalhadores, de direitos e de desejos, que todo e qualquer encontro possibilita.

No que concerne à produção do cuidado a mulheres em situação de violência, é a partir do apoio oferecido por diferentes elementos de uma rede articulada que elas poderão enfrentar a questão (BATISTA, 2005). Nesse sentido, os esforços das mulheres na busca por ajuda serão mais efetivos quanto mais potentes forem os encontros vividos. Por isso é fundamental que os serviços e profissionais existentes tenham condições de recebê-las uma vez que o funcionamento pouco eficaz dos serviços tira a força dos encaminhamentos e da prevenção.

4. Objetivos

4.1 Geral

O presente estudo teve como objetivo identificar as organizações e os agentes que compõem a rede intersetorial para mulheres em situação de violência do município de Ribeirão Preto, entender como essas mulheres são acolhidas nos diferentes serviços e analisar as relações existentes entre os diversos serviços e setores.

4.2 Específicos

Para isso, objetivou-se:

- Compreender como os diferentes serviços atuam no contexto do cuidado às mulheres em situação de violência.
- Conhecer as percepções dos agentes da rede intersetorial acerca das relações de gênero e da problemática da violência de gênero.
- Identificar as percepções desses agentes sobre o conceito de rede intersetorial e o conhecimento sobre o funcionamento dessa rede no município de Ribeirão Preto.
- Analisar a interação existente entre os diferentes serviços e setores que compõe a rede, buscando identificar as possibilidades existentes de interlocução e comunicação interinstitucional e intersetorial.

5. Percurso metodológico

5.1 O(s) campo(s) de pesquisa

Objetivando estudar a composição e articulação da rede intersetorial para mulheres em situação de violência do município de Ribeirão Preto, definiram-se como campos de pesquisa serviços públicos, ONG, movimentos sociais e conselhos de direito que compõem tal rede.

Ribeirão Preto conta, atualmente, com uma população estimada de cerca de 660.000 habitantes (IBGE, 2015) sendo a cidade que mais cresceu no último ano entre as maiores do Estado de São Paulo. O município possui o 19º maior índice de desenvolvimento humano (IDH) do país, e é considerado um importante centro de saúde, educação, desenvolvimento de pesquisas e turismo de negócios. Em 2006, foi uma das cidades escolhidas pelo Ministério da Saúde para a implantação inicial do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), que tem por finalidade obter dados e divulgar informações sobre violências e acidentes, visando conhecer a magnitude desses graves problemas de saúde pública.

As mulheres em situação de violência de Ribeirão Preto contam, atualmente com diversos serviços públicos que oferecem atendimento para populações e situações em geral, inclusive de violência, e também, que atuam especificamente com violações de direitos. Tais serviços estão listados abaixo, divididos por setores e pelo tipo de atendimento que oferecem (geral ou específico para violência):

- **Saúde⁹**

Gerais: cinco hospitais gerais (Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – HCFMRP; Instituto Hospital Santa Lydia; Santa Casa de Misericórdia de Ribeirão Preto, Hospital Electro Bonini e Sociedade Portuguesa de Beneficência); uma unidade de emergência hospitalar (UE-HCFMRP-USP); cinco Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS); 24 Unidades Básicas de Saúde (UBS); 18 Unidades de Saúde da Família (USF);

⁹ Fonte: site da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, acessado em 21/09/2016.

uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA); um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF); uma Divisão de Vigilância Epidemiológica (VE) da Secretaria Municipal da Saúde (SMS).

Especializados: três maternidades; dois Ambulatórios de Saúde Mental; quatro Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Específico: um serviço de atendimento a violência.

- **Assistência psicossocial¹⁰**

Gerais: seis Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), expandidos em 31 Pontos Básicos de Atendimento Social (PSB); um Serviço de Assistência Jurídica; um Centro de Qualificação Social e Profissional; um Disque Denúncia (160 ou 0800-7730161).

Especializados: quatro Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), sendo um especializado em população de rua; uma Coordenadoria Técnica de Proteção Especial ao Idoso;

Específicos: uma Coordenadoria Municipal da Mulher e uma Casa Abrigo para mulheres em situação de violência.

- **Segurança Pública¹¹**

Gerais: Emergência da Polícia Militar (PM) (190); 10 Distritos Policiais (DP); uma Delegacia de Defesa do Idoso; uma Delegacia de Polícia da Infância e Juventude (DIJU) e um Núcleo de Perícia Médica Legal (NPML).

Especializado: Uma Delegacia de Defesa da Mulher (DDM).

- **Jurídico¹²**

Gerais: Ministério Público (MP); Defensoria Pública e Fórum.

Específico: um Anexo de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher (serviço criado durante o desenvolvimento da pesquisa).

¹⁰ Fonte: site da Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto, acessado em 21/09/2016.

¹¹ Fonte: site da Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo, acessado em 21/09/2016.

¹² Fontes: sites do Ministério Público do Estado de São Paulo, Defensoria Pública do Estado de São Paulo e Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo, acessados em 21/09/2016.

- **Organizações Não Governamentais**

O município também conta com diversas ONG que se propõe a atuar na redução da vulnerabilidade de meninas e mulheres. As ONG listadas abaixo foram identificadas através de um projeto de iniciação científica desenvolvido como um dos componentes da pesquisa “Rede de Proteção às Mulheres em Situação de Violência em Ribeirão Preto, SP”, em 2014: Associação de Alcoólicos Anônimos de Ribeirão Preto; Associação Vitória Régia; Centro Integrado de Apoio Familiar; Grupo de Apoio à Pessoas com AIDS (GAPA); Missão HIVida; Movimento do Bem; Núcleo Dom Bosco; ONG Arco Íris; ONG CRECEI; ONG Saúde Solidária; Projeto Eduvis; Projeto Emancipar; Programa Mãos Estendidas; ONG Rosa Vermelha; Casa da Mulher; Sonho Real; Pastoral da Mulher; e Casa A Família.

Essas instituições oferecem oficinas, capacitações, formação profissional e/ou atividades que abordam temas como sexualidade, álcool e outras drogas, DST/AIDS e violência. O desenvolvimento dessas ações está condicionado ao estabelecimento de convênios públicos e/ou manutenção de financiamentos, o que faz com a oferta de serviços, contratação de profissionais e mesmo a existência das ONG, mude frequentemente.

Órgãos de controle social, movimentos sociais e a Câmara Municipal dos Vereadores também foram identificados como componentes da rede intersetorial, devido ao papel mobilizador, fiscalizador e político que possuem.

Os conselhos de direitos existentes relacionados à temática da violência contra as mulheres no município de Ribeirão Preto são o Conselho Municipal de Direitos da Mulher (CMDM) e os três Conselhos Tutelares (CT). Já os movimentos sociais identificados que discutem temas relativos à violência contra mulheres foram o Movimento Sem Terra (MST); Coletivo Feminista Capitu; Movimento Mulheres Unidas; Movimento de Mulheres de Ribeirão Preto; Aliança de Mulheres Cristãs Empreendedoras; e Frente Feminista de Ribeirão Preto.

Dentre todas as instituições listadas foram selecionadas para participar da pesquisa serviços gerais e específicos dos setores de saúde (Vigilância Epidemiológica, UBDS, Ambulatório de Saúde Mental e Serviço específico para atendimento à violência), assistência social (serviço jurídico, CREAS, Coordenadoria da Mulher e Casa Abrigo), segurança pública (Polícia Militar e Delegacia de Defesa da Mulher) e jurídico (Defensoria Pública, Ministério Público e varas criminais do fórum), uma ONG que desenvolve programas com homens autores de violência e

para a redução da vulnerabilidade de mulheres, um movimento social feminista, um órgão de controle social de políticas para mulheres e a Câmara Municipal de Vereadores, conforme listado no Quadro 1.

Setor	Instituições identificadas	Agentes identificados e entrevistados (marcados com *)
Saúde	UBDS 1	Assistente Social 1
	UBDS 2	Assistente Social 2
	UBDS 3	Assistente Social 3*
		Assistente Social 4
	UBDS 4	Assistente Social 5*
	UBDS 5	Assistente Social 6
		Assistente Social 7
	Ambulatório de Saúde Mental	Psiquiatra 1*
		Psiquiatra 2
		Psicóloga 1*
		Psicóloga 2
	Serviço especializado no atendimento a situações de violência	Psicóloga 1*
		Psicóloga 2*
		Assistente social 1*
		Assistente Social 2*
	Divisão de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde	Assistente Social 3
		Informante chave 1*
Assistência Social	Centro de Referência Especializado de Assistência Social	Informante-chave 2
		Psicóloga 1*
		Psicóloga 2*
		Psicóloga 3
		Psicóloga 4
		Assistente Social 1*
		Assistente Social 2
	Coordenadoria da Mulher e Casa Abrigo	Assistente Social 3
		Informante-chave 1*
		Coordenadora*
		Assistente Social 1*
	Serviço Jurídico da Secretaria Municipal de Assistência Social	Psicóloga 1*
		Terapeuta ocupacional
Jurídico	Ministério Público (Varas criminais)	Informante-chave 1*
		Promotor 1*
		Promotor 2*
		Promotor 3*
		Promotor 4
		Promotor 5
		Promotor 6
		Promotor 7
	Defensoria Pública (Varas criminais)	Promotor 8
		Defensor público 1*
		Defensor público 2
		Defensor público 3
		Defensor público 4
	Fórum (Varas Criminais)	Defensor público 5
		Psicóloga*
		Psicóloga*
		Juiz 1*
		Juiz 2*
		Juiz 3*
		Juiz 4*
		Juiz 5

Setor	Instituições identificadas	Agentes identificados e entrevistados (marcados com *)
Segurança Pública	Polícia Militar	Informante chave*
	Delegacia de Defesa da Mulher	Delegada titular*
		Delegada substituta
		Escrivão Chefe
		Escrivão 2*
		Escrivão 3
		Escrivão 4
		Escrivão 5
		Escrivão 6
		Escrivão 7
		Escrivão 8
		Investigador Chefe*
		Investigador 2
		Investigador 3
		Investigador 4
Terceiro Setor	Organização Não Governamental	Assistente Social 1*
		Assistente social 2*
Sociedade Civil Organizada	Conselho Municipal dos Direitos da Mulher	Informante chave*
	Movimento Social	Informante chave*
Poder legislativo	Câmara Municipal dos Vereadores	Informante-chave*

Quadro 1. Instituições e agentes da rede intersetorial identificados e selecionados para a pesquisa.

5.2 Desenho da pesquisa

Para o desenvolvimento da pesquisa buscamos investigar as concepções dos agentes das instituições selecionadas, acerca da questão da violência, assim como conhecer os serviços que deveriam formar a rede intersetorial e as articulações estabelecidas entre eles. Para isso, foram identificados os profissionais, gestores, informantes chave e representantes da sociedade civil organizada, envolvidos na elaboração de políticas, articulação intersetorial, atendimento às mulheres em situação de violência e controle social, conforme especificado também no Quadro 1.

Diversos estudos (HASSE & VIEIRA, 2014; BARALDI et al., 2012; DE FERRANTE et al., 2009) foram desenvolvidos no setor saúde do município para conhecer as percepções dos médicos e enfermeiros que atuam em serviços de atenção básica acerca da violência contra a mulher. Por isso, tais profissionais não foram selecionados para esta investigação.

Para a produção dos dados dessa pesquisa foram utilizados dois instrumentos - entrevistas semiestruturadas, realizadas com os agentes das instituições, e observações participantes dos diferentes contextos, situações e

cotidiano de instituições selecionadas e de atividades da rede intersetorial. Essa combinação, chamada de triangulação de técnicas, consiste em uma estratégia para ampliar e aprofundar o conhecimento acerca do fenômeno estudado e serve como alternativa para aumentar o grau de validade da investigação, uma vez que possibilita comparar, articular e complementar os dados produzidos (MINAYO, 2012).

Com relação às entrevistas, Rey (2002) as descreve como um instrumento que favorece o processo de interação social entre duas pessoas na qual uma delas, o entrevistador, tem por objetivo a obtenção de informações pertinentes ao universo estudado.

Entrevistas são preciosas por favorecerem a obtenção da perspectiva dos entrevistados sobre o fenômeno de interesse, uma vez que facilitam a apreensão de elementos como a linguagem e os significados construídos por eles (MAYKUT & MOREHOUSE, 1994; TURATO, 2003).

Realizamos as entrevistas a partir de um roteiro semiestruturado, pré-concebido com questões de interesse para a pesquisa (apêndice 01). Ele foi desenvolvido a partir da literatura relacionada à problemática estudada e buscou contemplar, além de informações básicas como sexo, idade, área e tempo de formação, especialização e área de atuação dos entrevistados, relatos sobre as atividades desenvolvidas e percepções sobre gênero e violência contra as mulheres. A atuação do profissional diante da violência, conhecimentos sobre a rede intersetorial e percepções sobre a Lei Maria da Penha também foram aspectos abordados no roteiro da entrevista.

O roteiro semiestruturado prevê espaços para as interrogações e novas hipóteses surgidas no decorrer da entrevista, a partir de fatos trazidos pelos próprios entrevistados e que podem ser muito diversos dos formulados inicialmente. Isso permite, segundo Britten (2005) um diálogo mais flexível e, conseqüentemente, uma compreensão mais aprofundada da questão estudada, além da identificação de fenômenos inesperados e o entendimento dos processos pelos quais as ações ocorrem.

Também foram realizadas observações participantes, processo através do qual se estabelece uma relação direta com os espaços sociais investigados, possibilitando uma maior compreensão do contexto da pesquisa (MINAYO et al., 2009). Isso porque tais observações oferecem aos pesquisadores caminhos para

checar expressões não verbais de sentimentos, determinar quem interage com quem, compreender como participantes se comunicam entre si e quanto tempo dedicam a determinadas atividades.

Elas também permitem que fenômenos sem registro e que não podem ser investigados através de perguntas ou documentos, sejam acessados, além de esclarecer definições de termos usados em entrevistas, a vinculação de fatos às suas representações, o estabelecimento de conversas informais e a identificação de contradições entre normas e práticas (KAWULICH, 2005).

Para que isso ocorra, porém, a observação participante exige um sentido de objetividade pela distância, ao mesmo tempo em que se estabelece uma relação fluída e clara com a comunidade. Aprender a agir de tal forma, segundo Kawulich (2005), significa misturar-se com a comunidade a ponto dos seus membros agirem naturalmente, para então, retirar-se e imergir nos dados para entender o que está acontecendo ali e ser capaz de escrever sobre isso.

Sobre os registros das observações, Agrosino (2009) afirma que devem conter, com a maior riqueza de detalhes e o mínimo de interpretação, uma relação e descrição dos presentes, cronologia dos eventos, descrições do cenário físico e dos objetos materiais dentro dele, descrições de comportamentos, registro de conversas e interações verbais.

Já para Kawulich (2005), além dos dados objetivos descritos acima, podem ser registrados elementos como sons, significados de atividades, comunicações não verbais, eventos que deveriam ter acontecido, mas que não ocorreram, apontamentos sobre quem falou e quem ouviu, silêncios, o próprio comportamento do pesquisador e como ele interferiu na observação.

A observação participante pode ser uma fonte de dados errônea se o foco do observador permanecer apenas no que lhe interessa. Para evitar esse problema, Agrosino (2009) afirma que é possível tomar algumas medidas, como definir o que será observado, procurar por diferentes pontos de vista, olhar para os casos negativos e exceções. Para isso, porém, é fundamental que o pesquisador conheça os padrões de comportamento do que estuda para poder inferir se o que observa é um padrão ou um desvio.

Nessa pesquisa foram realizadas observações participantes em dois momentos. No primeiro, visando conhecer o contexto e o fenômeno a ser estudado, foram realizadas observações descritivas, sem um roteiro prévio. Posteriormente,

após a realização das entrevistas e já conhecendo o campo de estudo, foram realizadas observações semiestruturadas, a partir de um roteiro (apêndice 02). Tais observações visavam descrever condições físicas e instalações dos serviços, maneiras de organização e ocupação dos espaços, modos de interação e processos de comunicação verbais e não verbais dos profissionais entre si e com os usuários.

5.3 O trabalho de campo

5.3.1 Aspectos éticos

Para a realização deste trabalho foram seguidas as normas para pesquisa envolvendo seres humanos, estabelecidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012f). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da Universidade de São Paulo, conforme protocolo CAAE nº 12065313.2.0000.5393 (anexo 01).

O processo para a obtenção das autorizações necessárias para o desenvolvimento da pesquisa acabou se mostrando uma primeira oportunidade para conhecer mais sobre o funcionamento das instituições participantes. Após o levantamento, identificação e seleção prévia dos participantes da pesquisa, foram realizadas visitas a cada uma das secretarias e/ou gestores responsáveis pelas mesmas para apresentação do projeto.

A Secretaria Municipal da Saúde autorizou, através do seu Comitê de Ética em Pesquisa, a realização de entrevistas com profissionais das UBDS e entrevistas e observação participante em um serviço especializado de saúde mental. A superintendência do HCFMRP-USP permitiu o desenvolvimento de entrevistas e observação participante em serviço especializado no atendimento a situações de violência do qual é responsável.

A Secretaria Municipal de Assistência Social de Ribeirão Preto (SEMAS) também através de seu Comitê de Ética em Pesquisa autorizou a realização de entrevistas e observações participantes em dois dos três serviços especializados no

atendimento a situações de violação de direitos do município solicitados (Coordenadoria da Mulher e CREAS).

No terceiro serviço para o qual foi solicitada autorização (Casa Abrigo), permitiram apenas a realização de entrevistas com os profissionais, alegando que a localização do serviço deveria ser mantida em segredo. Apesar de tais argumentos, acreditamos que a recusa decorreu de problemas administrativos que o serviço vivia na época da solicitação, já que a assinatura de um termo de responsabilidade de manutenção de sigilo quanto ao endereço do serviço resolveria tal questão.

Através da Delegacia Seccional de Ribeirão Preto obtivemos autorização para realizar entrevistas e observação participante na delegacia especializada no atendimento a mulheres de Ribeirão Preto.

Os três serviços do setor jurídico informaram que não era necessária autorização de superiores para o desenvolvimento da pesquisa, sendo suficiente apenas o consentimento dos próprios profissionais a serem entrevistados, comprovado através da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os três serviços também autorizam, se fosse de interesse para a pesquisa, a realização de observações participantes desde que não fosse de situações que estivessem correndo sob sigilo devido a segredo de justiça.

Assim, dois modelos de TCLE - um com a previsão da ocorrência da observação participante para os profissionais que atuam nos serviços em que a mesma ocorreu e outro modelo sem tal previsão, foram desenvolvidos (apêndices 03).

Em ambos os modelos de TCLE constam dados sobre os objetivos da pesquisa, explicações sobre a forma de participação, o tipo de entrevista e o assunto a ser abordado. Além disso, há esclarecimentos quanto à forma de condução da entrevista e previsão de gravação em áudio para posterior transcrição. Os TCLE ainda garantem aos participantes que todos os dados da pesquisa são de responsabilidade do pesquisador e assegura o anonimato e privacidade da identificação de todos.

Todas as entrevistas, inclusive as realizadas com profissionais de ONG e informantes chave da sociedade civil organizada, somente foram realizadas após a assinatura do TCLE, sendo gravadas e transcritas na íntegra. O material produzido ficará guardado com o pesquisador responsável por, no mínimo, cinco anos e,

quando do seu descarte, será realizado de forma que não seja possível a identificação de nenhum dos participantes e/ou do conteúdo das mesmas.

Apesar da importância da garantia de aspectos legais, é preciso reforçar que o compromisso ético do pesquisador vai além das adequações técnicas, formalizadas pela aprovação da pesquisa por um CEP ou pela assinatura de um TCLE.

Pesquisas qualitativas, por sua natureza, incluem relações intersubjetivas como cerne do processo compreensivo e, por isso, não se pode contar apenas com dispositivos burocráticos em busca de controle ético. Minayo (2015) afirma que, a ética deve ser parte intrínseca do comportamento de um pesquisador desde a definição de seu objeto até a publicação dos resultados e que, o compromisso do pesquisador deve ir além da conformação técnica de sua investigação:

(...) ele precisa contemplar o sentido e a significância de sua investigação para a sociedade e, em especial, para o grupo que ele estuda em intersubjetividade; as justas e corretas relações com os financiadores; e a forma de tratar e qualificar sua equipe – os estudantes nela incluídos (MINAYO, 2015, p. 2696).

Complementando, Schmidt (2008) acredita que seja importante prevenir que regras e normas externas substituam a capacidade de autonomia, reflexão e tomada de decisão do pesquisador:

(...) Ele (trabalho de campo) exhibe de modo mais contundente a insuficiência de normas e regras como determinantes por si da ética, assim como denuncia a precariedade do método que, em geral, é reinventado nas situações concretas da investigação. Na identificação de ambos, método e ética, conta, sobremaneira, o exercício da autonomia da ação e do julgamento do pesquisador (SCHMIDT, 2008, p. 51).

Sendo então a autorreflexão e a relação com o outro os fundadores da pesquisa qualitativa, é preciso que haja tempo para o estabelecimento de vínculos e paciência para o (re)conhecimento entre os participantes e sobre o contexto no qual se pretende ingressar. Esse processo delicado de imersão no campo é determinante para que se estabeleçam sólidos alicerces éticos.

5.3.2 Preparação para o campo de pesquisa

Até o momento de ingressar no campo, segundo Da Matta (1978), tudo o que se sabe sobre a pesquisa é teórico: as instituições são organogramas, os participantes da pesquisa, nomes e os trajetos, mapas.

O planejamento para o trabalho de campo geralmente é denso. Requer levantamento de dinheiro, elaboração de cronogramas, treinamentos da equipe, autorizações éticas, preparo de roteiros e cópias de termos. E então, *“uma dose de alteridade e não há mais mediações – sou eu com o outro. O outro real, e não mais aquele que conheci através de palavras, através da boca de outros que, muitas vezes, não estiveram lá”* (DA MATTA, 1978).

No desenvolvimento dessa pesquisa, o primeiro contato realizado com as instituições que seriam estudadas se deu a partir de setembro de 2012, para o início da apresentação do projeto e solicitação das autorizações éticas. Após muitos contatos telefônicos e algumas visitas extremamente burocráticas para entrega de documentos e coleta de assinaturas, realizadas em janeiro e fevereiro de 2013, o processo se mostrou fundamental para o início do contato e conhecimento da rede intersetorial.

Para a realização das entrevistas da pesquisa, foram selecionadas mais três entrevistadoras que passaram por um treinamento que objetivou familiarizá-las com o tema estudado e prepará-las para o trabalho de campo. Foram então, discutidos o desenho da pesquisa, os referenciais teóricos e metodológicos e, principalmente, o roteiro de entrevista. As atividades presenciais aconteceram em dois dias perfazendo um total de oito horas.

Após o primeiro dia de treinamento, as entrevistadoras foram encaminhadas para a realização de algumas entrevistas para conhecer o roteiro e aprimorar as técnicas discutidas. No segundo encontro realizado, cada entrevistadora relatou suas experiências, trazendo dúvidas em relação ao tema da pesquisa e ao roteiro, que pode ser aprimorado.

Após o treinamento e readequação da primeira versão do roteiro de entrevista, foi realizado um pré-teste. Segundo Lutz (1981) tal procedimento visa verificar se todas as questões estão integralmente compreensíveis, se há clareza do vocabulário utilizado e na formulação das questões. Além disso, verifica o

ordenamento das questões, se há rupturas bruscas de assuntos e mesmo, se alguma questão tem influência sobre a resposta das próximas. Verifica-se também, se há questões desnecessárias que tornam o roteiro demasiadamente longo, se há objeções ou constrangimentos com alguma das questões e a percepção dos entrevistados acerca do roteiro.

O pré-teste também permitiu avaliar a melhor forma de escolher e contatar os entrevistados e verificar se as condições para a realização das entrevistas estavam adequadas para não haver comprometimento na produção de dados. Pudemos avaliar dificuldades práticas e realizar uma primeira leitura dos dados obtidos, visando identificar possíveis categorias de análise. O treinamento das entrevistadoras também pode ser testado nesse momento.

Após o pré-teste, buscando aprimorar o roteiro, foram realizadas as seguintes alterações no roteiro: inserção da questão 5 - “Como o serviço/setor está estruturado? (apenas para gestores)”; inserção do estímulo ao exemplo na questão 9 - “Quais as dificuldades que você encontra no atendimento dos casos? (estimular a contar um caso/exemplo)”; inserção da questão 15 - “Você acompanha o andamento dos encaminhamentos que realiza?”; alteração da questão 20 - “Você conhece a rota crítica?” para “Muitas mulheres passam em diversos serviços sem encontrar/receber o cuidado que precisam. Chamamos isso de Rota Crítica. Você sabe de casos assim? Sabe se isso ocorre aqui na cidade?”; e inserção da questão 33 - “Qual o processo para contratação dos profissionais que trabalham aqui?”.

Para a realização das observações também foi realizado um treinamento que consistiu na leitura e discussão de textos sobre a técnica e, posteriormente, na realização de observações para treino (em uma UBDS, em um ambulatório do HCFMRP-USP e em uma padaria do município). Os dados das observações de treinamento não foram utilizados nessa pesquisa.

Imediatamente após a realização de cada uma das observações, foram elaborados relatórios de observação e, posteriormente foi realizado um encontro para discutir aspectos que deveriam ser aprimorados, tanto na técnica de observação quanto no relatório apresentado. Todas as observações desta pesquisa foram realizadas por uma única pessoa.

5.3.3 Imersão no campo de pesquisa

Após adequação do roteiro através dos pré-testes, as entrevistas começaram a ser realizadas em junho de 2014 e finalizadas em fevereiro de 2015. Elas foram agendadas por telefone, de acordo com a disponibilidade dos entrevistados e todas ocorreram nos espaços de trabalho dos mesmos, sempre em locais reservados. Foram audiogravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra e literalmente.

Por ser uma pesquisa qualitativa, o critério priorizado para definição dos entrevistados não foi aleatório, uma vez que a preocupação foi com o aprofundamento e com a compreensão dos aspectos subjetivos da questão estudada. Assim, os participantes foram cuidadosamente selecionados baseando-se na possibilidade de diversificar a representação dos dados. Os critérios de inclusão foram atender mulheres em situação de violência ou estar envolvido com a construção da rede intersetorial para mulheres em situação de violência de Ribeirão Preto, ter disponibilidade e assinar o TCLE.

Foram entrevistadas 35 pessoas (em 34 entrevistas, já que uma delas ocorreu com duas pessoas ao mesmo tempo), conforme assinalado no Quadro 1 com asteriscos (*). Visando garantir o sigilo quanto à identidade, os participantes foram identificados com a letra “E”, de entrevistado, juntamente com um número referente à ordem na qual as entrevistas aconteceram.

O recurso de saturação para estabelecer a interrupção da produção de dados foi utilizado. Considerando que o campo de pesquisa era muito extenso e variado e visando garantir a presença das diferentes instituições e atores envolvidos no processo de cuidado das mulheres e na articulação da rede intersetorial, buscamos identificar a saturação dentro dos diferentes setores e entre os profissionais das mesmas áreas.

Em relação às observações, as primeiras ocorreram logo após o contato inicial com as instituições para resolver as questões éticas. Passamos a ter ciência sobre reuniões e fóruns de discussão sobre a rede intersetorial de Ribeirão Preto e também, de eventos sobre o tema.

A partir de então, e ao longo de todo o trabalho de campo da pesquisa, foram realizadas observações participantes em tais espaços, sem roteiro prévio e

objetivando familiarizar-se com os temas discutidos, conhecer os atores e acompanhar os esforços de articulação entre os diferentes pontos da rede.

Cronologicamente, as observações realizadas foram:

- **Março de 2013:** Reunião Ordinária do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (19/03/2013); Fórum da Rede de Proteção a Mulheres em Situação de Violência de Ribeirão Preto (27/03/2013), discussão promovida pela Câmara Municipal dos Vereadores para discutir a articulação da rede intersetorial para o enfrentamento da violência contra a mulher.
- **Junho de 2013:** Capacitação sobre notificação de violência (21/06/2013), promovida pelo SEAVIDAS.
- **Agosto de 2013:** Evento *“Lei Maria da Penha e atuação multiprofissional”* (07/08/2013), promovido pelo Ministério Público e Coordenadoria da mulher de Ribeirão Preto, visando capacitar profissionais da rede intersetorial sobre a Lei Maria da Penha; Evento *“IV Fórum da Rede Social de Jaboticabal: Vamos conversar em rede?”* (14/08/2013) promovido pela rede protetiva de Jaboticabal para discutir articulação em rede.
- **Setembro de 2013:** Reunião aberta com psicóloga de Casa Abrigo de São Paulo (11/09/2013) promovida pela Coordenadoria da Mulher de Ribeirão Preto visando aperfeiçoar o trabalho desenvolvido pela Casa Abrigo de Ribeirão Preto após denúncias de violações de direitos; Evento *“A rede de enfrentamento à violência: a implementação da atuação integrada”* (27/09/2013) também promovido pela Coordenadoria da Mulher para apresentar uma proposta de fluxo de encaminhamentos para a rede.
- **Outubro de 2013:** Reunião Ordinária do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (02/10/2013).
- **Novembro de 2013:** Solenidade para assinatura do Acordo de Cooperação Técnica firmado entre Polícia Militar, Ministério Público e Coordenadoria da Mulher de Ribeirão Preto (25/11/2013).

Também foram realizadas observações participantes em três serviços da rede intersetorial visando conviver com os grupos estudados, participar de seu cotidiano e observar diretamente acontecimentos para poder melhor interpretar os dados das entrevistas.

A partir do roteiro criado, foi estabelecida uma estimativa do tempo necessário para a permanência nos serviços, que foram frequentados levando-se em conta os dias da semana e horários em que funcionavam. Estabelecemos como medida de tempo o que chamamos de 'períodos', entendidos como um contínuo ininterrupto de quatro horas.

Assim, foram realizados dez períodos de observações (40 horas) na Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) (sendo oito períodos em janeiro de 2014 e dois períodos em abril de 2014), cinco períodos (20 horas) no serviço específico para situações de violência da saúde (em abril de 2014) e seis períodos (24 horas) no serviço especializado no atendimento a mulheres da assistência social (em abril e maio de 2014). As observações foram realizadas em dias da semana e horários diferentes, buscando dessa forma, participar de uma maior variedade de acontecimentos.

Com anuência dos profissionais e usuários - quando necessário - foram realizadas observações em espaços coletivos (saguões, sala de espera e balcões de atendimento), consultas/atendimentos, atividades grupais e reuniões de equipe, que foram registradas em um diário de campo. Para garantir o sigilo quanto à identidade dos presentes, os dados oriundos das observações foram identificados com o termo "OBS", juntamente com um número referente à ordem na qual foram realizadas e o período.

Entendemos que as técnicas de pesquisa aqui utilizadas não oferecem acesso a uma realidade pré-existente e independente, mas sim, que propiciam caminhos para que os pesquisadores possam integrar os contextos estudados tornando-se parte fundamental na produção de dados. Nessa perspectiva, o campo da pesquisa qualitativa está longe de ser asséptico como um campo cirúrgico pretende ser.

Assim, a produção de dados implica na construção de relações sociais entre os pesquisadores e os pesquisados e depende profundamente da maneira como essas interações se estabelecem. Portanto, colocar-se ético-politicamente em discussão diante do processo de produção do conhecimento é fundamental levando em conta que são ativadas vivências, inseguranças, lembranças e expectativas do pesquisador sobre os quais também é preciso refletir.

5.4 Análise dos dados

O trabalho de análise na pesquisa qualitativa busca descobrir padrões emergentes nos dados produzidos (entrevistas/falas e observações/ações) que revelem percepções, crenças e significados das experiências vividas.

Para realizar tal tarefa, utilizamos a Análise de Conteúdo, que é definida como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Sendo um conjunto de técnicas, há diferentes formas de analisar o conteúdo dos dados de uma pesquisa. Aqui, utilizamos a modalidade *temática* que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença, tenha algum significado para o objetivo analítico visado (BARDIN, 1979).

Ou seja, essa modalidade de análise de conteúdo visa identificar temas - definidos por Minayo (2009) como “*unidades de significação sobre determinados assuntos*” - que sejam relativos ao objeto estudado e estabelecer relações entre eles.

Os procedimentos metodológicos da análise de conteúdo temática destacados por Minayo (2009) consistem em três etapas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados/inferência/interpretação do material.

Durante toda a realização do trabalho de campo, o material empírico produzido foi sendo organizado e inserido no NVIVO 9, um software de análise de dados qualitativos.

Assim, na fase pré-analítica dos dados, foi feita uma leitura/escuta atenta, reiterativa e cheia de perguntas do material, que foi decomposto visando o reconhecimento de temas para a constituição do corpus de análise. Esse processo, chamado por Minayo (2012) de “*impregnação*”, é fundamental e deve ser feito com ênfase, espaço e tempo.

A autora afirma que realizá-lo apenas tecnicamente, empobreceria os resultados e que um aspecto importante nessa etapa é reavaliar os objetivos iniciais

da pesquisa e, se necessário, reformulá-los para a correção dos rumos interpretativos ou abertura para novas indagações.

Na exploração do material, etapa que tem por objetivo atingir o núcleo de compreensão do texto, foi realizada a categorização, processo de redução do texto a palavras e expressões significativas.

Inicialmente, cada entrevista foi categorizada individualmente, procurando a lógica construída por cada participante, além da busca de novos elementos para análise. Nesse processo, foram identificadas categorias, subcategorias e suas possíveis variações, sendo algumas pré-definidas a partir dos objetivos da pesquisa e outras, emergentes. Posteriormente a esse procedimento, as categoriais similares das diferentes entrevistas foram agrupadas com um só nome e, quando consideradas complementares entre si, aglutinadas.

A categorização dos relatos das observações seguiu o mesmo procedimento e foi baseada nas categorias estabelecidas a partir da análise das entrevistas. O quadro 2 apresenta os temas relacionados, categorias e subcategorias identificadas no material empírico.

Temas relacionados	Categoria	Subcategorias
Processo de trabalho	Produção do cuidado	- Caracterização dos serviços - Percepções dos profissionais acerca das mulheres atendidas - Percepções dos profissionais sobre o trabalho realizado.
	Produção da articulação	- Entendimento sobre o conceito de rede e seu funcionamento. - O processo de trabalho em rede no município
Temas transversais	Gênero	- O que entendem por gênero. - Papéis sociais de homens e mulheres. - Dificuldades e avanços em relação ao tema.
	Violência contra mulheres	- Tipos de violência, caracterização e ocorrência. - Motivações para a violência e fatores associados. - Percepções sobre os autores de violência.
	Lei Maria da Penha	- Impactos da Lei Maria da Penha. - Percepções sobre previsões legais (medidas protetivas e representação automática)
	Políticas públicas para mulheres	- Percepções sobre políticas públicas para mulheres.
	Setor saúde	- Percepções sobre o setor em relação à violência.
	Questões locais	- Percepções sobre obstáculos e possibilidades para a construção do atendimento integral a mulheres em situação de violência.

Quadro 2. Grade de categorias de análise, subcategorias e temas relacionados.

A partir desse processo, pudemos passar de elementos descritivos à interpretação e compreensão dos significados do material empírico produzido utilizando os princípios de interpretação discutidos nos capítulos anteriores.

As categorias “*Produção do cuidado*”, e “*Produção da articulação*”, identificadas como componentes do ‘*Processo de Trabalho*’ foram apresentadas e analisadas separadamente uma da outra. Para aprofundar a interpretação e discussão de cada uma delas foram utilizadas, de forma transversal, percepções e conhecimentos dos entrevistados sobre temas como gênero, violência contra mulheres; Lei Maria da Penha; políticas públicas para mulheres; setor saúde e questões locais, componentes dos chamados ‘*temas transversais*’.

Procedemos dessa forma por entender que os dados dos temas transversais tratam de questões que perpassam diretamente a forma como o processo de trabalho se constrói estando, portanto, diretamente relacionadas às intervenções e articulações produzidas, assim como às vivências e recursos relacionais mobilizados nas experiências vividas.

6. Resultados e Discussão

Os resultados e a discussão aqui apresentados foram divididos em duas categorias, chamadas de “*Produção do Cuidado*” e “*Produção da Articulação*”, ambas referentes aos processos de trabalho com mulheres em situação de violência.

Os dados produzidos foram interpretados com base nos pressupostos teóricos apresentados no Capítulo 3 desta tese. Além disso, foram utilizados para a discussão os conteúdos abordados durante as entrevistas chamados de “*temas transversais*” e que se referem a questões de gênero, violência, Lei Maria da Penha, políticas públicas para mulheres, saúde e questões locais do município, vinculadas principalmente a aspectos da gestão pública.

Acreditamos que realizar a análise e discussão de forma transversal entre as categorias e tais temas seja fundamental, pois eles perpassam diretamente a forma como os processos de trabalho ocorrem, os sentidos dados às vivências e os recursos relacionais mobilizados para a produção do trabalho.

Se retomarmos a concepção de rede proposta por Emerbayer & Goodwin (1994), podemos resgatar a importância de desvelar ideologias e discursos culturais dos sujeitos que as integram. Isso porque, as afinidades entre as atitudes dos sujeitos que representam as instituições e suas trajetórias biográficas tem um peso considerável nas possibilidades de cuidado e, também na qualidade das conexões estabelecidas entre os serviços (KISS et al., 2007).

O presente capítulo está organizado em três partes. Inicialmente, realizamos uma breve caracterização dos participantes deste estudo, seguida pela discussão das duas categorias temáticas definidas.

A categoria “*Produção do Cuidado*” se refere à forma como o processo de trabalho está organizado nos setores e serviços estudados. Primeiramente, caracterizamos cada um dos setores descrevendo sua vocação assistencial, os serviços oferecidos, a composição das equipes e a clientela atendida. Para isso, nos baseamos em legislações, documentos oficiais e também, em dados e percepções dos próprios entrevistados.

Posteriormente, as duas subcategorias “*Percepções dos profissionais acerca das mulheres atendidas*” e “*Percepções dos profissionais sobre o atendimento realizado*”, foram discutidas, ambas de forma setorial já que apresentam características muito específicas a cada setor.

A segunda categoria, “*Produção da Articulação*”, se refere ao processo de trabalho para construir a rede intersetorial necessária para a produção de um cuidado integral às mulheres em situação de violência. Para realizar a apresentação dos resultados e discussão definimos as seguintes subcategorias: “*O entendimento do conceito de rede e seu funcionamento*” e “*O processo de trabalho em rede no município*”.

6.1 Caracterização dos participantes

A caracterização dos participantes da pesquisa foi realizada a partir de dados sócio demográficos - como sexo, idade, estado marital e número de filhos -, e de informações sobre formação e percurso profissional, todas fornecidas pelos próprios entrevistados.

Foram entrevistadas 35 pessoas, sendo 25 mulheres e dez homens, com idade média de 41 anos. Dentre os participantes, 22 referiram ser casados, seis separados ou divorciados, seis solteiros e uma referiu ser viúva. 22 deles, na ocasião das entrevistas, tinham um ou mais filhos (Quadro 3).

Entrevista	Sexo	Idade	Estado marital	Filhos
E1	F	Não informada	Casada	Sim (3)
E2	F	57 Anos	Solteira	Sim (1)
E3	F	45 Anos	Casada (15 anos)	Sim
E4	F	64 Anos	Casada (35 anos)	Não informado
E5	F	55 Anos	Casada (33 anos)	Sim (2)
E6	F	36 Anos	Casada (8 anos)	Não
E7	F	31 Anos	Solteira	Não
E8a	M	37 anos	Casado	Sim
E8b	M	40 anos	Casado	Sim
E9	M	47 Anos	Casado (17 anos)	Não informado
E10	M	50 Anos	Separado (casou três vezes)	Sim (4)
E11	F	62 Anos	Casada (25 anos)	Sim (1)
E12	F	34 Anos	Casada (3)	Não
E13	F	49 Anos	Casada (12 anos)	Sim (2)
E14	F	32 Anos	Divorciada	Não
E15	M	48 Anos	Divorciado	Sim
E16	F	44 Anos	Divorciada	Sim (1)
E17	F	31 Anos	Solteira	Não
E18	F	Não informado	Casada	Não informado
E19	M	51 Anos	Casado (14)	Não informado
E20	F	38 Anos	Casada (13 anos)	Não informado
E21	F	55 Anos	Casada (25 anos)	Sim (2)
E22	F	35 Anos	Solteira	Não
E23	F	Não informado	Casada	Não
E24	F	33 anos	Casada (8 anos)	Sim (1)
E25	F	69 anos	Viúva (casada 20 anos)	Sim (3)
E26	M	32 anos	Solteiro, parceiro fixo há dois anos	Sim (1)
E27	F	56 anos	Divorciada	Sim (2)
E28	M	40 anos	Casado (8 anos)	Sim (1)
E29	F	60 anos	Casada (22)	Sim (4)
E30	F	36 anos	Casada (8)	Sim (1)
E31	F	55 anos	Divorciada	Sim (3)
E32	F	22 anos	Solteira	Não
E33	M	47 anos	Casado	Sim (2)
E34	M	48 anos	Casado	Sim (2)

Quadro 3. Caracterização sócio demográfica da(o)s profissionais entrevistada(o)s.

Participaram da pesquisa, profissionais formados em diversas áreas de conhecimento, que atuam em variados setores e em serviços com diferentes vocações e graus de complexidade.

Do setor saúde foram entrevistadas oito profissionais – duas trabalhadoras de serviços de atenção primária, dois de um serviço especializado em saúde mental,

três de um serviço específico para o atendimento a situações de violência e uma informante chave que atua na gestão da Secretaria Municipal da Saúde. Dentre estes profissionais, havia quatro assistentes sociais, duas psicólogas e dois médicos.

Do setor de assistência social também foram entrevistadas oito profissionais, atuantes como gestores ou técnicos em serviços especializados em situações de violações de direitos. Destes, três são formados em serviço social, três em psicologia, um em direito e uma é graduanda em direito.

Da segurança pública foram entrevistados quatro profissionais, sendo três que atuam em um serviço especializado da polícia civil e um da polícia militar. Destes, dois possuem ensino médio completo, um é formado em direito e um é graduando em direito.

Do setor jurídico foram dez entrevistados, sendo cinco profissionais que atuam em fóruns (varas criminais), três no Ministério Público e dois na Defensoria Pública. Dentre eles há oito bacharéis em direito (quatro juízes, três promotores de justiça e uma defensora pública) e duas psicólogas. Nenhum desses serviços é especializado ou específico para mulheres em situação de violência.

Também foram entrevistadas duas profissionais que atuam em organizações do terceiro setor – ambas assistentes sociais -, uma informante chave da sociedade civil, representante do controle social relacionado aos direitos das mulheres, uma informante chave de um movimento social feminista e uma informante chave do poder legislativo do município.

O tempo de experiência dos entrevistados varia de um a 34 anos, com uma média de 11 anos (mediana de sete anos) (Quadro 4).

Entrevista	Formação	Tempo de formação	Área de atuação	Tempo de experiência	Pós graduação	Formação em gênero	Formação em violência
E1	Serviço Social	21 anos	Setor de assistência social (concursada)	20 anos	Formação em Terapia de Casais	Não	Não
E2	Medicina	31 Anos	Setor de saúde (concursada)	21 anos	Residência em medicina preventiva e especialização em planejamento em saúde	Não	Não
E3	Superior incompleto (economia)	não se aplica	Setor de segurança pública (concursada)	05 anos	Não se aplica	Não	Não
E4	Serviço social	30 anos	Setor de saúde (concursada)	18 anos	Especialização em Saúde Pública	Não	Não
E5	Serviço Social	33 anos	Setor de assistência social (concursada)	18 anos	Mestrado e Doutorado em direitos humanos	Sim, no trabalho	Sim, no trabalho
E6	Psicologia	13 anos	Setor jurídico (concursada)	06 anos	aprimoramento, mestrado em medicina social e doutorado em enfermagem psiquiátrica	Sim, na graduação, pós graduação e no trabalho	Sim, na graduação e no trabalho
E7	Psicologia	08 anos	Setor de assistência social (CLT)	02 anos	Especialização em violência (LACRE) e MBA	Sim, no trabalho	Sim, na pós graduação
E8a	Direito	15 anos	Setor jurídico (concursado)	13 anos	Não tem	Não	Não
E8b	Direito	19 anos	Setor jurídico (concursado)	16 anos	Não tem	Não	Não
E9	Medicina	22 anos	Setor de saúde (concursado)	17 anos	Residência em psiquiatria e pós graduação em psicologia social	Não	Não
E10	Ensino médio completo	Não se aplica	Setor de segurança pública (concursado)	07 anos	Não se aplica	Não	Não
E11	Serviço Social	35 anos	Setor de saúde (CLT)	34 anos	especialização em violência (LACRE e da FIOCRUZ)	Sim, na pós graduação	Sim, na pós graduação
E12	Psicologia	10 anos	Setor de saúde (CLT)	04 anos	Pós graduação em saúde mental	Sim, no trabalho	Sim, na graduação
E13	Serviço Social	25 anos	Informante Chave	05 anos	Especialização em violência (LACRE)	Não	Sim, na pós graduação
E14	Serviço Social	07 Anos	Setor de saúde (concursada)	02 anos	Pós graduação em educação	Sim, na graduação	Sim, na graduação
E15	Direito	22 anos	Setor jurídico (concursado)	20 anos	Não tem	Não	Não
E16	Serviço Social	08 anos	Setor de saúde (concursada)	03 anos	Não tem	Sim, no trabalho	Sim, no trabalho
E17	Psicologia	06 anos	Setor de saúde (concursada)	01 ano	Especialização em saúde Mental	Não	Sim, no trabalho
E18	Direito	20 Anos	Setor jurídico (concursada)	15 anos	Não tem	Não	Não
E19	Direito	28 anos	Setor jurídico (concursado)	25 anos	Não tem	Não	Não
E20	Direito	10 Anos	Setor jurídico (concursada)	7 anos	Não tem	Não	Não

Entrevista	Formação	Tempo de formação	Área de atuação	Tempo de experiência	Pós graduação	Formação em gênero	Formação em violência
E21	Psicologia	27 Anos	Setor de assistência social (concursada)	27 anos	Especialização em violência (LACRE) e formação em terapia comunitária	Sim, na pós graduação	Sim, na pós graduação
E22	Psicologia	12 anos	Setor jurídico (concursada)	03 anos	Doutorado e pós doutorado em psicologia	Sim, no trabalho	Sim, no trabalho
E23	Direito	25 anos	Setor de segurança pública (concursada)	20 anos	Doutorado em direito público	Não	Não
E24	Serviço social	09 anos	Terceiro setor	03 anos	Cursando (Terapia familiar)	Sim, na graduação	Sim, na graduação
E25	Ciências sociais e história	33 anos	Controle social	02 anos	LACRE (violência) e cursando Saúde população negra, pela UNIFESP	Sim, na pós graduação	Sim, na pós graduação
E26	Direito	08 anos	Setor de assistência social (comissionado)	03 anos	pós-graduação em Direito do Trabalho, Direito e Processos do Trabalho, e cursando pós-graduação em Direito Previdenciário	Não	Sim, na graduação e no trabalho
E27	Serviço social	03 anos	Terceiro Setor	22 anos	Pós graduação em políticas públicas, Terapia comunitária e cursando em gestão de projetos sociais	Não	Não
E28	Direito	10 anos	Setor de segurança pública (Concursado)	20 anos	Não tem	Não	Sim, no trabalho
E29	Superior em curso (direito)	Em curso	Setor de assistência social (comissionada)	01 ano	Não se aplica	Não	Não
E30	Psicologia	10 anos	Setor de assistência social (concursada)	02 anos	Especialização Saúde Pública, em Dependência Química e Gestão de Saúde Pública. Mestrado em curso	Sim, no serviço	Sim, no serviço
E31	Serviço social	33 anos	Setor de assistência social (comissionada)	01 ano	Pós graduação em terapia de família	Não	Não
E32	Superior em curso (direito)	Em curso	Movimento social	01 ano	Não se aplica	Sim, na graduação	Sim, na graduação
E33	Direito	24 anos	Setor judiciário (concursado)	16 anos	Mestrado em Direito penal	não	Não
E34	Direito	26 anos	Setor judiciário (concursado)	08 anos	Não tem	não	não

Quadro 4. Caracterização de formação e tempo de experiência da(o)s profissionais entrevistada(o)s.

Todos os profissionais entrevistados que atuam nos setores de segurança pública (quatro) e jurídico (dez) são funcionários públicos concursados.

Dos setores de saúde e assistência social foram entrevistados profissionais com diversos vínculos empregatícios. Na saúde, cinco dos entrevistados são servidores públicos concursados e três são contratados por processo seletivo. Já na assistência social, quatro participantes são concursados, três ocupam cargos comissionados e um é contratado por processo seletivo.

Em relação aos vínculos, uma das entrevistadas – funcionária pública vinculada à assistência social - se refere à importância de haver profissionais concursados nos serviços uma vez que, outros vínculos são muitos precários e geram muita instabilidade nos serviços:

(Concurso) é importante pra você formar uma equipe e pra que os profissionais parem de ‘passar’ pelo serviço - fica um ano, dois e sai porque o contrato vence. Ai vem outro. São bons profissionais só que a gente perde eles (E5, mulher, 55 anos).

Além dos aspectos já citados referentes à possibilidade de continuidade do trabalho e de manutenção dos vínculos estabelecidos entre membros da equipe e com os usuários, há entrevistados que acreditam que, pela estabilidade que possuem, profissionais concursados têm maior liberdade de lutar pela construção de um serviço no qual acreditam.

Os vínculos mais instáveis, presentes especialmente nos setores de saúde e assistência social, são entendidos por alguns entrevistados como obstáculos à formação de redes. Isso porque, segundo afirmam, o conhecimento sobre o tema da violência e acerca dos serviços existentes - fundamentais no processo de trabalho em rede – fica prejudicado com as constantes trocas de profissionais. A discussão acerca de tal dificuldade é ampliada quando discutimos algumas barreiras identificadas para a efetivação do trabalho em rede, na categoria “*Produção da Articulação*”.

Referente ao tempo de formação, entre os 31 profissionais com ensino superior completo, a média é de 19,7 anos de formado (mediana de 21 anos). Deles, 22 referiram ter feito alguma pós-graduação, como aprimoramento, especialização, residência, mestrado e/ou doutorado.

Os entrevistados foram questionados se durante suas formações (graduações e/ou pós-graduações) tiveram contato com as temáticas de gênero e/ou violência.

Apenas sete entrevistados – formados em psicologia, serviço social e direito – afirmaram terem discutido a questão de gênero em suas graduações e pós-graduações, e 11 (também formados nas três áreas citadas anteriormente) referiram ter discutido a temática da violência em tais contextos.

Segundo alguns desses profissionais a abordagem de tais temas não estava prevista em seus currículos, e foi aconteceu apenas porque eles já tinham interesse no assunto: *“Eu fiz iniciação científica que abordava essa questão de gênero. Era um grupo de pesquisa de violência então, eu acabei tendo esse contato”* (E12, mulher, 34 anos); *“Tive professores preocupados em passar isso pros alunos, introduzir minimamente essa questão da violência para os futuros profissionais, mas foi bem pontua, nada oficial”* (E16, mulher, 44 anos).

Outros entrevistados que discutiram tais temáticas afirmam que foi de forma muito restrita e mesmo, preconceituosa: *“O que a gente discutia em termos de gênero era se a depressão, se a esquizofrenia dava mais em mulher ou em homem”* (E9, homem, 47 anos); *“Muitas vezes a abordagem desses temas é carregada de preconceito, professores fazendo piadas de mau gosto, machistas”* (E32, mulher, 22 anos).

Dentre aqueles que não tiveram contato com tais questões durante suas formações, há os que afirmam que não eram relevantes na época e, por isso, não foram abordadas. Para uma das profissionais, que se formou durante a ditadura militar, os temas não foram estudados porque a vigência do AI5 restringia a abordagem de determinados assuntos e ameaçava a liberdade de quem propusesse tais discussões.

Sobre a abordagem dos temas ‘violência’ e/ou ‘gênero’ nos espaços de trabalho também foram poucos os profissionais que afirmaram ter tido acesso a capacitações ou grupos de estudo sobre tais questões – apenas seis entrevistados.

Essa dificuldade muitas vezes não é por falta de oferta. Segundo profissionais do setor de segurança pública, por exemplo, eles não tiveram acesso formal a tais conteúdos porque, segundo afirmam, com o número reduzido de profissionais no serviço fica inviável saírem do trabalho ou pararem o atendimento para participarem das formações oferecidas.

Outras pesquisas sobre trabalho em redes para o cuidado a mulheres em situação de violência também encontraram profissionais que consideram terem tido uma formação (tanto acadêmica quanto em serviço) insuficiente para lidar com a

temática da violência de gênero contra mulheres (KISS & SCHRAIBER, 2011; VILLELA et al., 2011)

Mais recentemente, após a inserção do tema da violência no campo da saúde e à promulgação da Lei Maria da penha, cursos específicos de pós-graduação para tratar da violência de gênero começaram a surgir, assim como o início da abordagem do tema em alguns currículos de graduação.

A Lei Maria da Penha prevê em seu artigo 8º, inciso IX que haja atenção especial nos currículos escolares de todos os níveis de ensino, à abordagem de conteúdos relativos aos direitos humanos, equidade de gênero, raça e etnia e ao problema da violência contra as mulheres (BRASIL, 2006a).

Segundo Campos (2011), há uma eficácia elevada para coibir a violência em tal estratégia, pois ao abordar tais questões *“se passa a conhecer e eventualmente cultivar valores mais libertários do que aqueles advindos do senso comum”*.

Alguns profissionais concordam ao afirmar que, dependendo da forma como é construída, a educação possibilita transformar as concepções de gênero que permeiam as relações sociais: *“Quando você pega os índices de violência contra a mulher no mundo inteiro, nos países que não tem diferença nenhuma entre as tarefas aprendidas na escola, os índices são mais baixos”* (E5, mulher, 55 anos).

Em resposta a tal previsão legal há, porém, uma forte reação de setores mais conservadores da sociedade visando impedir a abordagem de questões de gênero nas escolas, por entenderem que poderia sobrepujar valores familiares tradicionais e interferir (e mesmo prejudicar) o desenvolvimento sexual de crianças e adolescentes¹³.

A abordagem dessas questões é tida como fundamental por todos os entrevistados - seja durante a formação, seja em serviço - por serem temas muito presentes no cotidiano de todos os profissionais. Além disso, alguns afirmam que, se não houver formação para trabalhar com gênero e violência, principalmente em uma perspectiva preventiva, nunca haverá serviços suficientes para cuidar dos casos.

Nesse sentido, é importante pensar no tipo de formação que está sendo oferecida, tanto na academia quanto nos serviços. Um primeiro aspecto importante

¹³ Informação baseada no Projeto de Lei nº 7180/2014, em tramitação no Congresso Nacional brasileiro, que dispõe sobre os parâmetros curriculares nacionais afirmando que estes deverão respeitar as convicções dos alunos, de seus pais ou responsáveis, tendo os valores de ordem familiar precedência sobre a educação escolar nos aspectos relacionados à educação moral, sexual e religiosa, vedando a transversalidade ou técnicas subliminares no ensino desses temas.

de ser discutido é a priorização que ainda existe dos modelos formativos para competências técnicas. Competência, segundo Rios (2002), é o conjunto de componentes de caráter técnico, estético, ético e político, necessários para o “*saber fazer bem o dever*”. A autora se refere, portanto, a um fazer que requer, além de técnicas, um conjunto de saberes e um posicionamento diante daquilo que se apresenta como desejável e necessário.

Assim, não é mais suficiente um modelo formativo que priorize apenas habilidades técnicas em detrimento de atitudes de acolhimento e criação de vínculos. É fundamental haver uma dimensão ética na formação dos profissionais, elemento de mediação entre a técnica e a política: “*Como elemento de mediação a ética deve estar presente na técnica, que não é neutra, e na política, que abriga uma multiplicidade de poderes e interesses*” (RIOS, 2002).

Porém, o que se vê prioritariamente, tanto na academia quanto nas formações em trabalho, ainda são modelos de educação pouco reflexivos e críticos e descontextualizados do contexto em que o sofrimento e o cuidado são produzidos (VASCONCELOS & CRUZ, 2013).

Isso nos conduz a um segundo aspecto importante de ser destacado, que é a inseparabilidade entre formação e prática. Não é possível primeiro aprender para depois trabalhar já que essas são as duas faces de um mesmo processo:

(...) a prática reflexiva e o envolvimento crítico não podem ser considerados peças relacionadas e nem mesmo acrescentados ao edifício das competências. Ao contrário disso são fios condutores do conjunto da formação, são posturas que devem ser adotadas, desejadas e desenvolvidas (PERRENOUD, 2002, p. 197).

Portanto, a prática reflexiva no trabalho tensiona e problematiza a formação, gerando uma dobra sobre si mesma. Esse ‘efeito pororoca’ é que cria a possibilidade de refletir sobre o que se faz e suscita transformações múltiplas - na formação, na prática, nos usuários e nos trabalhadores.

6.2 Processos de Trabalho

Chamamos de “*Processos de Trabalho*” o grande tema que engloba as duas categorias nas quais discutimos aspectos referentes ao que se faz e como se faz, tanto em cada um dos setores/serviços - a “*Produção do Cuidado*” -, quanto intersetorialmente, - a “*produção da articulação*”.

6.2.1 A produção do cuidado

A categoria “*Produção do Cuidado*” se refere à como cada um dos setores está organizado para a produção do cuidado às mulheres em situação de violência.

As percepções dos entrevistados acerca das mulheres que chegam aos seus serviços e sobre o atendimento foram discutidas setorialmente por apresentarem características específicas.

Iniciamos com uma descrição de cada um dos setores, sua vocação assistencial, serviços oferecidos, composição das equipes e clientela atendida, baseada em legislações, documentos oficiais e também, em percepções dos próprios entrevistados.

6.2.1.1 Caracterização dos setores estudados

Os primeiros serviços específicos para o cuidado a mulheres em situação de violência surgiram durante a década de 1980, a partir da convergência dos movimentos sociais de mulheres e do feminismo, processo que exerceu pressão sobre o Estado para que houvesse investimentos em políticas públicas com recorte de gênero (SCHRAIBER et al., 2012).

Assim, nos últimos trinta anos houve no Brasil um grande aumento destes serviços, ao lado do incremento de movimentos pelos direitos humanos das mulheres, do surgimento de conselhos da condição da mulher e de coordenadorias da mulher em administrações estaduais e municipais.

Nesse processo, alguns serviços, criados com o intuito de atender apenas a mulheres em situação de violência - como a Delegacia de Defesa da Mulher, por exemplo -, ampliaram seu raio de ação e, atualmente, não atendem mais dessa forma. Além disso, em muitos municípios, como é o caso do nosso, não houve investimento na criação de espaços específicos e, tampouco a sociedade civil conseguiu se mobilizar através de órgãos de controle social e movimentos de mulheres para fazer frente às necessidades prementes.

Os setores e serviços estudados nessa pesquisa foram escolhidos por atenderem, de alguma forma, mulheres em situação de violência. Entre eles há serviços gerais, aqueles que atendem qualquer pessoa, serviços especializados, que atendem a determinações situações e serviços específicos, que atendem situações de violência.

Eles foram caracterizados baseando-se nas leis e portarias que os criam e regulamentam. A configuração dos mesmos no município foi apresentada a partir de um resgate histórico de sua criação, constituição e principais objetivos, informações referidas pelos entrevistados e também, coletadas através de observações participantes em alguns serviços.

A apresentação dos setores e serviços segue a seguinte ordem: **setor saúde** (serviço de atenção primária à saúde, serviço especializado em saúde mental, serviço específico para situações de violência e vigilância epidemiológica), **setor de assistência social** (serviços de proteção social especial de média complexidade, serviço de proteção social especial de alta complexidade e serviço jurídico), **setor de segurança pública** (serviço da polícia militar e da polícia civil), **setor jurídico** (ministério público, defensoria pública e fórum), **terceiro setor** (ONG) e **sociedade civil organizada** (conselho de direitos e movimento de mulheres).

O setor saúde

A violência, por ser uma questão social não é, em princípio, considerada objeto próprio do setor saúde. Ela se torna um tema sensível a esse campo a partir dos anos 1990 devido aos impactos que provoca na qualidade de vida das pessoas e também, pela ampliação da concepção de saúde.

O entendimento sobre o que é saúde determina o que é aceito ou não como decisões e ações apropriadas a serem tomadas em relação ao cuidado, tanto no campo da política quanto das práticas.

Em sua fala na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, o sanitarista Sérgio Arouca afirma que “saúde não é só ausência de doença. Saúde deve ser entendida como um bem estar físico, social, afetivo e ainda, como ausência de medo”¹⁴. Essa concepção de saúde, que parece bastante adequada para a discussão e abordagem da violência no setor, é a que embasa toda a formulação ético-política do SUS.

Apesar da abordagem da questão da violência por uma perspectiva de gênero exigir a aproximação da saúde do debate da promoção de direitos humanos, a produção do cuidado no setor ainda é fortemente pautada por uma mentalidade biomédica, que não se aproxima de uma concepção ampliada de saúde (SCHRAIBER, 2011)¹⁵.

Por excluir aspectos sociais e subjetivos, historicamente tal posicionamento gera práticas assistenciais e preventivas alienadas dos contextos nos quais o sofrimento é gerado, falhando em explicar causas além dos indivíduos.

Segundo Minayo (2006), esse é o fator que mais dificulta a inserção do tema da violência no setor: “Nunca um tema provocou tanta resistência em relação à sua inclusão na pauta do setor como esse, cuja tônica são questões da vida social e não doenças”.

Mesmo com tais dificuldades, desde os anos 1990, o setor tem se esforçado para ampliar seu papel no atendimento aos casos de violência, definindo medidas de prevenção e promoção à saúde. Vieira et al. (2013) afirmam que estamos em um estágio de transição em que a violência está começando a ser entendida como sendo do escopo de ação da saúde. Isso fica claro, segundo os autores, com o incremento das respostas positivas dos profissionais aos casos de violência, o que mostra um movimento de um modelo tradicional para um modelo mais integral de cuidado.

¹⁴ Vídeo de abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Disponível no site www.youtube.com. <Acessado em 15/05/2016>.

¹⁵ SCHRAIBER, L.B. no **Seminário II NEPAIDS** – Juventude, Violência de Gênero e Direitos Humanos. Painel: Como conceber a violência de gênero no trabalho com jovens. Violência de gênero: apontamentos interdisciplinares desde o campo da saúde e de estudos, 2011.

O setor saúde tem muito potencial para identificar o problema da violência e, assim oferecer orientações em relação aos cuidados possíveis. Isso porque, devido às consequências da violência, mulheres nessa situação são usuárias frequentes dos serviços de saúde (VIEIRA et al., 2013).

O setor está organizado com base na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que cria o Sistema Único de Saúde (SUS), política de estado que visa uma sociedade mais justa e equânime. O SUS é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde executados, isolados ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por órgãos e instituições de direito público ou privado.

Visando garantir seus princípios fundamentais, que são a universalidade de acesso, a integralidade da assistência, a equidade e a participação social, o SUS está organizado de forma descentralizada político-administrativamente, regionalizada e hierarquizada em níveis de atenção (BRASIL, 1990).

Para casos de violência, em cada nível de atenção, ações com diferentes características podem ser realizadas. A atenção primária tem o potencial de identificação e busca ativa de casos, acolhimento e promoção da saúde de forma longitudinal. Além disso, nesse nível, a prevenção da violência pode ser desenvolvida em conjunto com outros setores sociais, como a educação e a assistência social. Os serviços de atenção especializada e específicos podem tratar dos agravos relacionados às situações agudas e crônicas e prevenir reincidências.

Para essa pesquisa foram entrevistados profissionais do setor saúde (assistentes sociais, psicólogas e médicos) que atuam como técnicos ou gestores em serviços de atenção primária (Unidade Básica Distrital de Saúde - UBDS), especializado (saúde mental) e específico (serviço para atendimento a situações de violência). Também foi entrevistada uma informante chave da Vigilância Epidemiológica (VE).

Esses serviços estão vinculados à Secretaria Municipal da Saúde (SMS) e/ou à Secretaria Estadual da Saúde (SES) e todos eles atendem à população em geral - inclusive o serviço específico para situações de violência que, além de mulheres, atende a crianças, homens e idosos nessas situações.

Serviços da atenção primária

Da atenção primária à saúde, selecionamos profissionais que atuam em UBDS, unidades básicas de saúde que se caracterizam por terem, além das equipes básicas compostas por médicos generalistas, enfermeiros, farmacêuticos e dentistas, profissionais especialistas. São referência para um número específico de Unidades Básicas de Saúde (UBS), que podem ser tradicionais ou trabalharem com ESF. Além disso, também são referência para serviços especializados, como os CAPS, ambulatórios de especialidades e serviços de urgência e emergência.

Por ser um serviço de atenção básica, a UBDS é porta de entrada para o sistema de saúde, ou seja, os usuários podem procurar tais unidades diretamente, sem a necessidade de um encaminhamento para isso. Por isso acreditamos ser fundamental conhecer seu papel na rede intersetorial que atende às mulheres em situação de violência uma vez que, apesar de não atenderem exclusivamente a tais casos, serviços como esses são fundamentais para a identificação de situações e orientação inicial para a busca por ajuda especializada/específica.

No município existem cinco UBDS, uma em cada um dos distritos sanitários da cidade. Uma das UBDS estudada funciona 24 horas, com atendimento de urgência e emergência, além do atendimento ambulatorial. A outra, por ter uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) de referência, atua apenas ambulatorialmente.

Em ambas UBDS trabalham profissionais de enfermagem, médicos clínicos gerais e especialistas (pediatra, neurologista, cardiologista, oftalmologista e ginecologista), assistentes sociais, psicólogas e fonoaudiólogas. Para essa pesquisa, foram entrevistadas duas assistentes sociais.

As funções das assistentes sociais em uma UBDS são, segundo as entrevistadas, oferecer acolhimento, orientações gerais e também, atuar em alguns programas, como os de hipertensão e diabetes e de planejamento familiar. Além disso, elas dão retaguarda aos serviços vinculados à UBDS, agindo sobre questões - principalmente sociais e familiares -, que podem contribuir para o adoecimento e cuidado dos usuários.

Assim, elas acabam sendo as referências de assistência social dos seus distritos e, por isso, são procuradas pelos usuários mesmo em situações que seriam atribuição da Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS): “Benefícios

sociais, programas sociais é função da Secretaria de Assistência. Mas sou eu que faço o primeiro atendimento, faço a orientação de critérios e tudo mais e encaminho pro CRAS” (E14, mulher, 32 anos).

Portanto, apesar de atuarem em serviços que visam à execução de políticas de saúde, as entrevistadas afirmam que acabam tendo que perpassar por diversas outras políticas e mobilizar diferentes setores.

Os atendimentos oferecidos pelas profissionais geralmente são individuais ou com famílias. Quando há ações específicas, como semanas temáticas ou campanhas, ocorrem atividades grupais.

Apesar de uma das atribuições da atenção primária ser realizar ações de prevenção e promoção à saúde (BRASIL, 2012b), nas UBDS estudadas essas ações são raras em detrimento de ações de assistência. Isso reforça a ideia já discutida de que a lógica que rege o trabalho ainda é curativista e médico centrado.

Há reflexos diretos desse modelo na organização do processo de trabalho. Segundo E4, apesar de haver diversos profissionais de diferentes áreas atuando no espaço da UBDS, não são realizadas ações conjuntas ou reuniões para a discussão de casos, que acabam sendo atendidos de forma fragmentada e individual. Isso, segundo Campos et al (1997) dificulta a realização de diagnósticos e a construção de terapêuticas, multiplicando os encaminhamentos e a realização de exames complementares injustificados.

A escassez de recursos humanos também interfere diretamente no desenvolvimento do trabalho. Na época das entrevistas havia assistentes sociais em serviços de atenção primária à saúde somente nas UBDS e cada uma trabalhava 20 horas semanais: *“Não conseguimos fazer um trabalho tão eficaz, ter um contato tão forte com a comunidade porque não temos perna. Tentamos ter um compromisso com a população, mas faltam profissionais”* (E4, mulher, 64 anos); *“Eu tô aqui meio período apenas. Então o período da tarde não tem uma assistente social que atenda o distrito. Se a pessoa precisar de um atendimento naquele momento, não tem”* (E14, mulher, 32 anos).

Essa insuficiência de profissionais no setor dificulta a participação das profissionais nos espaços formais de educação permanente, de controle social - como o Conselho Local de Saúde - e, mesmo, nas discussões intersetoriais realizadas:

A gente não consegue participar de todas as reuniões. Eu tô aqui quatro horas por dia, são vinte horas semanais. E aí se eu saio pra todas as reuniões, a unidade fica descoberta, o distrito inteiro fica sem atendimento. Então, a gente não consegue participar de tudo (E14, mulher, 32 anos).

Atualmente, o município conta com um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), equipe multiprofissional composta por profissionais de diferentes especialidades que realizam ações de matriciamento e apoio institucional às equipes de UBS e USF (BRASIL, 2012b). Nessa equipe há uma assistente social que acaba auxiliando a profissional da UBDS do distrito em que a equipe se encontra. Mas essa ação ainda é incipiente, e existe em apenas um distrito do município.

Problemas estruturais, como dificuldade de acesso à internet e à linha telefônica, também são citados como barreiras ao desenvolvimento do trabalho nas UBDS: *“A internet é uma ferramenta muito importante no nosso trabalho, pra podermos dar informação aos usuários. Mas são poucos os sites que a gente consegue entrar”* (E14, mulher, 32 anos); *“A gente tem uma linha telefônica pra unidade inteirinha. Você tenta várias vezes fazer o contato. Às vezes eu dispenso o usuário e depois eu vou atrás pra dar um retorno”* (E4, mulher, 64 anos).

As profissionais entrevistadas reconhecem que há mulheres em situação de violência que procuram pelos seus serviços e afirmam que, mesmo assim, nenhuma ação específica é realizada, nem mesmo de caráter preventivo e/ou educativo: *“Não temos nenhum trabalho na área de violência, nem de prevenção, de educação, nada”* (E4, mulher, 64 anos).

Serviço especializado

Dentre os serviços especializados do setor saúde, selecionamos um Ambulatório de Saúde Mental para a pesquisa. Essa escolha se deu devido aos resultados de um estudo anterior realizado no município (HASSE & VIEIRA, 2014) segundo o qual, médicos e enfermeiras que atuam na atenção básica encaminham muitas mulheres em situação de violência para tais serviços. Sendo assim, tornou-se indispensável saber como o cuidado é produzido em tais serviços e como é a sua inserção na rede intersetorial.

Foram entrevistados uma psicóloga e um médico psiquiatra que atuam em um dos Ambulatórios de Saúde Mental da cidade. Para entender melhor como a política

de saúde mental do município está organizada e buscar esclarecimentos sobre críticas, uma entrevista com o coordenador do setor chegou a ser agendada. Mas ela não ocorreu já que ele não compareceu ao local no dia e horário agendados. Novas tentativas de agendamento foram feitas sem sucesso e, portanto, não conseguimos ouvi-lo.

O serviço estudado é referência em saúde mental para os casos do distrito onde está localizado e atende apenas a adultos. Segundo um dos entrevistados, o serviço *“tem características de atenção secundária”,* ou seja, *“oferece apenas atendimento para tratamento e reabilitação, não atua com prevenção ou promoção à saúde”* (E9, homem, 47 anos).

A equipe do serviço é formada por três médicos psiquiatras, duas psicólogas, uma enfermeira especializada em saúde mental, e uma auxiliar de enfermagem, que contribui principalmente com as pré e pós-consultas realizadas pelos psiquiatras. Há uma assistente social vinculada à UBDS onde o serviço está locado, que não atua exclusivamente no ambulatório, mas que os ajuda sempre que é necessário.

O objetivo de inserir uma equipe especializada dentro de uma UBDS, segundo a entrevistada E17, foi descentralizar o atendimento em saúde mental, que ocorria em apenas um distrito do município. Apesar de considerar um movimento importante, ela entende ser complicado locar uma equipe especializada dentro de uma UBDS devido às confusões que isso gera na população, e mesmo entre alguns profissionais. Isso porque muitos acreditam se tratar de um único serviço e acabam confundindo os fluxos de regulação. A profissional salienta que, para ser atendido no ambulatório é necessário um encaminhamento médico realizado através de um protocolo específico da SMS.

A psiquiatria oferece apenas atendimentos individuais, enquanto a psicologia oferece tanto individuais quanto em grupos. Os encaminhamentos para a psiquiatria são triados pela enfermeira especializada, que faz uma classificação de risco e agenda as consultas. Já os casos encaminhados para a psicologia são triados em um grupo, que ocorre uma vez por semana e possibilita uma escuta inicial para identificação de situações que apenas pelo encaminhamento não seria possível:

Eu diria que é como uma entrevista em grupo. Geralmente o que a gente faz é ouvir as queixas e observar um pouco essa pessoa, conhecer o histórico de tratamento, como ela tá inserida na dinâmica familiar, de trabalho, se tem alguma necessidade mais urgente (E17, mulher, 31 anos).

A partir dessa triagem, alguns pacientes são agendados para consultas individuais com psicólogas e/ou com psiquiatras, e também são criados grupos terapêuticos. Como os casos mais graves e crônicos acabam sendo absorvidos pelos CAPS, geralmente o serviço atende a situações mais leves e moderadas, como depressões e ansiedades:

Um caso que apareceu essa semana... É uma mulher que tá com uma criança pequena, não tá conseguindo amamentar, tá com dificuldades no cuidado, perdeu o marido durante a gestação. A gente considera prioritário. Enquanto isso, talvez tenha outro caso, de uma complexidade menor, que aguarda um pouco mais na espera. Uma hora ele vai ser atendido (E17, mulher, 31 anos).

Raramente são realizadas contrarreferências dos pacientes ali atendidos para suas unidades de origem, segundo E9. Ele acredita que seria uma prática importante para não haver sobrecarga no serviço, mas afirma que os profissionais da atenção básica referem estar pouco aptos para atender aos casos: *“Teve uma época que eu mandei muitos pacientes meus. Mas aí, alguns voltaram reclamando, acharam que não foram bem atendidos e os colegas reclamam muito de sobrecarga de trabalho”* (E9, homem, 47 anos).

Segundo Cecílio (1997), os ambulatorios especializados possuem uma tradição em manter ‘clientelas cativas’, que poderiam ser acompanhadas pelos profissionais da atenção primária. A contrapartida disso, é que tais profissionais frequentemente se ‘livram’ de usuários encaminhando-os para os especialistas, mesmo quando poderiam fazer o seguimento do caso.

Quando questionados sobre a existência de matriciamento em saúde mental, ferramenta que poderia qualificar os atendimentos realizados a tais casos pela atenção básica, os entrevistados afirmaram não existir.

A equipe do NASF que atua em um dos distritos do município atualmente, também conta com profissionais que trabalham com saúde mental e que tem desenvolvido um trabalho de matriciamento em algumas unidades. Mas, como é um trabalho ainda tímido, existente em apenas um distrito, não repercute em toda a rede.

Apesar dos entrevistados acreditarem que o matriciamento seja importante para qualificar o atendimento básico – e que talvez pudesse potencializar a

ocorrência de contrarreferências - não há iniciativas para o desenvolvimento de atividades desse tipo entre eles.

Os casos atendidos pelo ambulatório são discutidos apenas entre os membros da equipe em uma reunião que ocorre semanalmente e da qual não participam outros profissionais, nem mesmo os que atuam na UBDS onde o ambulatório está localizado - e que compartilham muitos casos. A comunicação que eventualmente ocorre entre tais profissionais se dá apenas através de informações dos prontuários ou informalmente:

Os clínicos aqui da UBDS encaminham bastante, mas não temos nenhum contato com eles, raramente a gente discute. Por exemplo, às vezes tem algum caso que chama mais a atenção e quando a gente se cruza eles dizem 'você recebeu aquele caso que eu te mandei? Então, às vezes, a gente discute, mas não é uma rotina (E9, homem, 47 anos).

Há mulheres em situações de violência que são atendidas no ambulatório, mas não são realizadas ações específicas para tais casos.

Serviço específico para atendimento a situações de violência

O serviço do setor saúde específico para atendimento a situações de violência no qual a pesquisa foi realizada é o único que tem tal perfil no município. Nele, qualquer pessoa em situação de violência doméstica e sexual pode ser atendida. Por ser estadual ele recebe usuários de todos os 26 municípios do Departamento Regional de Saúde XIII (DRS XIII), ao qual está vinculado.

Em tal serviço foram entrevistadas três profissionais, psicólogas e assistentes sociais, que atuam como técnicas e gestora do serviço. Devido à sua especificidade e à centralidade que ocupa no atendimento aos casos de violência, também foi realizada observação participante em tal instituição.

De acordo com a gestora, o serviço surgiu a partir de um grupo de estudos instituído em 1999 que reunia pessoas com interesse na temática da violência. Participavam profissionais vinculados a uma universidade local, ao Hospital das Clínicas (HC) e às SMS deste e de outros municípios. Além de atividades de estudo, o grupo também oferecia atendimento a pessoas com alguma DST ou AIDS que haviam sofrido violência.

Após algum tempo foi estabelecida uma parceria com a DDM, a partir da qual notaram que havia uma subnotificação significativa dos casos de violência sexual. Esse dado foi corroborado com dados encontrados nos prontuários do HC:

Na DDM, a gente observou como era subnotificada a violência sexual. Estatística zero. E também foi feita uma avaliação dos prontuários médicos do hospital. Em dez anos de avaliação, foi verificado que apenas dez pacientes tinham anotados em seu prontuário a violência que tinham vivido (E11, mulher, 62 anos).

A partir disso, em 2000, formularam um projeto para dar visibilidade e tratamento qualificado à violência sexual, criando um serviço vinculado à Unidade de Emergência (UE) do HC. O atendimento emergencial era realizado na UE, o seguimento dos casos pelos ambulatórios de especialidades do HC, enquanto o acompanhamento psicossocial era oferecido pelos profissionais do grupo.

O grupo foi transformado em serviço, vinculado ao HC, em 2011. Nesse momento, segundo as entrevistadas, ganharam uma sede própria, mais próxima ao centro da cidade, onde estão até hoje.

O serviço atende a casos de violência doméstica e sexual contra crianças, adultos e idosos de ambos os sexos e a profissional E11 afirma que são uma das cinco referências regionais da Secretaria de Estado da Saúde na questão da violência doméstica e sexual.

O objetivo da instituição é oferecer assistência psicossocial a vítimas de violência doméstica e sexual visando orientar e fortalecer pessoas que chegam já com um problema instalado. Apesar de atender a diversos casos de violência, atualmente o serviço se tornou uma referência muito forte especificamente para os casos de violência sexual: *“Nós temos uma expertise maior na questão da violência sexual por conta da prioridade da atenção, do protocolo de atendimento, das medicações que tem que ser realizadas nas primeiras 72 horas”* (E11, mulher, 62 anos).

O serviço atua diretamente com a equipe do HC que é credenciada no MS para fazer os procedimentos de interrupção de gravidez previstos por lei - incluindo as decorrentes de violência sexual -, oferecendo o acompanhamento ambulatorial às mulheres atendidas.

A efetividade dessa parceria, segundo E11, foi muito difícil porque, apesar do hospital ser credenciado para prestar o atendimento, muitas vezes em decorrência

de objeção de consciência dos médicos, as mulheres precisavam ser encaminhadas para outro município. Atualmente, segundo a profissional, a situação está regularizada e os procedimentos têm sido realizados normalmente.

O serviço funciona em horário comercial e não há plantões. O quadro de funcionários conta com médicos especializados (uma pediatra, uma ginecologista, dois psiquiatras – um infantil e um adulto - e uma infectologista), três psicólogas, duas assistentes sociais e técnicos administrativos, alguns contratados especificamente para atuar na instituição e outros cedidos pelo HC.

Tais profissionais fazem atendimentos clínicos individuais e, também, realizam grupos. Além disso, organizam discussões de casos com outros serviços, desenvolvem capacitações e oferecem supervisão de estágios. A parceria estabelecida com a DDM segue e, uma vez por semana, uma das assistentes sociais atende lá, oferecendo acolhimento às mulheres que procuram por ajuda:

O objetivo é dar suporte para as mulheres que sofreram algum tipo de violência, tendo ou não registrado denúncia na delegacia. Nós não fazemos nada vinculado ao processo. Nós temos acesso aos BO pela parceria, mas nós não temos o papel da polícia. O nosso papel é acolher, orientar, esclarecer, enfim, encaminhar, prestar o suporte na área da assistência psicossocial (E16, mulher, 44 anos).

Algumas vezes por semana há profissionais do serviço que atendem nos ambulatórios de ginecologia e infantil do HC, visando estabelecer uma ponte entre os dois serviços. Estando lá, eles podem identificar pessoas que precisam de atendimento e, ao mesmo tempo, divulgar o trabalho que desenvolvem para os outros profissionais do hospital.

Todas as pessoas que chegam ao serviço, seja através de encaminhamentos ou por demanda espontânea - já que ele funciona com porta aberta -, são acolhidas e passam por uma triagem para avaliação de necessidades.

Atualmente a procura pela instituição é muito grande, o que gera uma sobrecarga e a impossibilidade de atender a toda a demanda que surge. Eles precisam avaliar a necessidade dos casos e, como recebem situações que envolvem crianças, referem que elas acabam priorizadas devido à previsão legal de vulnerabilidade absoluta dos menores de 14 anos (BITENCOURT, 2012).

É importante pensar se tal sobrecarga ocorre pela inexistência de outro serviço no município com tal vocação ou se é devido à baixa efetividade dos serviços existentes em prevenir os casos de violência e seus agravos.

A ampliação e fortalecimento dos serviços específicos para o atendimento a mulheres em situação de violência é um dos objetivos centrais do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres (BRASIL, 2011b). Mas discutir a implementação de ações específicas nos serviços gerais – principais portas de entrada das mulheres na rede de cuidados -, e nos serviços especializados é fundamental para ampliar as possibilidades de cuidado e de prevenção.

Vigilância Epidemiológica

Por fim, ainda no setor saúde, também foi entrevistada uma informante chave vinculada à Divisão de Vigilância Epidemiológica (VE) da SMS. Apesar de não realizar atendimento diretamente às mulheres, escolhemos conhecer a perspectiva de quem atua na VE devido à importância das notificações de violência para a construção de políticas públicas e ao papel que o setor pode desempenhar na articulação da rede.

A vigilância epidemiológica é o setor que coleta e consolida os dados de diversos agravos à saúde para subsidiar a elaboração de políticas públicas. Entre eles está a violência doméstica, agravo de notificação compulsória para profissionais de saúde desde 2003 (BRASIL, 2003b).

Segundo a entrevistada:

Sem esses dados a gente não tem subsídios pra implantar nenhuma política pública. E pra ter dados eu preciso ter fontes de notificação. Eu preciso saber as características de quem é agredido, as características do agressor, os locais onde isso prevalece, enfim, dados de tempo, de local e de pessoa que me possibilitem fazer alguma proposta, alguma política pública. Se eu não tiver ideia de quem é a vítima e de quem é o agressor, eu não tenho como avaliar as melhores propostas (E2, mulher, 57 anos).

O grande grupo das Causas Externas (E800-E999) no qual a violência se enquadra na Classificação Internacional de Doenças (CID) é o segundo principal motivo de morte no Brasil desde os anos 1980, ficando atrás apenas das doenças cardiovasculares (MINAYO, 1994). Apesar de tal dado - e da altíssima prevalência

da violência contra as mulheres no Brasil e no mundo -, no município estudado apenas uma profissional trabalha com a notificação de tal agravo, apesar de mais de trinta profissionais atuarem na Divisão: *“Têm médicos, enfermeiras, assistentes sociais, tem dentista, analista de informática. Então, é uma equipe grande”* (E2, mulher, 57 anos).

Além da consolidação dos dados, ela também é responsável pelo recorrente e difícil trabalho de sensibilização dos profissionais da saúde para a ampliação da qualidade da notificação e redução da subnotificação dos casos. Apesar da previsão legal de multa e detenção de seis meses a dois anos para a omissão de notificação à autoridade pública de doença cuja notificação é compulsória (BRASIL, 1940) a violência contra mulheres no Brasil ainda está subnotificada.

Pesquisa (OSIS et al., 2012) realizada com profissionais que atuam em unidades básicas de saúde mostra que apenas 30% deles realizam a notificação dos casos de violência que atendem. Em serviços especializados, o número de profissionais que referem notificar sobe para 75%, mas ainda está aquém do exigido por lei (SOUZA et al., 2015). As pesquisas indicam que temor de represálias, medo de demandas judiciais e dificuldades no próprio processo de trabalho – como sobrecarga - são os argumentos mais comuns para o não preenchimento da ficha.

Em 2003, quando a notificação se tornou obrigatória em todo o país, a SMS do município realizou o primeiro treinamento, do qual participaram representantes das unidades de saúde. Foram discutidos os tipos de violência contra as mulheres existentes, apresentada a ficha de notificação e entregue um manual com esclarecimentos. Desde então, sempre buscando esclarecer possíveis dúvidas, sanar confusões e ajudar os profissionais a sentirem-se mais amparados nesse processo, E2 afirma que repetidas capacitações e sensibilizações tem sido realizadas nos diversos serviços do setor saúde do município.

Na SMS existe também um Núcleo de Prevenção de Violência, Acidentes e Promoção à Saúde no qual há profissionais envolvidos com acidentes de trânsito, prevenção de tabagismo, promoção de alimentação saudável e de atividades físicas. Mas, segundo E2, não são desenvolvidas ações para prevenir a violência. Tal dado apenas reforça a informação referente à dificuldade de inserir o tema da violência no setor saúde por um viés que não seja apenas curativista.

O Setor de Assistência Social

O setor de assistência social está organizado baseado nos princípios e diretrizes da Lei nº 8.742, chamada de Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) (BRASIL, 1993b). O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) - que começou a ser implementado a partir de 2005 com a publicação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) -, é o requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social enquanto uma política pública.

Fruto de quase duas décadas de debates, o SUAS busca colocar em prática o que está preconizado na Constituição Federal de 1988, que integra a assistência social à seguridade social, juntamente com a saúde e a previdência social (BRASIL, 2009a). Segundo Couto et al. (2014), o SUAS garante que as diversas ações de proteção social deixem o campo do voluntarismo e passem a operar sob a estrutura de uma política pública de Estado.

Uma das bases organizativas do SUAS é a chamada 'matricialidade sociofamiliar'. Entendendo que a proteção social exige uma capacidade de aproximação do cotidiano das pessoas - pois é nele que riscos, vulnerabilidades e potencialidades se constituem -, são previstas ações voltadas para o fortalecimento da família, concebida como mediadora das relações entre os sujeitos e a coletividade. Tal pressuposto considera que a família seja um espaço contraditório, com uma dinâmica cotidiana marcada por afetos conflituosos e desigualdades (COUTO et al., 2014).

O atendimento oferecido pelo SUAS está organizado em duas categorias, definidas como elementos essenciais à execução da PNAS: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial.

A Proteção Social Básica, executada principalmente pelos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), se caracteriza por ações de caráter preventivo que tem como objetivo fortalecer os laços familiares e comunitários. Já a Proteção Social Especializada é a modalidade de atendimento assistencial que se caracteriza por ações destinadas a situações nas quais direitos individuais ou familiares já foram violados (BRASIL, 2009b).

Quando ainda há algum vínculo familiar e comunitário, as ações são realizadas por serviços da Proteção Social Especial de Média Complexidade, como os Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), por

serviços especializados em abordagem social e coordenadorias específicas, como as do adolescente, do idoso e da mulher. As situações em que houve rompimento dos vínculos familiares e comunitários são cuidadas por serviços vinculados à Proteção Social Especial de Alta Complexidade, como as casas abrigo, albergues e casas de passagem. Eles devem garantir proteção integral para quem está em situação de ameaça (BRASIL, 2009b).

Mulheres em situação de violência são atendidas especialmente por serviços vinculados à Proteção Social Especial de Média e de Alta Complexidade, já que já ocorreram violações aos seus direitos.

Para essa pesquisa foram entrevistados oito profissionais do setor de assistência social (psicólogas, assistentes sociais e advogados) que atuam como técnicos ou gestores em serviços da média e alta complexidade. Todos esses serviços estão vinculados à SEMAS. Apenas um dos serviços atende apenas a mulheres em situação de violência, único serviço específico do município para o atendimento a esse público.

Serviço especializado em violação de direitos

Foram entrevistadas três profissionais (psicólogas e assistentes sociais) vinculadas ao CREAS, serviço da proteção social especial de média complexidade.

O CREAS é o órgão responsável pela oferta de orientação e apoio especializado e continuado de assistência social a indivíduos e famílias que tiveram seus direitos violados e que estão com seus vínculos familiares e comunitários fragilizados. Ele se constitui como polo de coordenação e articulação entre os três níveis de atenção do SUAS operando as referências e contrarreferências entre a rede de serviços socio assistenciais da proteção social básica e especial, e também com as demais políticas públicas disponíveis (COUTO et al., 2014).

O município estudado conta, atualmente com quatro CREAS, sendo um CREAS-POP, serviço especializado na população em situação de rua. Segundo E21 profissional do setor, já não é mais possível atender a toda a demanda existente apenas com esses serviços.

O SUAS prevê uma equipe mínima para cada CREAS, que deve ser composta por um coordenador, um advogado, dois psicólogos, dois assistentes

sociais e dois técnicos administrativos para cada 80 famílias em oito horas de trabalho, além de uma equipe de apoio com quatro educadores (BRASIL, 2006b).

A equipe estudada encontrava-se defasada na época das entrevistas. Trabalhavam no serviço uma coordenadora, três psicólogos, uma assistente social, dois educadores sociais e dois técnicos administrativos, quantidade aquém do necessário e previsto para o número de famílias atendidas pelo serviço. O atendimento jurídico preconizado pela NOB-SUAS estava disponível, mas ficava localizado em outro prédio e atendia a todos os serviços da SEMAS, e não apenas ao CREAS (BRASIL, 2006b).

Assim como ocorre no CREAS, também há falta de profissionais nos CRAS do município o que, segundo os profissionais entrevistados, contribui com a sobrecarga de trabalho deles, já que as atividades preventivas previstas para a proteção básica, não são realizadas:

Deveria ter profissionais que não tem. Os grupos socioeducativos não acontecem porque elas tão direcionadas a fazer cadastro pra benefício e não tem tempo, a demanda delas é muita. Ai, só eu, acompanho 25 famílias. Isso cada vez mais mostra que o serviço básico não tá sendo efetivo, inclusive por falta de pessoal (E7, mulher, 31 anos).

A gestora entrevistada justifica a defasagem de profissionais da SEMAS alegando que, devido à criação de novos serviços, aposentadorias, transferências e falecimentos, o quadro técnico diminuiu e, como estavam em período eleitoral, ainda não havia sido possível regularizar a situação de acordo com o que é exigido.

O CREAS recebe demanda espontânea e também encaminhamentos, especialmente de órgãos como o Ministério Público, Conselho Tutelar, escolas e ONG. Todos os casos que chegam são acolhidos pelo serviço social, que faz um estudo social para verificar a procedência das denúncias e definir o tipo de intervenção necessária.

Podem ser realizadas visitas domiciliares, visitas institucionais, acompanhamentos individuais – sempre de cunho psicossocial - e grupos. Muitas dessas atividades são compartilhadas entre os educadores e a equipe técnica. Os atendimentos iniciais são individuais, mas sempre que possível, há uma tentativa de inserção dos usuários do serviço em grupos. Quando necessário, são realizados encaminhamentos para outros serviços.

Há ainda programas específicos de transferência de renda desenvolvidos pelo CREAS. Um deles oferece formação profissional para jovens em parceria com escolas técnicas. Enquanto o jovem participa do programa, sua família é acompanhada em grupos. Segundo a entrevistada E5, que atua no serviço, muitos desses jovens, quando completam 18 anos e são desligados do programa, já saem empregados.

Existe uma estreita interface entre os serviços do SUAS e o sistema de garantia de direitos. Isso exige, muitas vezes, uma gestão compartilhada dos casos com o poder judiciário e o ministério público (BRASIL, 2009b). Frequentemente, os entrevistados são convocados por juízes ou promotores para depor sobre algum caso que acompanham e, nessas situações, sempre são acompanhados pelo advogado da divisão jurídica da SEMAS - o mesmo que atende à população usuária dos serviços.

Ocorrem reuniões de equipe semanalmente para a discussão dos casos. Algumas vezes, ocorrem reuniões ampliadas - chamadas de 'conferência de caso' – para as quais são convidados atores próximos à família atendida:

Eu extrapolo o CREAS. Chamo a escola, o posto de saúde, a ONG que a criança frequenta. Quero falar, de repente, com o pastor, o padre da igreja, o agente comunitário de saúde, o conselheiro tutelar... Quem tiver envolvido com essa criança (E21, mulher, 55 anos).

Além disso, os profissionais também se deslocam para participam de reuniões em outros serviços, principalmente para discutir casos acompanhados de forma compartilhada. Participar desses espaços, segundo E21, é uma política do CREAS, fundamental para divulgar o trabalho desenvolvido e conhecer o que existe na rede.

Exatamente devido a essa capilaridade dos CREAS, eles são um forte instrumento de identificação de situações de violência. O serviço estudado, apesar de identificar e acolher a esses casos, não possui mais ações específicas para essas mulheres, que são encaminhadas para o serviço específico para atendimento a mulheres desde que ele foi criado, em 2009.

Segundo um profissional que atua no setor jurídico, os CREAS de vários locais do país tem se recusado a atender mulheres em situação de violência alegando que o cuidado deve ser prestado por serviços específicos. Para o profissional, esse argumento procede:

No plano da Secretaria de Política para as Mulheres é previsto que o atendimento às mulheres vítimas de violência seja feito por um equipamento específico e não pelo CREAS. Então quando eles se negam a fazer o atendimento eles têm até mesmo uma base normativa pra defender essa tese (E8, homem, 44 anos).

Há, porém, interpretações diferentes sobre as previsões legais vigentes no país. Segundo Campos (2011) uma das metas do pacto citado pelo profissional acima é, além de ampliar serviços específicos, capacitar serviços básicos e especializados como os CRAS e os CREAS para que possam atender adequadamente a mulheres em situação de violência, passando a integrar a rede de cuidados de forma efetiva.

Serviço especializado em violação de direitos

Outro serviço estudado foi a Coordenadoria da Mulher¹⁶, órgão vinculado à Proteção Social Especial de Média Complexidade da SEMAS. Foram entrevistadas quatro profissionais – a gestora, duas técnicas e uma informante-chave (assistentes sociais e psicólogas). Além de atuarem na Coordenadoria, essas profissionais também estão vinculadas a Casa Abrigo.

Devido ao papel central da Coordenadoria na articulação da rede de cuidados às mulheres em situação de violência, além das entrevistas, foi realizada observação participante em tal instituição.

A criação da Coordenadoria da Mulher é cercada de polêmicas. Desde os anos 1990, o poder legislativo, pressionado pelos movimentos de mulheres do município, vinha tentando criar um órgão que gerisse as políticas públicas para mulheres e oferecesse atendimento específico.

Em 1995, ano da realização da Conferência de Beijing pela ONU, foi promulgada a Lei Ordinária nº 7.147 (PMRP, 1995) que cria um Centro de Orientação e Atendimento a Mulheres, vinculado à Secretaria Municipal de Governo, para oferecer acompanhamento jurídico, social e psicológico às mulheres. Essa lei nunca foi revogada, mas, tampouco, foi implementada.

¹⁶ É importante salientar que a Coordenadoria da Mulher mudou muito ao longo do desenvolvimento dessa pesquisa. A coordenadora foi substituída e duas técnicas da SEMAS foram designadas para realizar atendimentos às mulheres, algo que antes, ocorria de forma bastante improvisada. O serviço mudou de espaço físico também. Logo que a nova coordenação assumiu, a procuramos para a entrevista, mas ela só aceitou participar após seis meses, alegando que precisava de um tempo para conhecer e organizar o serviço antes de poder falar sobre ele.

No ano 2000, a Lei Ordinária nº 8.803 institui uma Coordenadoria da Mulher, vinculada diretamente ao gabinete da prefeitura, mas é revogada dias depois pelo Decreto nº 165/2000 (PMRP, 2000). Seis anos depois, em 2006, a Lei Ordinária nº 10.915 é uma nova tentativa de criar um Centro de Referência para Mulheres, visando realizar a gestão e execução de políticas públicas específicas. Ela também é revogada alguns dias mais tarde pelo Decreto nº 253/2006 (PMRP, 2006). A alegação para tais revogações é a ‘inconstitucionalidade’ de tais leis.

Em 2009, a Coordenadoria da Mulher enfim, foi criada pela Lei Complementar nº 2.349 (PMRP, 2009). Vinculada à SEMAS, ela deveria funcionar como um órgão para a gestão das políticas públicas municipais para as mulheres.

A vinculação da Coordenadoria à SEMAS é um ponto controverso entre os profissionais entrevistados que acreditam limitar suas possibilidades de atuação: *“Não cabe no perfil da assistência social, porque eles têm lá as regras deles. Não segue a tipificação do SUAS”* (E2, mulher, 57 anos).

Uma coordenadoria da mulher dentro de uma secretaria que vincula os problemas sempre à miséria, sempre à pobreza. Violência doméstica é problema de pobreza? Não é. Tem questões culturais, tem as questões de gênero, tem tantas outras questões (E13, mulher, 49 anos).

Muitos profissionais entrevistados afirmam terem sido contra a criação da Coordenadoria nos moldes em que ocorreu – inclusive membros do Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM), órgão de controle social das políticas para mulheres. O que desejavam, era que fosse criado um Centro de Referência para Mulheres, multidisciplinar, com caráter executivo e vinculado diretamente à secretaria de governo:

A ideia inicial era criar um Centro de Referência da Mulher. Ai a Coordenadoria foi criada e, politicamente, ela ficou assim esse, esse vão. Eu sinto que hoje, assim, eu fico assim pensando como que se gasta quatro anos em uma gestão de uma mulher e se permite que se faça isso no serviço público? (E1, mulher, idade não informada).

Nós fomos contra a coordenadoria, tanto que a legislação voltou na câmara, precisaram retroceder por conta de uma interferência nossa. Dentro do SUAS a política é uma só, nós não podemos ter serviços meio apêndices. E os serviços precisam se consolidar, precisam ter qualidade. Coordenadoria, cargo comissionado, pessoas que não têm formação é um risco muito grande. Nós fomos contra a Coordenadoria. (E5, mulher, 55 anos).

Segundo a coordenadora do serviço, a própria SEMAS tem um entendimento de que a vinculação da Coordenadoria a eles é limitante. Ela afirma que há planos de realizar uma desvinculação e transformar a Coordenadoria em um Centro de Referência, nos moldes do que é preconizado pela Lei Maria da Penha.

Tal processo, porém, não é simples segundo ela, porque gera uma desvinculação de receita. Assim, para que seja justificada a criação do serviço, é preciso provar a existência de demanda. Esse é o argumento da gestora da Coordenadoria para começar, oficialmente, a atender as mulheres em situação de violência: mostrar que há demanda para transformá-la em um Centro de Referência.

Mas para outros profissionais, não há real interesse da gestão municipal na criação desse Centro de Referência: *“A gente tem 2.300 casos de violência notificados tanto na DDM quanto nas fichas de notificação. O que precisa provar?”* (E11, mulher, 62 anos);

Não é prioridade no governo. A Coordenadoria foi montada porque Brasília falou que se não montasse, não vinha umas verbinhas, entendeu? Ai montou, puseram numa casa velha, ficou anos atendendo mal, sem profissional adequado, fazendo papel de centro de referencia sem ser. Se fosse prioridade de governo eles iam escolher a dedo esse coordenador (E2, mulher, 57 anos).

Segundo afirmam alguns entrevistados, já houve oportunidades concretas para que um Centro de Referência fosse criado, mas a prefeitura perdeu prazos e, conseqüentemente, a verba destinada ao projeto:

Foi montado um projeto pra Brasília. Teria um espaço grande com a Delegacia da Mulher, atendimento com psicólogos, serviços da assistência social, um setor da promotoria, da defensoria, todos alinhados. Eu fui em algumas audiências no Fórum pra discutir o projeto. Depois, a Prefeitura perdeu verba, perdeu prazo (E27, mulher, 56 anos).

A participação da sociedade civil organizada através de movimentos sociais foi pouco expressiva nesse processo, assim como o CMDM, que ficou inativo entre 2002 e 2012 - período em que ocorreram tais disputas. Houve uma pressão bastante forte de profissionais dos setores envolvidos no atendimento a situações de violência, assim como de vereadores ligados à garantia de direitos, mas a construção de um serviço específico para o atendimento a mulheres em situação de violência não se concretizou.

Nem mesmo as deliberações das Conferências Municipais dos Direitos das Mulheres que haviam sido realizadas no município foram suficientes: *“Todos esses anos que nós fizemos conferências, pouca coisa foi realizada. Primeiro a gente queria uma secretaria de políticas para as mulheres na cidade, mas não foi efetivada. Queríamos o Centro de Referência, também não”* (E25, mulher, 69 anos).

Assim, a lacuna existente para o cuidado a mulheres em situação de violência permanece, sobrecarregando outros serviços. O próprio Ministério Público, após realizar um levantamento, diagnosticou a insuficiência dos serviços existentes no município, que está muito distante do desejável:

Como os serviços que existem atendem a todo tipo violência, a questão da mulher acaba sendo mais uma. Não é dada a preferência que é prevista em lei, o atendimento acaba levando muito tempo, tem um número pequeno de técnicos para atender o volume de vítimas (E8, homem, 40 anos).

Assim, apesar de seu objetivo principal ser a gestão e articulação de políticas e de serviços voltados para as mulheres, atualmente a Coordenadoria oferece atendimento psicossocial, não exclusiva, mas especialmente a mulheres em situação de violência: *“Essa demanda ficou pra Coordenadoria, foi o jeito que se criou. É o único lugar da assistência que atende mulher vítima de violência. Realizamos atendimento em geral de mulheres. Mas a demanda principal é violência doméstica.”* (E31, mulher, 55 anos).

O serviço conta com uma coordenadora, uma assistente social, uma psicóloga e uma técnica administrativa. A assessoria jurídica de que dispõe é a mesma que atende aos outros serviços da SEMAS. O serviço funciona com demanda espontânea, recebe encaminhamentos de outros serviços e também denúncias via o ‘Disque Denúncia’¹⁷ da SEMAS.

Os profissionais referem, porém, que os casos que chegam por esse caminho são as maiores dificuldades que possuem devido à escassez de dados:

Vem assim: crianças de três anos, numa casa ao lado do bar da Diva. Não tem endereço, não tem rua, não tem nome. Você anda, anda, anda e nada. E já teve casos que eram denúncias graves, e

¹⁷ O Disque denúncia Ligue 161 é um serviço da SEMAS que funciona 24 horas oferecendo informações e orientações sobre direitos e serviços, e registrando e encaminhando casos denunciados aos órgãos responsáveis. Informação disponível no site da Secretaria Municipal de Assistência Social do Município através do link www.ribeiraopreto.sp.gov.br/scidadania/i27principal.php <Acessado em 15/07/2016>.

nem nós, nem o Ministério Público, ninguém conseguiu localizar a família (E31, mulher, 55 anos).

No serviço, são oferecidos atendimentos individuais, com foco principalmente na garantia de direitos. As famílias das mulheres também são atendidas quando necessário. Além disso, as profissionais afirmam realizar ações de divulgação das legislações existentes para mulheres e algumas campanhas preventivas abordando temas variados, como câncer de mama.

Muitas atividades desenvolvidas, como elaboração de projetos, articulação da rede de serviços, e mesmo alguns atendimentos quando não são privativos, são compartilhados pelas técnicas.

Antes de começar a realizar os atendimentos, a coordenadora afirma que foram necessárias muitas reuniões para definir as diretrizes e alinhar a nova equipe. Somente depois é que se sentiram preparadas para começar os atendimentos: *“Não adiantava eu criar demanda se eu não tinha como atender. Eu tenho que ter perna pro atendimento. A partir do momento que a gente conseguiu acertar essa equipe, que as coisas começaram a caminhar”* (E29, mulher, 60 anos).

Também foram estabelecidas algumas parcerias da Coordenadoria com outros órgãos e serviços, como a DDM, polícia militar e ministério público, que são discutidas na subcategoria *“Percepções dos profissionais sobre os atendimentos realizados”*.

O processo de articulação de rede intersetorial do município, que vinha ocorrendo há alguns anos estimulado por uma vereadora e contava com a participação de representantes de vários setores parou com a mudança de gestão da Coordenadoria.

Por outro lado, em 2013 foi instituída a Câmara Técnica de Implementação do Pacto Nacional para Enfrentamento à Violência Contra Mulheres, através do Decreto 313 (PMRP, 2013). Coordenada pela Coordenadoria, essa Câmara é composta por representantes de diversos órgãos municipais relacionados ao tema da violência contra as mulheres e tem entre suas atribuições a proposição, elaboração e monitoramento de metas e ações para o enfrentamento da violência contra as mulheres. Não há informações divulgadas sobre o que tem sido realizado pela câmara.

Serviço específico para atendimento a mulheres em situação de violência

Como foi dito anteriormente, as profissionais entrevistadas que atuam na Coordenadoria também trabalham na Casa Abrigo municipal, outro serviço estudado.

A Lei Complementar nº 334 que cria a Casa Abrigo do município foi promulgada em 1994 (PMRP, 1994). A autorização para a sua construção, porém, foi aprovada apenas em 2012 (Lei Ordinária nº 12.763/2012) após outras três leis que destinavam verba e estabeleciam convênios com o governo do Estado serem criadas e, em seguida, revogadas (PMRP, 2007; PMRP, 2006; PMRP, 2005).

Segundo o Termo de Referência para Implementação de Casas abrigo (BRASIL, 2005)¹⁸,

As casas abrigo constituem locais seguros para o atendimento às mulheres em situação de risco de morte iminente, em razão da violência doméstica. Trata-se de um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias poderão permanecer por um período determinado, após o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas (p. 8).

Fazem parte da equipe da Casa abrigo, além da gestora, assistente social e psicóloga já citadas, uma terapeuta ocupacional, uma cozinheira, guardas municipais, e uma técnica administrativa.

O serviço, que está vinculado à Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, é designado como Serviço de Acolhimento Institucional para Mulheres em Situação de Violência. O abrigamento, em suas diversas modalidades, é considerado uma medida protetiva emergencial de proteção e requer o acompanhamento da mulher por um serviço especializado já que as suas possibilidades de apoio social estão comprometidas. Além disso, por se tratar de proteção especial, exige a articulação com o setor de segurança pública (BRASIL, 2011d).

A Casa Abrigo, portanto, deve ser acionada apenas quando todas as outras possibilidades de intervenção já foram esgotadas. Por isso, ela deve fazer parte de

¹⁸ Disponível no link www.senado.leg.br/comissoes/documentos/SSCEPI/DOC0047-3-TERMOS%20DE%20REFER%C3%80NCIA%202007.pdf <Acessado em 01/07/2016>.

uma rede de serviços: “Se a rede é boa, não precisa acionar a casa abrigo” (E1, mulher, idade não informada)

Abrigamento é a última coisa que deve acontecer na vida duma mulher. Porque ela vai ter que abandonar tudo da vida dela, todos os laços familiares, abandonar tudo. Mesmo que seja por um curto período. Já pensou você ser obrigada a sair da tua casa, largar teus filhos, teu cachorro, teu gato, teu passarinho. É uma violência contra a mulher isso (E13, mulher, 49 anos).

Um abrigo deveria ser o último recurso disponível acionado, apenas quando todas as outras alternativas falharam. Quando ele se torna o principal serviço de uma rede, entendo que algo está falho e, no meu entendimento, o que falha é a prevenção (E19, homem, 51 anos).

O encaminhamento para uma casa abrigo deve ser realizado judicialmente pela DDM ou pelo poder judiciário. Assim, quando uma mulher em situação de violência chega a um serviço e é detectado um alto risco de morte, tais órgãos devem ser acionados.

Além disso, segundo as profissionais entrevistadas, é preciso realizar uma avaliação porque algumas mulheres não tem perfil para ir para uma casa abrigo. O serviço não tem condições, por exemplo, de atender mulheres em situação de violência que tenham algum transtorno mental grave ou que façam uso abusivo de substâncias porque não há atendimento especializado disponível para tais casos: “A gente não tem um profissional de saúde, um enfermeiro, um médico, pra poder fazer isso. E, às vezes, essas mulheres são tuteladas” (E30, mulher, 36 anos). Nesses casos, segundo afirmam, a mulher é acompanhada por serviços da rede, assim como sua família, que é orientada sobre como ampará-la e protege-la.

Uma mulher pode permanecer abrigada por, no máximo, quatro meses. Nesse período as intervenções devem ajuda-la a reorganizar a própria vida e, para isso, são elaborados planos de trabalho individuais nos quais ela estabelece como será a retomada de sua vida. Quando precisa de acompanhamentos específicos, como psicoterapia ou atendimento médico, outros serviços são acionados.

No serviço em questão, em casos pontuais, a família da mulher é acompanhada para ser orientada e favorecer o processo de desabrigamento. Nessas situações ocorrem atendimentos conjuntos com a assistente social e a psicóloga. O trabalho desenvolvido pela terapeuta ocupacional é mais voltado para as crianças que potencialmente estão abrigadas com suas mães.

As profissionais referem que há reuniões sistemáticas com a equipe para discutir os casos e elaborar estratégias de cuidado.

Durante a pesquisa, alguns problemas foram citados em relação à gestão e funcionamento da Casa Abrigo. Tivemos conhecimento, através de relatos de diferentes profissionais, de uma denúncia encaminhada ao Ministério Público por uma mulher que ficou abrigada com seus filhos, alegando ter sido negligenciada e ter sofrido violência dentro do serviço.

Os profissionais ligados à Coordenadoria e a Casa Abrigo não se referiram ao assunto quando foram entrevistados. Acreditamos que a dificuldade que tivemos em conseguir autorização para conhecer o serviço esteja relacionada a esses eventos, que ocorreram na época das solicitações.

Serviço especializado em assistência jurídica

Por fim, um profissional (bacharel em direito) que atua na Divisão de Assistência Jurídica da SEMAS também foi entrevistado. Buscamos com isso, entender a atuação da divisão junto aos serviços da proteção social e seu papel na rede de cuidado às mulheres em situação de violência.

O objetivo do serviço, segundo o entrevistado, é oferecer assistência jurídica a famílias em vulnerabilidade social e expostas a qualquer tipo de risco. Quando os serviços da proteção social identificam alguma necessidade jurídica nos casos que acompanham, o encaminham à Divisão. O serviço também funciona com demanda espontânea, ou seja, a população pode procurar por ajuda diretamente.

Inicialmente é oferecida uma orientação jurídica e, se for necessário, entram com uma ação na justiça e as acompanham até seu desfecho. Eles referem que há bastante contato da Divisão com outros serviços – da própria SEMAS e de outros setores - tanto para oferecer orientações solicitadas quanto para ter acesso a informações e relatórios, fundamentais às ações.

A equipe é formada por assistentes sociais, psicólogos, técnicos administrativos e advogados. Segundo E26, a estrutura material e de recursos humanos precisaria melhorar para poderem oferecer um trabalho de qualidade.

Ele afirma que atendem mais ou menos 140 pessoas por mês, uma média de sete por dia: “São casos de pensão, de sucessão, de herança, casos de previdência, caso criminal, de separação. Por atender um segmento social em extrema

vulnerabilidade, as temáticas são as mais diversas possíveis” (E26, homem, 32 anos). Mas, a maior parte dos casos é relacionada à área de família e infância e juventude: *“Normalmente, as ações que eu entro são casos de guarda, tutela e adoção”* (E26, homem, 32 anos).

O profissional refere que atende a poucos casos de violência contra mulheres, que geralmente são encaminhados à defensoria pública ou a serviços jurídicos oferecidos pelas faculdades de direito da cidade para serem acompanhados.

O Setor de Segurança Pública

Chamamos de segurança pública o setor formado pelos serviços oferecidos pelas polícias civil – através da Delegacia de Defesa da Mulher - e militar. A segurança pública é de responsabilidade dos governos estaduais e, enquanto a polícia militar tem a função de prevenir crimes, a polícia civil tem a responsabilidade de apurar aqueles que já foram cometidos.

Tais serviços fazem parte do Sistema Segurança Pública (SUSP), criado em 2003 com o intuito de articular as ações de segurança pública com a justiça criminal até então, totalmente dispersos (BRASIL, 2007). Sendo assim é importante salientar que os serviços de segurança pública devem atuar de forma absolutamente articulada entre si e com serviços do setor jurídico que possuem atuação criminal – como os estudados para essa pesquisa.

Polícia Militar

Da Polícia Militar (PM) entrevistamos um informante-chave.

Segundo a Constituição Federal, o principal objetivo da PM é a proteção às pessoas através da prevenção dos crimes (BRASIL, 2009a). Isso é feito, segundo o entrevistado, de forma ostensiva: *“A prevenção é feita com as pessoas vendo a viatura, vendo a farda, vendo o ‘high light’ aceso”* (E28, homem, 40 anos). Se não for possível prevenir que o crime aconteça, a função da PM é reprimi-lo imediatamente com a prisão dos autores.

O entrevistado afirma que também realizam prevenção através de campanhas educativas, principalmente na área criminal relacionada ao uso de drogas.

A Polícia Militar é dividida em batalhões que são subdivididos em companhias. Em cada companhia há sargentos, cabos e soldados que são comandados pelo capitão da polícia, responsável pela gestão do policiamento.

Segundo o entrevistado, a organização do trabalho consiste, basicamente, em direcionar as viaturas para que elas atuem nos locais em que há mais necessidade: *“A gente pega um mapa, divide em subsetores e horários de acordo com os crimes que acontecem. Então a gente vai direcionar a maior força do policiamento pra esse local naqueles horários”* (E28, homem, 40 anos). Além dos tipos de crimes, o policiamento deve ser direcionado de acordo com as características do local. Em locais com trânsito muito intenso, por exemplo, o policiamento é realizado com bicicletas e motocicletas. O trabalho ocorre vinte e quatro horas por dia e, semanalmente há um ajuste no direcionamento realizado.

Além dessa função operacional existe uma parte do trabalho que é administrativa e se refere tanto ao controle do trabalho operacional efetuado quanto à solicitação de reparos e de materiais. Muitos profissionais são intimados para depor e o controle e a organização das idas ao fórum também faz partes das funções administrativas.

A população pode solicitar ajuda pessoalmente à Polícia Militar, mas segundo E28, grande parte das demandas chegam através do telefone 190. Ao receber uma chamada, uma atendente digita a ocorrência que vai, via um sistema integrado, para uma cabine de despacho. A partir dali, via rádio, as viaturas são contatadas e vão até o local da ocorrência.

No caso de ocorrências que envolvam suspeita de violência contra mulheres, a viatura vai até o local e, se nada é constatado, eles se retiram. Caso a violência tenha ocorrido, o autor da violência é preso em flagrante e encaminhado à Central de Polícia Judiciária, uma delegacia de polícia onde o BO será registrado e será instaurado um inquérito.

Para E28, há uma visão estereotipada sobre a polícia ser violenta em decorrência da natureza do trabalho policial que, muitas vezes limita direitos e age com força. Ele afirma que há situações específicas, sujeitas a punições, mas que os exemplos positivos são infinitamente maiores que os ‘eventuais erros’: *“A polícia militar é o órgão do Estado que mais tá presente junto à comunidade. Só que quando a polícia não age, é alvo de críticas. Se age, é alvo de críticas. O policial sempre tá no limite”* (E28, homem, 40 anos).

Uma vez por ano os profissionais são retirados das atividades operacionais para fazer testes físicos e de tiro para saber se estão aptos para trabalhar na rua. Também ocorrem aulas sobre os temas mais frequentes no cotidiano de trabalho.

Polícia Civil – serviço especializado

Enquanto a polícia militar tem uma função preventiva, a civil é considerada uma polícia judiciária, ou seja, ela tem a função de investigar os crimes cometidos. Um desses serviços é a Delegacia de Defesa da Mulher, serviço no qual entrevistamos três profissionais (dois com ensino médio e um bacharel em direito). Devido à visibilidade do serviço e do papel central que desempenha no atendimento a mulheres em situação de violência, também foi realizada observação participante nele.

A primeira DDM do Brasil foi criada em 1985, na cidade de São Paulo, na estrutura da polícia civil, da Secretaria de Segurança Pública, no âmbito das delegacias seccionais de polícia (SÃO PAULO, 1986). Considerada a primeira resposta estatal aos casos de violência contra as mulheres, ela foi uma conquista dos movimentos de feministas e de mulheres.

Inicialmente, as DDM eram um serviço específico para o atendimento a mulheres em situação de violência, tendo como atribuição exclusiva investigar e apurar delitos previstos no código penal cometidos contra mulheres. Alguns anos mais tarde suas atribuições foram ampliadas no Estado de São Paulo (como são criadas e regulamentadas por decretos estaduais, há variações entre os estados).

Em 1996, o decreto nº 40.693/96 ampliou o leque das ações da DDM, que também passam a apurar e investigar crimes contra crianças e adolescentes, homicídios e crimes de aborto provocado/consentido. A partir de 1997, o decreto nº 42.082/97 propicia a atividade de execução dos mandatos de prisão nos casos de dívida por pensão alimentícia, atividade que gerou, progressivamente, a entrada de policiais homens nas DDM (SÃO PAULO, 1997; SÃO PAULO, 1996).

A ampliação das atribuições da DDM visa expandir o atendimento oferecido de modo a dar conta dos crimes cometidos em meio à família. O argumento subjacente a essa decisão, segundo Gregori (2006), é uma tentativa de delimitar o conjunto de atendimentos policiais, deixando a DDM responsável pelas violências familiares e os distritos policiais comuns, com a violência urbana.

Mas os profissionais entrevistados afirmam que as demandas da DDM não se resumem apenas à violência familiar. Segundo relatam, atendem a todos os crimes que envolvem mulheres e menores de 18 anos. Assim, os casos que atendem são os mais variados:

Se fosse só violência doméstica, a gente dava conta. Mas vem tudo que tem a ver com mulher - homicídio, infanticídio, aborto, briga de vizinho, problema no trânsito. Envolveu mulher vem pra cá. E menores de 18 anos, inclusive homem menor, vítima, vem pra cá. Então, abandono de incapaz, exploração ou abandono de recém-nascido, omissão de socorro, maus tratos, calúnia, difamação, injúria, ameaça, vários crimes (E3, mulher, 45 anos).

Para Gregori (2006), esse movimento afasta as DDM das demandas feministas, que partiam do pressuposto de que existe um tipo particular de violência baseado em assimetrias de gênero. Assim, organizar ações para eliminar esse tipo de violência implicaria na verdade em pensar em outros modos de conceber família e a posição da mulher nela e não apenas em corrigir excessos, abusos ou anomias cometidas pelos chefes familiares (GREGORI, 2006).

Em 2006, pouco antes da promulgação da Lei Maria da Penha, foi publicada a primeira norma técnica de padronização das DDM, parceria entre a Secretaria Nacional de Segurança Pública e a SPM (BRASIL, 2010).

O documento reitera o caráter preventivo e repressivo das DDM, que devem prevenir, apurar, investigar e realizar o enquadramento legal dos casos por ela atendidos. Para tal, a norma descreve procedimentos, estrutura necessária e fluxo de atendimento para a realização de um trabalho em rede (BRASIL 2010).

Com a promulgação da Lei Maria da Penha, as atividades das DDM nos casos de violência doméstica e familiar contra mulheres foram alteradas, cabendo à autoridade policial, entre outras atribuições garantir proteção policial à mulher, encaminhá-la aos serviços necessários, comunicar o fato ao MP e poder judiciário e fornecer transporte para abrigo ou local seguro se houver risco de vida (BRASIL, 2006a).

Tipicamente, o funcionamento de uma DDM prevê, basicamente, uma triagem - para verificar se o caso deve ser atendido ali -, registro de ocorrências (BO e TCO para crimes de menor potencial ofensivo), recebimento de representações, investigações e instauração de inquéritos. Nesses inquéritos constam os depoimentos das vítimas, dos acusados e de testemunhas, além de provas

documentais e periciais. Para isso, os agentes policiais devem fazer diligências, oitivas e solicitar laudos periciais ao IML, órgão também vinculado à Secretaria de Segurança Pública.

Nos casos de violência contra mulheres, a Lei Maria da Penha prevê que quando um BO é lavrado e a mulher desejar, a DDM deve remeter um pedido ao juiz para concessão de medidas protetivas de urgência.

Quando foi realizada a pesquisa, a equipe do serviço estudado era composta por uma delegada titular e uma substituta, oito escrivães, quatro investigadores de polícia e um guarda civil, responsável pela segurança patrimonial.

Aos delegados cabe gerenciar a unidade, despachar as petições iniciais, fiscalizar o desenvolvimento do trabalho (mérito, formalidade e técnica) e distribuir serviços mediante portarias (BRASIL, 2010). O papel das escrivãs é prioritariamente receber representações, cuidar dos inquéritos policiais e apurar os crimes. No serviço estudado são elas que registram os boletins de ocorrência (BO) também. Já aos investigadores cabe fazer o que eles chamam de '*serviço de rua*'.

É cumprir mandato de prisão, ir atrás dos autores dos crimes, qualificar eles (verificar dados de registro, antecedentes criminais), de provas e também ajudar as mulheres. Ontem mesmo a gente foi levar uma na casa dela pra pegar as roupa dela, levar na Coordenadoria da Mulher e de lá pro abrigo (E10, homem, 50 anos).

O curso de formação para ser agente policial (escrivães ou investigadores), chamado de "academia", dura seis meses. Como ele é bastante amplo, a melhor forma de aprender o ofício, é trabalhando em uma delegacia de cidade pequena, pois nelas, eles acabam acompanham vários tipos de crimes: "*Tráfico, roubo, furto, violência doméstica, menores infratores. Você vai sabendo um pouco de tudo*" (E10, homem, ensino médio, profissional do setor de segurança pública, DDM).

A DDM funciona de segunda a sexta feira em horário comercial. Durante o período da pesquisa, os BO eram registrados durante todo o período de funcionamento da instituição. Já as representações eram recebidas apenas às terças e quintas feiras, das 8h00 às 15h00. Às quartas feiras pela manhã, a assistente social do serviço específico do setor saúde realizava um plantão na DDM.

Os crimes de responsabilidade da DDM que ocorrem durante a noite ou aos finais de semana, devem ser registrados em delegacias de polícia (DP) comuns. Após o registro, esse BO é encaminhado para a DDM, que ficará responsável pelo caso.

Uma vez por mês, ocorrem reuniões conjuntas entre a polícia militar e a civil que possuem algumas metas em comum.

O Setor Jurídico

Caracterizamos como setor jurídico o conjunto das instituições que visam garantir acesso a direitos legalmente definidos através do acionamento do sistema de justiça. Assim, nessa pesquisa, o setor jurídico é composto pelo Ministério Público, Defensoria Pública e por um fórum, todos estaduais.

É importante destacar que o trabalho dos três órgãos elencados é absolutamente interligado e dependente um dos outros, não havendo, porém, subordinação entre eles.

A assistência oferecida a mulheres em situação de violência por tais instituições se refere a questões cíveis - como ações de alimentos, pátrio poder, guarda das crianças, investigação de paternidade, divórcio litigioso e consensual -, e também a questões criminais - como casos de ameaças, agressões verbais ou agressões físicas, lesões corporais e estupro. Alguns desses serviços também oferecem mediação extrajudicial.

Nenhum dos três serviços é considerado específico e nem mesmo especializado em situações de violência, já que atendem a outras pessoas além de mulheres, e a diferentes situações, que não apenas violência.

Durante o desenvolvimento da pesquisa ocorria no município uma forte mobilização de profissionais dos setores jurídicos, de assistência social e segurança pública, além de representantes da sociedade civil organizada, pela criação de um Juizado Especial de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher.

Tais juizados, previstos pela Lei Maria da Penha, são órgãos da justiça ordinária que possuem competência civil e criminal para processo, julgamento e execução das causas decorrentes da prática de violência doméstica e familiar contra mulheres (BRASIL, 2006a).

Por atribuição da Lei Maria da Penha, tais Juizados devem operar em consonância com as convenções internacionais de proteção aos direitos das mulheres (CEDAW e Convenção de Belém do Pará) e com as políticas da SPM. Elas enfatizam a adoção de medidas para enfrentar a violência em seus efeitos

diretos e indiretos contra a autonomia das mulheres e o exercício dos seus direitos (CAMPOS, 2011).

Para favorecer tal atuação, os Juizados podem contar com equipes multiprofissionais compostas por especialistas nas áreas psicossociais, jurídica e de saúde, competindo a eles fornecer subsídios aos juízes, ao Ministério Público e Defensoria, além do desenvolvimento de orientações, encaminhamentos e prevenção, voltados à mulher, ao autor da violência e aos familiares. A lei ainda prevê o assessoramento dos Juizados por núcleos especializados da Defensoria Pública, que devem garantir a defesa da vítima e do réu, e a criação de promotorias especializadas para atuar exclusivamente em tais serviços. (BRASIL, 2006a).

Muitos entrevistados acreditam que a criação de um Juizado como esse, específico para casos de violência contra as mulheres, seria fundamental para o município: *“Deveria haver vara especializada, porque a questão tem um fundo cultural e social muito maior do que a simples questão criminal”* (E19, homem, 51 anos).

Alguns profissionais referem que trabalhar dessa forma daria maior uniformidade na aplicação da Lei Maria da Penha já que os juízes, promotores e defensores teriam um perfil mais específico para essa questão da violência doméstica: *“Trabalhando só dentro dessas questões, eles tendem a ter uma formação mais específica em cima desses casos e, conseqüentemente, pode ter uma abordagem melhor”* (E33, homem, 47 anos).

Um dos juízes que atua em uma das varas criminais que recebem os casos de violência atualmente afirma que, como há cinco varas e os processos são distribuídos entre elas, fica impossível ter uma visão global do problema. Com um Juizado especial, seria possível ter a real dimensão do problema.

Segundo Pasinato (2010), os juizados de fato são importantes, principalmente para garantir uma articulação entre os três eixos de atuação da Lei Maria da Penha - a saber, de medidas criminais, de proteção e de prevenção e educação. Ela afirma, porém que a efetivação do que está previsto em Lei e a qualificação do atendimento não dependem somente da criação do serviço já que os juizados apenas serão importantes se contarem com profissionais comprometidos com o tema e disponíveis para o diálogo em rede.

A criação de uma vara especializada, porém, é feita mediante previsão legislativa, ou seja, por uma lei estadual: *“Há um projeto de lei em curso na*

assembleia legislativa do estado desde 2011 que, se for aprovado, prevê a criação de 12 novas varas para o município” (E15, homem, 48 anos). A ideia, segundo ele, seria que, depois de criadas, uma dessas varas fosse convertida em uma vara especializada em violência doméstica.

Durante a realização da pesquisa as varas previstas para o município foram criadas. Mas o Tribunal de Justiça não achou que a quantidade de casos de violência doméstica que tramitam pelas varas criminais justificava a criação de uma vara especializada.

Para Pasinato (2011) a falta de compromisso dos tribunais de justiça com a criação dos Juizados tem provocado grandes limitações para que as mulheres tenham acesso aos seus direitos. Segundo ela, muitos juristas refutam radicalmente a criação dos juizados pela exigência, inconcebível para muitos, de aproximação de questões cíveis e criminais em uma única esfera jurisdicional, conforme previsto na lei.

Diante da impossibilidade de criação do Juizado Especial, durante a realização dessa pesquisa foi criado um cartório, chamado de ‘Anexo de Violência Doméstica’. Específico para casos relacionados à Lei Maria da Penha, ele tem como objetivo agilizar a tramitação dos processos, que passaram a ser remetidos diretamente ao anexo. As audiências e julgamentos continuam sendo realizados pelos mesmos juízes criminais.

Como contrapartida à instalação do anexo no município, a prefeitura precisa oferecer um serviço de reabilitação aos autores de violência¹⁹.

Ministério Público

Foram entrevistados três profissionais (bacharéis em direito) que atuam no Ministério Público (MP) do município.

¹⁹ Desde julho de 2016, está funcionando o Serviço de Reeducação dos Autores de Violência de Gênero (SERAVIG), programa implementado pela Coordenadoria da Mulher do município. As informações disponíveis em sites referem apenas que são realizados 12 encontros semanais, com até 15 homens, nas quais ocorrem palestras sobre temas relacionados à violência. Segundo o relato informal que tivemos de um psicólogo convidado para participar de um dos encontros, as práticas estabelecidas são prescritivas, pouco dialógicas e reflexivas e, portanto, com pouca potência para transformações/transformar ações. Tal profissional relata que participou do 11º encontro de um grupo e, mesmo assim, muitos homens não haviam entendido o sentido de estarem ali.

O MP passou por importantes transformações institucionais nos últimos anos que, associadas à normatização de direitos coletivos e à emergência de novos instrumentos processuais, ampliou o acesso à justiça no Brasil (LIMA, 2011).

A Constituição Federal de 1988 representa um marco jurídico e político nesse processo, pois retirou o MP da alçada do poder executivo conferindo-lhe autonomia administrativa e independência funcional, deslocando-o da tarefa de defender o Estado para a condição de fiscal e guardião dos direitos da sociedade (BRASIL, 2009a). Segundo a Lei Complementar nº 75/1993, conhecida como Lei Orgânica do Ministério Público, ele pode ser definido como um órgão permanente que tem por objetivo “*a defesa da ordem jurídica, do regime democrático e dos interesses sociais e individuais indisponíveis*” (BRASIL, 1993a).

Especificamente nos casos de violência contra as mulheres, a Lei Maria da Penha prevê que o MP poderá intervir, quando necessário, requisitando força policial e serviços públicos, fiscalizando estabelecimentos de atendimento às mulheres e cadastrando os casos de violência (BRASIL, 2006a).

Além disso, a Lei diz que nos casos em que há lesão corporal cabem ações públicas incondicionadas, ou seja, a representação do crime não depende da autorização da vítima. O entendimento que se tem é que, apesar de terem afetado diretamente a apenas uma pessoa, esses são crimes que afetam toda a sociedade, e por isso, o Estado deve intervir.

Sendo o único órgão que pode entrar com ações penais públicas (art. 129, inc. I da CF de 1988) (BRASIL, 2009a), o MP funciona como titular da maioria dos processos penais, cabendo também a ele oferecer denúncia para o início dos processos criminais em que há lesões decorrentes de violência doméstica.

Essa questão gerou – e ainda gera - muitas discussões.

A Lei Maria da Penha revogou integralmente a Lei 9.099/95, anulando seu artigo 88, que exigia representação para crimes de lesão corporal leve. Portanto, em nenhuma hipótese em que há lesão corporal deve ser exigida representação das vítimas do sexo feminino para abertura de processo (BRASIL, 2006a).

Após debates acalorados, o Superior Tribunal de Justiça (STJ) convocou uma reunião com todos os ministros criminais daquela corte para o julgamento conjunto da matéria. Um grupo de entidades feministas se habilitou no processo como favoráveis à causa para defender a Lei Maria da Penha, ou seja, a incondicionalidade do crime de lesão. Para Lima (2011), isso representou uma

guinada histórica do movimento, pois, apesar de algumas feministas serem favoráveis ao processo obrigatório, muitas o questionam em nome da autonomia das mulheres.

Depois do julgamento prevaleceu o entendimento de que a incondicionalidade do crime de lesão não retira a autonomia das mulheres por se tratar de um delito cujo enfrentamento é de interesse público:

Uma vez incondicionada a ação penal, qualquer cidadão, parente, vizinho ou amigo das vítimas poderá noticiar as agressões à autoridade. A polícia será obrigada a investigar; o Ministério Público, a acusar; o Judiciário, a punir. O pesado fardo de sustentar uma acusação sairá dos ombros da vítima para os do Estado²⁰.

Apesar da decisão do STJ, o tema não é pacífico entre os profissionais que atuam no atendimento às mulheres. Nessa pesquisa encontramos uma dicotomia no entendimento de tal questão entre os entrevistados dos diferentes setores.

Para os profissionais dos setores de assistência social e saúde – que concordam com a previsão da incondicionalidade da representação -, o argumento que sustentou a decisão do STJ, é válido: a autonomia do Estado para abrir processos é um mecanismo efetivo de proteção para as mulheres, já que muitas estão vulneráveis e têm medo de denunciar seus agressores: *“Eu acho que é uma Lei interessante, principalmente desse ponto de vista da proteção da mulher porque ela garante mais proteção por esse acionamento que não fica a cargo da mulher”* (E17, mulher, 31 anos).

Já entre os profissionais dos setores de segurança pública e jurídico, que discordam tal previsão, há dois tipos de argumento. Uma parte dos profissionais se pauta em uma perspectiva de gênero, argumentando pela construção da autonomia da mulher e valorização de sua vontade, que deveria ser ouvida e fortalecida a partir do acesso a informações e direitos.

Para eles o mecanismo de representação automática fere o direito personalíssimo da mulher em decidir sobre sua situação: *“A mulher me diz: ‘Eu durmo com ele, eu acordo com ele, ele é pai dos meus filhos. Eu não quero processar’. Eu vou falar ‘Nãaaaaaaao, você quer sim, agora você vai processar’. Isso não funciona”* (E23, mulher, idade não informada).

²⁰ Trecho da defesa oral da Lei Maria da Penha pela subprocuradora Maria Eliane no plenário do STJ no dia 24/02/2010.

Outros profissionais, baseados nas inúmeras desistências e dificuldades de dar andamento aos processos oriundos de representações incondicionadas, alegam que, além de não garantir a interrupção da violência, o volume de trabalho gerado sem resultados, é enorme:

A Lei e fala: 'Ah, não precisa nem da mulher aparecer na delegacia pra denúncia, qualquer um pode fazer'. Mas como assim? Não existe esse negócio porque no final vai precisar da mulher. Como que eu vou fazer o exame de corpo de delito em você, se você não tá presente? Como que eu vou ver se você tem marcas pelo corpo se você não tá presente? Então precisa da mulher, ela tem que tá junto, ela tem que ser ouvida, ela tem que dar a versão dela. Não adianta eu falar: 'Ah, o vizinho falou que o cara tá batendo e pronto'. E tem mulher não quer isso, quer continuar com o marido do jeito que tá (E10, homem, 55 anos).

Essa seria, para eles, uma forma equivocada do STJ proteger as mulheres, um entendimento limitado de que leis sozinhas resolvem problemas complexos como a violência de gênero. Eles afirmam que deveriam ser oferecidas condições para que as mulheres tivessem respaldo e segurança suficientes para realizar a representação e ser incluída no processo enquanto um sujeito:

As pessoas ficaram com medo, claro. Elas fazem a denúncia, pedem um boletim de ocorrência, aquilo se transforma num processo criminal e segue continua sozinha. Sem amparo. O Estado precisa efetivamente oferecer um acompanhamento psicossocial para as mulheres que decidem processar seus maridos não se sentirem desamparadas, pra entenderem que não estão sozinhas (E20, mulher, 38 anos).

No MP trabalham profissionais da área jurídica – promotores de justiça, assistentes jurídicos, oficial de promotoria e estagiários de direito – e também analistas psicólogos e assistentes sociais, que compõem um núcleo técnico regional.

Quando o promotor propõe uma ação civil pública, ele precisa provar ao juiz porque aquela ação proposta é importante, cabendo a ele acatar ou não a sua proposta. Um dos entrevistados afirma que a Constituição garante aos promotores de justiça 'independência funcional', o que significa que, em suas manifestações jurídicas, ele pode defender sua posição de maneira independente.

Alguns profissionais entrevistados fazem parte de um grupo do Ministério Público, que existe desde 2010 e busca sensibilizar e instrumentalizar do ponto de

vista legal a própria instituição e a sociedade em geral sobre alguns temas mais sensíveis, entre eles, a violência contra as mulheres:

São temas que sensíveis porque são áreas em que as políticas públicas são deficientes, são falhas. Nossos temas são violência doméstica, a questão da saúde mental, audiências públicas, escuta social, álcool e droga, educação e agentes ambientais. Todas são matérias de fundamentação de políticas públicas (E8a, homem, 37 anos).

O objetivo inicial de tal grupo foi realizar um diagnóstico da situação, da existência ou não de políticas públicas. Posteriormente, passaram a realizar reuniões com as autoridades responsáveis e com a sociedade civil relacionada ao tema nas quais há tentativas de formalizar protocolos e intenções: *“A ideia é catalisar soluções que, às vezes, são custosas. Tentamos mostrar pro responsável por determinado departamento que o problema existe e é preciso solucionar”* (E8A, homem, 37 anos).

Os profissionais entendem que é uma atuação preventiva na medida em que, se as políticas públicas forem implementadas, elas poderão evitar tanto os problemas na população quanto ações judiciais do Ministério Público contra o Estado ou contra indivíduos:

Se você tem uma política pública de saúde mental que atenda mesmo a população, vai evitar a propositura de centenas, milhares de ações que o ministério público propõe na área de medicamento, na área de internação. A mesma coisa na violência doméstica. Se a gente consegue evitar a violência doméstica na base, evita-se a existência de ações criminais (E8b, homem, 44 anos).

O grupo também realiza capacitações sobre temas específicos, como a Lei Maria da Penha. Afirmam que mais de 150 profissionais que atuam em serviços da região que atendem mulheres em situação de violência já foram capacitados. Agora, pretendem atuar junto a homens autores de violência que estão presos provisoriamente e juntos a policias, militares e civis.

A atuação desse grupo foi bastante ativa na tentativa de instalação da vara especializada em violência doméstica no município, que findou na criação do anexo de violência.

Eles entendem que ainda há muita resistência de gestores e profissionais com a participação do MP nos espaços de discussão e construção das políticas

públicas. Acreditam que seja porque há um temor, devido ao custo que isso teria para o município, que o MP exija judicialmente a implementação imediata de alguma política. A participação deles através desse grupo tem sido fundamental, segundo afirmam, para mostrar uma nova forma de atuar:

Estamos mostrando essa nova forma de atuar que é muito mais trabalhar em conjunto, acionar força, do que pra enfrentamento e combate. O maior exemplo é essa questão da criação da vara especializada. Não movemos nenhuma ação judicial, nada foi colocado de forma jurisdicional. O ministério público serviu de parceiro ao que já existia de movimento (E8b, homem, 44 anos).

Defensoria Pública

Da Defensoria Pública foram entrevistadas duas profissionais (psicóloga e bacharel em direito). A Constituição Federal de 1988 define a Defensoria como instituição permanente, a qual cabe oferecer orientação jurídica, promoção dos direitos humanos e a defesa dos direitos, individuais e coletivos de forma gratuita e integral aos necessitados (BRASIL, 2009a).

Assim, ela deve atender pessoas que se declararem hipossuficientes economicamente a partir da comprovação de informações sobre renda familiar, patrimônio e gastos mensais. Em geral são atendidas pessoas que tenham uma renda familiar que não passe de três ou quatro salários mínimos, dependendo da situação. Segundo o artigo 28 da Lei Maria da Penha, toda mulher em situação de violência doméstica e familiar também tem direito aos serviços da defensoria, ou a assistência jurídica gratuita (BRASIL, 2006a).

No Estado de São Paulo a Defensoria foi organizada pela Lei Complementar Estadual nº 988 de 09 de janeiro de 2006, há apenas nove anos. Essa lei também instituiu o regime jurídico da carreira de Defensor Público do Estado.

A promulgação da Lei Complementar nº 988/2006, que organiza a Defensoria no Estado de São Paulo, ocorreu apenas em 2006 em função da crescente pressão feita por diversos setores da sociedade civil que culminou na criação do 'Movimento pela Criação da Defensoria' em meados de 2002. Apesar de prevista desde 1988, o Estado de São Paulo demorou quase 18 anos para instituir sua própria Defensoria (NASCIMENTO, 2011).

Até então, o serviço de assistência jurídica gratuita à população era oferecido pela Procuradoria de Assistência Judiciária (PAJ), órgão vinculado à Procuradoria Geral do Estado, instituição que prestava serviços jurídicos ao Governo do Estado. Apesar da PAJ ter conquistado enorme reconhecimento em função da qualidade de sua atuação perante o Judiciário, a criação da Defensoria Pública foi um marco, pois a população do Estado passou a ser atendida por uma instituição autônoma e independente.

Apesar de ser uma instituição estadual, a Defensoria Pública não é vinculada ao governo. Sua autonomia é prevista pela Constituição Federal, visando com isso, garantir que os defensores possam representar os direitos da população sem qualquer tipo de constrangimento (BRASIL, 2006a). Internamente, o princípio da independência funcional também garante liberdade para que cada defensor possa atuar de acordo com suas convicções. Além disso, eles possuem prerrogativas de acesso irrestrito a estabelecimentos prisionais e de internação de adolescentes, requisição de documentos a órgãos públicos, exame de autos sem procuração e solicitação de auxílio a demais autoridades para o desempenho de suas funções (CAMPOS, 2011).

Na época das entrevistas, na Defensoria do município trabalhavam dezessete defensores - sete nas Varas Cíveis, de Família e da Fazenda, cinco nas Varas Criminais e três na Vara de Execução Penal. Também trabalhava uma psicóloga que atuava em duas unidades de municípios distintos. Uma assistente social chegou cerca de um ano depois ao serviço. Além dos profissionais, o trabalho da Defensoria conta com a participação de estagiários, tanto de psicologia quanto de direito, que ajudam no acolhimento à grande quantidade de pessoas que procuram pelo serviço diariamente.

A Defensoria conta, desde 2010, com os Centros de Atendimento Multidisciplinar (CAM), compostos por psicólogos e assistentes sociais (NASCIMENTO, 2011). Segundo uma profissional, a criação dos CAM é algo pioneiro na América Latina já que não há outras Defensorias que tenham previsto em lei serviços como esses.

O trabalho do CAM é fundamental para ajudar na efetivação de um dos princípios institucionais da Defensoria que é o fomento aos chamados 'métodos alternativos de resolução de conflitos'. Segundo uma das profissionais entrevistadas,

quando o caso é mais complexo, o manejo de alguns aspectos psicológicos, familiares e relacionais, pode favorecer que as partes realizem um acordo.

Além do suporte psicossocial, o CAM também atua na articulação com a rede de serviço: *“Fazemos contato com outros equipamentos, tentamos compreender melhor o caso para que a definição do processo jurídico possa ser feita e também, pra auxiliar nas mediações e conciliações”* (E22, mulher, 34 anos).

A Defensoria atua principalmente do ponto de vista individual. Ao contrário do MP, o serviço não tem legitimidade pra entrar com processos em nome próprio, ou seja, ele está sempre representando alguém. A exceção é quando eles entram com uma ação civil pública em favor de um grupo de pessoas ao invés de entrar com vários pedidos individuais, processo chamado de ‘tutela coletiva’.

Segundo uma entrevistada, uma das políticas institucionais da Defensoria é a ‘desjudicialização’, ou seja, se for possível resolver a questão da pessoa assistida sem ingressar com uma ação judicial, isso é feito: *“A gente desonera o poder judiciário, mas não deixa de atender os anseios daquela pessoa”* (E20, mulher, 38 anos). Nesse sentido, o trabalho desenvolvido pelo CAM é fundamental, na medida em que favorece a efetivação dos métodos alternativos de resolução de conflitos fomentados pela Defensoria.

Nos casos de violência contra as mulheres a Defensoria atua, essencialmente, com as questões cíveis e familiares. Nos processos criminais de violência doméstica, geralmente o defensor atua em favor do réu que não tem advogado. Segundo uma entrevistada, apesar dos direitos previstos na Lei Maria da Penha, no município não há defensores que atuam defendendo as mulheres em tais processos: *“Na área criminal, hoje, infelizmente, nós não temos defensores que atuem em favor da mulher”* (E20, mulher, 38 anos).

Fórum

No setor jurídico ainda foram entrevistados cinco profissionais (bacharéis em direito e psicóloga) que atuam em fóruns. Os fóruns são instituições que fazem parte do chamado ‘poder judiciário’, que é composto por tribunais e juízes. Os órgãos do poder judiciário, segundo Silva (2005), tem por função *“compor conflitos de interesses em cada caso concreto”*, processo chamado de ‘jurisdição’. A jurisdição, atualmente, é um monopólio do Estado.

Os conflitos de interesse são compostos e solucionados com fundamentos em ordens gerais e legais, constantes de leis e costumes. Assim, juízes e tribunais - na figura de seus desembargadores -, devem decidir atuando o direito objetivo, e não estabelecendo critérios particulares e próprios (SILVA, 2005).

Desde a Lei Maria da Penha, casos de violência doméstica e familiar contra mulheres são remetidos aos Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. Nos locais em que eles não existem, são remetidos às varas criminais. No município estudado, existem cinco varas criminais entre as quais os casos de violência doméstica são distribuídos.

Além de julgamentos e sentenças, a Lei Maria da Penha prevê que os juízes têm a atribuição de, no prazo de 48 horas, conhecer e decidir sobre as medidas protetivas de urgência solicitadas, determinar o encaminhamento da mulher a órgãos de assistência jurídica e comunicar o MP para que tome as providências cabíveis (BRASIL, 2006a).

As medidas protetivas são consideradas uma grande inovação da Lei Maria da Penha por contribuírem de forma determinante para o sistema de prevenção e combate à violência contra as mulheres já que visam oferecer uma proteção imediata (HEERDT, 2011).

Há, entre as medidas, a previsão de afastamento do agressor do lar, suspensão de porte de arma, comunicação sobre saída do agressor da prisão, restrição de visitas a filhos e contato com a mulher ou familiares. O juiz também pode prender preventivamente e/ou em flagrante o agressor e, em caso de risco de morte, encaminhar a mulher e seus filhos para abrigo. As medidas podem ser cumulativas ou alteradas se houver necessidade e o juiz pode solicitar auxílio policial para a efetivação das medidas concedidas (BRASIL, 2006a).

Entre os profissionais entrevistados, muitos identificam as medidas como um recurso valioso por possibilitar a interrupção da situação de violência assim que ela é concedida. Apesar de tal entendimento, existem percepções opostas entre entrevistados de diferentes setores quanto à efetividade de tais medidas para a proteção das mulheres.

Para profissionais dos setores de segurança pública e jurídico - que atuam diretamente com a aplicação da Lei -, as medidas são efetivas para deixar as mulheres em segurança, pois os autores da violência respeitam as determinações estabelecidas: *“Pela nossa experiência, as medidas são cumpridas, porque ele sabe*

que se descumprir, será preso, e cabe uma medida mais grave já que descumpriu a Lei. Gera um crime de desobediência” (E15, homem, 48 anos); “A Lei tira o cara de casa, tira o cara do caminho da mulher pra ela poder tocar a vida dela. Se o Estado fizer isso, não precisa fazer mais nada por ela” (E23, mulher, idade não informada).

Já os profissionais dos setores da assistência social e saúde não acreditam na efetividade das medidas protetivas para garantir a segurança das mulheres. Isso porque, em muitos casos que acompanham há o descumprimento das medidas e, raramente essa desobediência gera alguma consequência para o autor da violência:

A questão do distanciamento que é imposto, eles não cumprem. E ninguém está ali pra vistoriar. Se ela acionar a polícia e tiver sorte, eles conseguem pegar o agressor em flagrante e ele é preso. Mas isso raramente acontece. (E16, mulher, 44 anos).

Precisa de algumas reformulações, principalmente com violência psicológica. Ela pode tá com a medida em mãos e ele tá no portão agredindo verbalmente essa mulher. Aquele papel ali não vai ter valor. Pras nossas mulheres, não tem efetivação, não funciona (E7, mulher, 31 anos).

O maior problema segundo tais profissionais é que não existem recursos disponíveis e adequados para uma fiscalização efetiva do cumprimento das medidas. Um exemplo claro disso é que 42,5% dos casos de feminicídio no Brasil são cometidos por companheiros ou ex-companheiros contra os quais as mulheres assassinadas tinham medidas protetivas (BRASIL, 2013).

Algumas estratégias como o uso de tornozeleiras de monitoramento pelos autores da violência, oferta de botões de pânico conectados à polícia para as mulheres e estabelecimento de patrulhas policiais específicas nos bairros em que vivem mulheres com medidas estão sendo implantadas em municípios do país para tentar mudar tal realidade. Ainda não se sabe a efetividade de tais recursos.

Além dos casos relativos à Lei Maria da Penha um juiz criminal atua com grande parte dos crimes previstos no código penal e nas legislações correlatas, como tráfico de drogas, estupro e crimes contra o patrimônio, principalmente roubo e furto. Segundo E15, eles só não atuam com crimes que são de interesse da união, como contrabando ou tráfico internacional (de drogas e de pessoas), que são competência da justiça federal e com crimes contra a vida (aborto, homicídio, feminicídio), que são atribuição do tribunal do júri.

Exatamente devido à discrepância que há entre tais matérias é que os entrevistados alegam ser fundamental haver juizados específicos para a Lei Maria da Penha:

É muito ruim que no mesmo dia nós tenhamos audiências de tráfico de drogas, roubo e, ao mesmo tempo, violência doméstica. É claro que os enfoques são diferentes. Num caso de violência doméstica temos que procurar entender as causas do porque houve a violência. É um olhar diferente do compreender as causas da violência e de um roubo (E15, homem, 48 anos).

As mulheres em situação de violência também podem vir a ser atendidas em varas de família, caso queiram se divorciar, regularizar guarda, pedidos de alimentos e afins. Nesse caso, são outros juizes, promotores e defensores que atuarão em seu caso, que será julgado de forma separada da questão criminal. Nos Juizados Especiais de Violência, elas poderão resolver tudo de forma integrada.

O cotidiano de um juiz consiste, segundo os entrevistados, em analisar as demandas que chegam ao judiciário: *“Existe uma máxima do direito de que ‘a jurisdição é inerte’. Nós temos que ficar esperando que alguém venha bater as portas e reclamar algo para que o direito seja dito”* (E15, homem, 48 anos). O trabalho de um juiz, portanto, depende de que as pessoas interessadas venham a juízo, procurem pelo judiciário.

Como regra, a grande maioria das solicitações ao judiciário chega através de um advogado. Na esfera criminal, os principais titulares das ações são os promotores de justiça. Então, a partir do momento que um crime é cometido, a autoridade policial, no caso, o Delegado, é notificada. Se for um flagrante, gera um ato de prisão. Se o delegado receber apenas a informação de um crime, ele passará a investigá-lo.

Após a investigação, o processo vai pro Ministério Público para análise dos requisitos, ou seja, se estão presentes os elementos necessários para que a denúncia seja feita. Feita a denúncia pelo MP - nos dois casos, de flagrante ou aqueles que necessitaram de maiores investigações -, ela é remetida ao juiz: *“Apreciamos se há indícios de autoria, materialidade, elementos que justifiquem a justa causa pra dar início a uma ação criminal. Porque se não houver, você já pode fazer a absolvição sumária”* (E18, mulher, idade não informada).

Se a ação criminal for instaurada, o juiz intimará o acusado e testemunhas para uma audiência. A vítima e as testemunhas são ouvidas na presença do réu, sem intervenções, para que ele saiba exatamente o que estão alegando. Posteriormente, o réu é ouvido sem a presença da vítima ou das testemunhas. O raciocínio é que, se a ação é pública é o Estado que tem interesse em punir aquele réu. O promotor e o defensor ficam presentes o tempo todo.

Trabalham no fórum além dos juízes, escreventes, oficiais de justiça, advogados (função que pode ser da defensoria pública) e um setor técnico composto por assistentes sociais e psicólogas. Tais profissionais atuam, a partir da demanda dos juízes, avaliando os casos para subsidiar as decisões que eles têm que tomar. Nas varas criminais do fórum estudado, não há um setor técnico, mas os entrevistados afirmam que, quando é necessário, recorrem aos profissionais vinculados às varas da infância e juventude e à vara de família e sucessões.

No fórum do município existe um Centro Judicial de Conciliação e Cidadania (CEJUSC)²¹, um setor do Tribunal de Justiça que, segundo um dos entrevistados é “*a grande aposta do judiciário pra desafogar o sistema de justiça*” (E34, homem, 48 anos). O CEJUSC tem como principal atribuição desenvolver métodos alternativos de conflitos visando evitar a judicialização dos casos.

Nesse CEJUSC, os casos cíveis e familiares podem ser encaminhados em fase pré-processual ou processual e, segundo afirma E34, o nível de acordos é altíssimo, principalmente na área de família: “*Posso dizer que os resultados são superiores a 80% por mês na área de família. É bastante significativo*” (E34, homem, 48 anos).

Embora o CEJUSC seja um órgão judicial, nesses casos, não há necessidade de entrar com um processo via advogado. Qualquer pessoa que tenha uma demanda passível de acordo pode procurar diretamente o CEJUSC para fazer uma ‘*reclamação*’, nome técnico dado ao procedimento. A outra parte é convidada a comparecer a uma sessão que será mediada por um conciliador ou mediador, um terceiro neutro, imparcial e capacitado. Se houver êxito, o acordo é homologado e passa a ter força de sentença.

Não há previsão legal na Lei Maria da Penha do uso de dispositivos conciliatórios para a solução dos casos de violência doméstica contra mulheres (BRASIL, 2006a).

²¹ Existem outros três CEJUSC no município, localizados em serviços jurídicos vinculados a faculdades de Direito. Todos eles atuam com casos cíveis e familiares.

O Terceiro Setor

Terceiro Setor é o nome dado a uma gama de organizações que surgem em meio a diversas transformações sociais, com um novo padrão de intervenção social que objetivava renovar o espaço público, resgatar a solidariedade e cidadania e superar a pobreza.

Desde o final do século XIX há uma ativa participação de entidades sem fins lucrativos na sociedade brasileira. Nos anos 1960 e 1970, devido às inúmeras restrições políticas impostas pelos governos militares, houve um encolhimento no processo de formação e consolidação das Organizações Não Governamentais (ONG). Com o fim da ditadura no final dos anos 1980, elas voltaram a crescer e o termo ‘terceiro setor’ foi importado dos Estados Unidos.

As adequações ao modelo norte-americano foram concretizadas através da Lei 9.790/99, chamada de Lei do Terceiro Setor, que qualifica as entidades sem fins lucrativos como Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) e define os critérios para as parcerias entre Estado e sociedade civil (SANTOS et al., 2012).

O Terceiro Setor conquistou um grande espaço na sociedade e, cada vez mais, é visto como parceiro do Estado na execução de políticas públicas, especialmente, em locais em que este ainda é pouco presente. Há muitas críticas e ressalvas ao papel desenvolvido por tais instituições, devido a uma possível ‘terceirização do Estado’ (SANTOS et al., 2012).

No município estudado não há nenhuma ONG específica para o atendimento a mulheres em situação de violência. Há, porém, uma infinidade de organizações que consideramos parte da rede de proteção por desenvolvem atividades que, de alguma forma, favorecem a vida mulheres nessa situação.

Entrevistamos duas profissionais (assistentes sociais) vinculadas a uma ONG que atende a crianças, jovens, mulheres e homens através de oito diferentes projetos. Um dos projetos desenvolvidos oferece doze cursos de capacitação profissional para mulheres em situação de vulnerabilidade. O outro projeto, desativado no momento, oferece atividades de reeducação para homens autores de violência contra mulheres, ação prevista pela Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006a).

Trabalham na ONG uma assistente social, uma psicóloga, sete pedagogas e três monitores, que estão distribuídos entre os projetos desenvolvidos pela

instituição. Todos eles são contratados, uma exigência da prefeitura municipal para o repasse de verba. A ONG também conta com 15 voluntários que atuam em diferentes projetos. Uma das entrevistadas para essa pesquisa é voluntária.

A ONG é mantida através de parcerias com empresas privadas, repasses da prefeitura municipal e, principalmente por uma igreja evangélica.

O principal objetivo da instituição é atender a famílias que vivem ao redor das cinco unidades nas quais os projetos são desenvolvidos. São realizadas ações de orientação, visitas domiciliares, atendimentos em grupo e individuais e, quando necessário, encaminhamentos. Muitas situações de violência são descobertas durante a participação das mulheres em projetos oferecidos pela ONG, mas raramente elas chegam à ONG com tal queixa.

Referente ao projeto com homens autores de violência, na época da coleta de dados já estava desativado fazia alguns meses. É interessante registrar que, apesar disso, havia cartazes divulgando o projeto fixado em diversos serviços da rede de proteção. Tentamos contato pelo telefone, por e-mail e, inclusive através de uma visita no endereço indicado, mas foi em vão. O encontro com a profissional vinculada ao projeto ocorreu em uma reunião da rede, de forma inesperada.

Ela afirma que a ideia surgiu de um grupo de voluntários da ONG – formado por assistentes sociais, pedagogos, advogados e psicólogos - que queria desenvolver um projeto relacionado à violência. Na mesma época, o governo federal lançou um edital para financiar propostas relacionadas ao tema. Já havia alguns projetos no município para o atendimento a mulheres em situação de violência e, inclusive, uma proposta para a construção de um Centro de Referência – que seria enviada ao mesmo edital. O grupo identificou que o que faltava na rede de proteção eram ações voltadas aos autores de violência.

Segundo a profissional entrevistada, o projeto foi desenvolvido em parceria com a prefeitura, tendo como base as proposições da Lei Maria da Penha. Foram realizadas reuniões sobre a proposta com representantes do setor jurídico, principalmente para tentar construir um fluxo de encaminhamentos. Havia poucos trabalhos como esse na época no Brasil e ela afirma que eles se mostraram muito reticentes: *“Eles diziam que precisavam estudar a Lei, ver como é que poderia ser feito porque não estava claro que eles poderiam obrigar os homens a comparecer”* (E27, mulher, 56 anos).

O projeto foi encaminhado conjuntamente com outros, que formariam uma rede de atendimentos no município. A entrevistada não sabe referir o motivo, mas afirma que os projetos não foram aprovados. Mesmo assim o grupo resolveu tentar implementá-lo voluntariamente através da ONG:

A gente fez aqueles cartazes, uns cinco mil folders pra distribuir pra toda a rede. E tudo o que tinha de discussão na rede durante uns dois anos, nós fomos. Fizemos capacitação, reunião com o judiciário, delegacia, saúde, tudo nós fomos. Até em programa de TV. A ficou uns dois anos insistindo (E27, mulher, 56 anos).

Mas os homens não foram e, segundo E27 o projeto foi desativado porque não havia encaminhamentos. Ela avalia que a parceria estabelecida entre a ONG e os serviços da rede – principalmente com o judiciário, que seria a principal fonte de encaminhamentos -, foi muito frágil e que havia muita resistência com a proposta do serviço.

A sociedade civil organizada

Chamamos de sociedade civil organizada o controle social e os movimentos sociais.

Conselho Municipal dos Direitos da Mulher

A Constituição Federal de 1988 apresentou grandes avanços em relação aos direitos sociais e introduziu instrumentos de democracia direta visando a participação de trabalhadores, aposentados, empregadores, comunidade, população, sociedade civil e usuários em órgãos gestores e consultivos de diversas áreas. A 'Constituição Cidadão' como ficou conhecido o documento de 1988 criou condições jurídico-políticas para o surgimento e funcionalidade de órgãos com natureza plurirepresentativa e função de controle social, instituindo espaços de participação social (CÔRTEZ, 2009).

Um dos mecanismos de participação e legitimidade social são os conselhos, órgãos colegiados, permanentes, consultivos ou deliberativos, incumbidos da formulação, monitoramento e avaliação das políticas públicas e garantia de direitos humanos, em âmbito federal, estadual, municipal e/ou local.

Eles surgiram no Brasil entre as décadas de 1970 e 1990 e ganharam enorme força durante o processo constituinte que, impulsionado por movimentos sociais, aprofundou a discussão sobre a democratização do Estado e sobre mecanismos para torná-lo público (AVRITZER, 2007).

O Conselho Estadual da Condição feminina, criado em 1983 no Estado de São Paulo a partir das lutas dos movimentos sociais feministas, é considerado um dos conselhos pioneiros no campo dos direitos humanos, por ter surgido antes da Constituição de 1988.

Em 1985 surge o Conselho Nacional de Direitos das Mulheres (CNDM), com o objetivo de promover, em nível nacional, políticas visando eliminar a discriminação das mulheres, assegurando-lhes condições de liberdade e igualdade de direitos e plena participação em atividades políticas, econômicas e culturais do país. Atualmente, o CNDM é um órgão colegiado, de caráter consultivo e integrante da estrutura da Secretaria de Políticas para Mulheres (PIMENTA, 2010).

No município estudado, o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (CMDM) surgiu em 1994, através da Lei Complementar nº 217/94. Entrevistamos uma informante-chave sobre o CMDM. Três reuniões foram acompanhadas na fase de organização do campo da pesquisa para conhecer melhor os atores envolvidos na discussão sobre violência no município. Atualmente, sou Conselheira Titular do CMDM como representante de notório saber e acompanho as reuniões ordinariamente.

Segundo a entrevistada, a conquista desse espaço legítimo de reivindicações, foi decorrente da pressão exercida por movimentos de mulheres surgidos nos anos 1980 no município. O CMDM funcionou por quase dez anos, até que foi desativado quando não houve chamada para uma nova eleição.

Segundo E25 não havia interesse da administração pública em que ele fosse reativado. Em 2012, novamente devido à pressão de movimentos sociais de mulheres, a Lei Complementar 212/2012 revogou a lei anterior e o criou novamente. Alguns dos profissionais entrevistados reconhecem o poder e a importância do CMDM como órgão fundamental de discussão e controle das políticas para mulheres:

Eu acho que a importância do conselho da mulher, dessas instâncias de discussão, é que elas são democráticas, a gente pode participar e mudar a política. Eu não vejo outra forma. Foi-se o tempo que a

gente precisava queimar sutiã na rua. Agora a gente tem que participar e pra que saiam do senso comum, técnicos precisam estar presentes, a universidade precisa estar presente, com dados, com subsídios (E5, mulher, 55 anos).

O CMDM é um órgão deliberativo que tem por finalidade formular e propor diretrizes para as ações governamentais voltadas à promoção dos direitos das mulheres. Além disso, ele deve atuar no controle social das políticas públicas de igualdade de gênero e raça visando eliminar a discriminação e a violência contra as mulheres, assegurando-lhes plena participação nas atividades políticas, econômicas e sociais do município (PMRP, 2012).

Órgão paritário, ele prevê a representação de 14 membros do poder público e 14 membros da sociedade civil organizada, indicados pelos seus pares ou eleitos através de eleição direta. No dia oito de março de 2013, após realização de eleições - e mesmo havendo vacâncias, foi dada a posse às novas conselheiras do CMDM.

O CMDM não tinha uma sede para que suas reuniões ocorressem. Durante um período elas aconteceram na sede da Coordenadoria da Mulher, mas como havia muitos atritos entre a presidência do CMDM e a coordenação do serviço, elas mudaram de local. Chegaram a solicitar junto à prefeitura um espaço, mas como não houve resposta, as reuniões do CMDM foram transferidas para a sede de uma ONG com a qual a presidente do conselho tinha envolvimento.

O esvaziamento das reuniões acompanhadas em 2013 nos chamou muito a atenção. Havia presença de poucas representantes da sociedade civil e apenas uma representante do poder público, fato atribuído pelas conselheiras a pouca importância dada ao CMDM pela administração pública, que indicou pessoas pouco envolvidas com a causa das mulheres.

Além disso, as reuniões eram chamadas na véspera e sem divulgação prévia das pautas. Tanto a organização quanto o funcionamento do CMDM ficaram muito centralizados na figura da presidente que, quando estava pessoalmente impossibilitada, não chamava as reuniões: *“A última reunião acabou não indo ninguém. Acho que ela esqueceu de mandar o convite oficial. Anda meio doente”* (E11, mulher, 62 anos).

O grande número de representantes do CMDM (28 ao todo) e a previsão de quórum de metade mais um para as deliberações impossibilitou o plano inicial de aprovar um regimento interno e eleger representantes para as vacâncias.

O mandato das representantes empossadas em 2013 chegou ao fim em março de 2015 sem que o regimento interno fosse aprovado e sem que novas eleições fossem chamadas, tornando o CMDM novamente inativo. Mais uma vez, um grupo de mulheres se mobilizou para que novas eleições fossem chamadas, o que ocorreu em agosto de 2015.

Tanto em reuniões observadas em 2013, quanto agora, que participo enquanto conselheira, o desconhecimento das representantes sobre o papel fiscalizador do Conselho é nítido. Apesar do CMDM ser deliberativo, o executivo não submete previamente seus projetos à apreciação e aprovação do CMDM e não há manifestações de indisposição com esse processo.

As três Conferências Municipais dos Direitos da Mulher que ocorreram na cidade nos últimos anos, não se efetivaram como norteadoras da gestão das políticas para as mulheres. Diversas conselheiras se referem, de forma parcimoniosa, ao fato da prefeitura não executar as propostas construídas nas conferências e apresentadas pelo CMDM ao executivo. Não há indisposições ou mobilizações para transformar tal fato, o que deixa claro o tom ‘pouco político’ presente na performance do Conselho: *“Nessas conferências municipais nós tiramos propostas que foram entregues à administração. Porém nenhuma proposta ainda foi efetivada”* (E25, mulher, 69 anos).

Os movimentos sociais

No Brasil, as temáticas da violência e da criminalidade foram inseridas na agenda da cidadania como resultado do aumento da consciência nacional sobre o acirramento da violência social. Esse processo, ocorrido concomitantemente à abertura política no país, gerou um crescimento dos movimentos sociais em prol dos direitos civis e pela redemocratização do país. Tal mobilização foi fundamental para tornar a violência contra as mulheres uma questão pública (OLIVEIRA, 2007).

A história do movimento de mulheres no município estudado é difícil de ser contado, porque não há registros disponíveis. Há muitos fragmentos de relatos orais, mas não há uma narrativa histórica que dê conta de todo o processo.

O que sabemos é que houve um protagonismo muito grande de mulheres, especialmente de mulheres negras, nos anos 1990. Organizadas através de movimentos sociais vinculados a partidos políticos, elas lutaram principalmente pela

visibilidade das opressões raciais que vivem e pela elaboração de políticas públicas e criação de órgãos de controle social, como o CMDM.

Paralelamente havia outros pequenos grupos de mulheres organizadas em movimentos sociais vinculados a sindicatos, igrejas, luta pela terra e organizações como a maçonaria.

Esses movimentos nunca tiveram um viés de gênero em suas reivindicações. As questões eram pautadas por um recorte de classe e raça, havendo muita dificuldade em problematizar as desigualdades vividas como decorrente do patriarcado.

Nos anos seguintes houve um enfraquecimento dos movimentos devido a uma grande migração das mulheres para ONG e serviços públicos, fenômeno semelhante com o que ocorreu no cenário nacional.

A visibilidade que as desigualdades de gênero ganharam recentemente, o consequente fortalecimento da discussão sobre o enfrentamento da violência contra as mulheres e o crescimento de uma tendência conservadora no cenário legislativo foram os motes para que as mulheres se (re)unissem visando evitar retrocessos.

Aqui, esse processo vem ocorrendo principalmente a partir de movimentos de mulheres oriundos de universidades, espaços nos quais as opressões de gênero têm sido cada vez mais denunciadas.

Para essa pesquisa, foi entrevistada uma informante-chave de um desses movimentos. Ele existe há cerca de um ano e meio e reúne principalmente jovens estudantes, grande parte mulheres. Eles se reúnem semanalmente para estudar questões do feminismo e para organizar ações.

Segundo ela afirma o principal objetivo do movimento é “*em última instância, a destruição da sociedade patriarcal*”. Ela acredita que são tantas as questões relacionadas às mulheres que precisam de atenção que é difícil definir um objetivo específico: “*Tem o combate às questões de violência doméstica, estupro, a legalização do aborto. Então, acho que seria um pouco reduzido o movimento definir um objetivo único*” (E32, mulher, 22 anos).

Para poder alcançar tais objetivos ela acredita ser fundamental ter uma formação em gênero porque somente assim é possível desnaturalizar as opressões vividas pelas mulheres: “*O movimento foi abrindo meus olhos pra muitas coisas, muitas relações que eu achava que eram normais e que não são. Essa coisa da normatização de gênero*” (E32, mulher, 22 anos).

O movimento organiza algumas ações que incluem protestos e campanhas. A primeira ação mais concreta realizada foi a organização da Marcha das Vadias no município. Também já realizaram um encontro feminista que reuniu participantes de movimentos de humanização do parto, pelo direito a terra e anarquistas.

A próxima ação do movimento, em parceria com uma ONG e o CMDM será realizar um mapeamento das políticas públicas para mulheres existentes no município. Para isso foram convidados representantes do Ministério Público, da Defensoria Pública e de movimentos sociais diversos, e a ideia é produzir um relatório apontando os principais problemas identificados.

As redes sociais são a principal forma de comunicação do movimento com a sociedade. E32 diz que é eficiente mas que acaba atingindo um público muito específico e, uma das preocupações do movimento é ser representativo para diferentes mulheres:

O núcleo duro é formado por 10, 12 pessoas que estão na graduação, na pós, mulheres de classe média. E a gente queria abranger mulheres de outras classes sociais, ter uma capilaridade maior nos bairros periféricos. Mas é difícil porque a gente não tem perna, não tem tempo (E32, mulher, 22 anos).

Algumas mulheres procuram o movimento – pessoalmente e pelas redes sociais - para fazer denúncias e pedir orientações. Ela refere ser muito difícil ajudar em determinados casos porque sente que tem pouco preparo:

Tem mulheres que nos procuram com questões difíceis, dúvidas com relação a aborto. Por ser um movimento social é muito acessível e, como são mulheres da mesma idade elas sabem que não vão ser julgadas ou vão enfrentar preconceito. A gente orienta no sentido do pró escolha, dá subsídios pra mulher conseguir fazer uma escolha de acordo com o que ela quer, o que ela tá sentindo (E32, mulher, 22 anos).

Ela avalia que mesmo sem terem uma estrutura institucional, conseguem ajudar porque muitas mulheres estão completamente desamparadas, não sabem a quem recorrer nos órgãos públicos, na Coordenadoria da Mulher, mesmo nos hospitais. Além disso, do preconceito que sofrem nos serviços, tem pouco ou nenhum amparo familiar.

6.2.1.2 Percepções dos profissionais acerca das mulheres atendidas

Em relação às percepções dos profissionais acerca das mulheres que chegam aos serviços em que atuam procurando por assistência, os entrevistados do **setor saúde** se referem às condições emocionais em que elas chegam. Adjetivos como ‘*fragilizada*’, ‘*amedrontada*’, ‘*perdida*’, ‘*em pânico*’, ‘*angustiada*’, ‘*confusa*’, ‘*prejudicada*’ e ‘*neurótica*’ são alguns dos usados para descreverem como as percebem.

Tais adjetivos caracterizam, basicamente, as consequências que a violência gera na vida das mulheres. Transformadas em queixas para poderem ser levadas aos serviços de saúde, o que os profissionais descrevem, são os sintomas da violência.

Os profissionais do **setor de assistência social** percebem as mulheres como estando em grande vulnerabilidade, frágeis emocionalmente, com medo e dificuldade em estabelecer relações de confiança: “*Ela tinha muita dificuldade em confiar na gente. Tinha um, um desejo imenso de mudança, mas ela tinha muito medo, né?*” (E7, mulher, 31 anos). Eles acreditam que esse medo é consequência da impunidade dos autores da violência, o que levaria a um sentimento de desproteção das mulheres.

Alguns referem que a vulnerabilidade delas também é econômica: “*Ela não tem eira, nem beira, ganha 400 reais de benefício do governo, mas pra quê que dá? Não dá pra pagar nem um aluguel*” (E1, mulher, idade não informada).

Outros afirmam que muitas mulheres chegam aos serviços como autoras de violência contra crianças, seus filhos. Essa é a percepção principalmente dos profissionais que atuam no serviço de assistência social especializado em violações de direitos, principal referência para casos de violência contra crianças que, segundo pesquisas (PASCOLAT et al., 2001) é perpetrada pela mãe em 42% dos casos.

Para os profissionais do **setor de segurança pública**, a maior parte das mulheres que procura por atendimento nos serviços é casada, tem filhos, depende financeiramente do companheiro e, a maioria pertence às classes C, D ou E.

Tais percepções correspondem aos dados encontrados em pesquisa sobre fatores associados à violência realizada com mulheres usuárias do SUS no mesmo município, que encontrou maior prevalência de violência em mulheres casadas ou

em união estável (66,5%), com companheiros chefes de família (58,2%) e das classes C, D ou E (69,1%) (VIEIRA et al., 2011).

É importante salientar, porém, que não é porque mulheres de classes sociais menos favorecidas procuram mais por esses serviços que a violência esteja relacionada com a pobreza, conexão feita por alguns profissionais:

Eu acho que nas classes menos favorecidas você tem uma questão cultural arraigada ainda. É mais até por conta de origem, de outros estados onde o machismo é muito mais forte. Eu acho que você começa ver que a família tem mais estudo, você consegue, o desnível entre homem e mulher vai diminuindo (E8b, homem, 40 anos).

Essa relação também foi encontrada em outro estudo realizado com profissionais que atuam em serviços que atendem mulheres em situação de violência (VILLELA et al., 2011), o que mostra que ainda há uma percepção da origem social da violência limitada a questões de classe, que não abarca as questões de gênero.

A violência de gênero contra as mulheres, porém, é um fenômeno democraticamente distribuído, que afeta pessoas sem discriminação de classe, cor, raça, nível educacional e salarial.

Segundo pesquisas (KISS & SCHRAIBER, 2011; VIEIRA et al., 2011; D'OLIVEIRA et al., 2009), em países não desenvolvidos a violência de gênero está associada à pobreza, mas em países emergentes, mulheres que ascendem social e economicamente estão mais expostas à violência por violarem normas de gênero. Assim, mulheres com maior autonomia social e econômica estão mais expostas à violência em determinados países e regiões do Brasil.

Além disso, os entrevistados referem que muitas mulheres são mal informadas sobre o funcionamento de uma delegacia de polícia e sobre a função de um Boletim de Ocorrência (BO): *“Elas chegam aqui achando que a gente vai cuidar da separação, que o problema vai ser solucionado de imediato e, infelizmente, não é assim”* (E3, mulher, 45 anos).

Em pesquisa desenvolvida em outro município, profissionais entrevistados também concordam que as mulheres desconhecem os serviços prestados pela segurança pública, especialmente pela DDM, assim como os procedimentos para formalizar queixas (VILLELA et al. 2011). Isso faz com que muitas delas procurem o serviço com expectativas que não poderão ser atendidas ali.

Entre os profissionais do **setor jurídico** há diferentes percepções sobre as mulheres que buscam pelos serviços. Segundo alguns, há aquelas que vivem situações crônicas de violência e somente procuram seriamente por ajuda no judiciário quando seus filhos são ameaçados: *“Quando ameaça os filhos é que elas tomam atitudes. Ela até se negligencia, mas pra proteger os filhos, elas tomam atitudes”* (E20, mulher, 38 anos).

Já outros se referem a mulheres que apenas querem o divórcio e não processar o companheiro pela violência, por acreditarem que isso poderia prejudicar seus filhos.

Em ambas as situações, o que move e configura as decisões tomadas pelas mulheres, segundo os entrevistados, são seus filhos. Tais percepções, das mulheres como mães abnegadas – que contraria a experiência vivida pelos entrevistados do setor de assistência social - pode estar relacionada às percepções tradicionais de gênero que os profissionais do setor trouxeram durante suas entrevistas.

Há, entre eles, uma naturalização de características de mulheres e homens como sendo inatas e generalizações de comportamentos de alguns como sendo de muitos/todos. Algumas falas se referem à ideia de papéis complementares, o que demonstra uma percepção heteronormativa e tradicional de gênero: *“Eu acho que é um papel complementar, sempre foi. Por exemplo, em uma família elas são complementares, existe a função do homem e a da mulher”* (E19, homem, 51 anos). Assim, em uma situação de violência, automaticamente a mulher é tomada como vítima.

Para as profissionais entrevistadas que atuam no **terceiro setor**, as mulheres que procuram pelos serviços das ONG são bastante vulneráveis economicamente e estão com problemas psicológicos.

Os **movimentos sociais** e **conselhos de direitos** não realizam atendimentos, mas recebem muitas mulheres que as procuram buscando por ajuda e orientação. Segundo as entrevistadas afirmam, geralmente são mulheres jovens e que estão fragilizadas emocionalmente.

Há similaridades nas percepções sobre as mulheres entre os profissionais da saúde, assistência social e das ONG – setores tradicionalmente constituídos por mulheres e com práticas oriundas de uma lógica assistencialista -, que as veem como vulneráveis e vítimas da violência (vitimização). Já os profissionais dos setores

de segurança pública e jurídico, historicamente masculinos, tendem a percebê-las com base em outros estereótipos da mulher na sociedade.

Tais visões estereotipadas provavelmente estão muito mais relacionadas às características das demandas que chegam aos serviços e às suas vocações assistenciais do que às mulheres reais que os profissionais atendem.

Esse processo que fragmenta o sujeito/mulher e faz com que o profissional veja apenas parte dela – no caso, a sua demanda -, pode estar relacionado a mecanismos defensivos dos quais dispomos para lidar com sofrimentos que são intoleráveis e ameaçadores. Assim, ao suprimir a mulher de sua condição de sujeito, há uma suavização da percepção dos trabalhadores sobre seu próprio sofrimento (SÁ & AZEVEDO, 1999).

A alienação dos trabalhadores, que os despoja de sua capacidade criativa e reflexiva, revela processos de trabalho em que há uma centralidade do trabalho morto, ou seja, em que há pouco ou nenhum espaço para o novo.

Estar com o outro é parte integrante do ofício de cuidar e, muito do que é demandado em tais encontros assemelha-se à função continente, descrita por Bion (1973) como o processo ativo em que ocorre o acolhimento de conteúdos carentes de representação e a possibilidade de ressignificá-los.

Para que isso ocorra, porém, é necessário que haja uma condição de hospitalidade que, segundo Derrida (2005) pressupõe a aceitação do outro antes de qualquer determinação, antecipação ou identificação. Essa condição é construída exatamente em um interjogo entre ser acolhido pelo Outro (hospitalidade intersubjetiva) e acolher os próprios conteúdos (hospitalidade intrasubjetiva):

(...) a recepção que podemos oferecer ao outro é o modelo que o ajudará a se receber e poder pensar suas experiências, abrigando seus conteúdos “estrangeiros” (carentes de representação) que solicitam a hospitalidade da representação possível (ASSIS, 2005, p. 03).

O processo de subjetivação que ocorre a partir desse encontro, no espaço intecessor criado em ato, possibilita que ambos, mulheres e trabalhadores, construam relações de cuidado e, concomitantemente, reconheçam a si próprios enquanto sujeitos.

Devido à sua potência instituinte, tais encontros também são favoráveis à criação de Contextos Instauradores de Necessidades. As demandas feitas aos

serviços pelas mulheres representam o movimento delas em busca de satisfação de necessidades, originárias de carecimentos ocorridos no cotidiano (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Essas demandas são apresentadas na linguagem dos próprios serviços, ou como afirmam Schraiber et al. (2003) *“o modo de revelar e o que será dito acerca da violência vivida depende a quem ou a qual instituição a violência será contada”*. Ou seja, a busca por um serviço se dá a partir da ideia que se tem sobre o que pode ser oferecido pelo mesmo.

Assim, por exemplo, quando há percepções de um dano à saúde, as mulheres se dirigem aos profissionais da saúde e suas solicitações são em termos medicalizados ou passíveis de redução à tradição biomédica. O mesmo ocorre quando há percepção da perda da sensação de segurança ou de um direito e ela vai à delegacia ou procura por um advogado.

Os Contextos Instauradores de Necessidade possibilitam a visibilidade de carecimentos até então invisíveis o que, segundo Schraiber e Mendes-Gonçalves (1996) gera novas demandas e cria a possibilidade de oferecer respostas diversas às demandas já existentes, podendo acolher o outro/mulher, em sua totalidade.

6.2.1.3 Percepções dos profissionais sobre o atendimento realizado

Nesse item da categoria ‘produção do cuidado’ apresentamos as percepções dos profissionais acerca dos atendimentos que realizam. Inicialmente, discutimos as percepções sobre os casos de violência que chegam aos serviços, seguido da discussão sobre as práticas de cuidado que os serviços produzem. As percepções relacionadas às práticas nem sempre dizem respeito especificamente à produção do cuidado a mulheres em situações de violência - inclusive porque, há serviços que não reconhecem atender a tais casos. Mas, ao discutirmos a forma como entendem a produção do cuidado, podemos pensar na potencialidade, ou não, para que mulheres em situação de violência sejam cuidadas integralmente.

Setor Saúde

Em relação aos tipos de violência que chegam ao setor saúde, nos serviços da atenção básica e de saúde mental, ainda é frequente a pouca visibilidade dos casos de violência contra as mulheres. Os entrevistados afirmam que atendem pouco a tais casos e que as mulheres não falam sobre esse problema.

Nas UBDS, serviços que atendem a toda a população, os profissionais referem que são raros os casos de violência contra mulheres e que chegam mais casos de violência contra crianças. Já no serviço de saúde mental, eles afirmam atender a alguns casos em que as mulheres relatam situações de violência, mas geralmente, ocorridas na infância: *“É mais comum atender mulheres que já foram vítima de violência na adolescência, na infância. Mas situações atuais, assim, não”* (E17, mulher, 31 anos).

Apesar da percepção dos profissionais, pesquisas sobre a ocorrência de violência mostram que as mulheres nessa situação estão presentes nos serviços de saúde. A prevalência de violência entre mulheres usuárias desses serviços varia entre 34 e 40%, sendo mais alta do que na população em geral (VIEIRA et al., 2011; SCHRAIBER et al., 2007).

Essa questão da invisibilidade da violência contra mulheres em serviços não específicos é amplamente discutida em estudos sobre violência e saúde (PEDROSA & SPINK, 2011; KISS & SCHRAIBER, 2011; D'OLIVEIRA et al., 2009; SCHRAIBER et al., 2003). Eles salientam que os profissionais tendem a não investigar tais casos porque não se sentem preparados para lidar com tais situações, percepção compartilhada por profissionais entrevistados:

A violência psicológica, por exemplo, eu acredito que ocorra muito mais que os dados que a gente tem. Então, acho que alguns profissionais acabam negligenciando por falta de conhecimento. Acho que casos mais graves de violência física, a gente consegue identificar melhor, mas acho que o profissional tem, às vezes dificuldade de indicar isso e encaminhar pros serviços necessários. (E14, mulher, 32 anos).

O profissional que tá na ponta, ele não descobre que é uma violência porque ele não sabe o que fazer. Ele às vezes deixa de fazer esse diagnóstico de violência por causa disso. É melhor não ‘saber’ que é violência, não fazer o diagnóstico, porque ele não sabe o que fazer (E2, mulher, 57 anos).

Como os relatos e as pesquisas mostram, existe sim um despreparo técnico-científico para lidar com o tema da violência. Mas, para aprofundar o entendimento desse fenômeno, talvez valha retomar a discussão realizada anteriormente acerca das percepções dos profissionais sobre as mulheres atendidas.

O cuidado efetivo pessoas em situação de violência não depende apenas de tecnologias duras e leve-duras, ou seja, de procedimentos e conhecimento. As tecnologias leves, relacionais são fundamentais para que a produção do cuidado possa ser efetiva.

O uso excessivo de mecanismos defensivos para se proteger das emoções difíceis que os encontros podem gerar, favorece o surgimento de visões estereotipadas sobre as mulheres dificultando que haja abertura para o acolhimento necessário para que o cuidado seja produzido.

Nesse sentido, podemos pensar inclusive que, talvez, haja maior visibilidade de casos de violência contra crianças – prevalente entre 3,9 e 8% da população em idade escolar (FALEIROS et al., 2009) - porque acolhê-las seja menos ameaçador e, portanto, haja maior disposição à solidariedade e ao cuidado dessas pessoas.

Os estudos apontam que muitas mulheres também tem dificuldade em revelar espontaneamente a violência vivida. Mesmo assim, elas demonstram mais disponibilidade em falar sobre o tema do que os profissionais em perguntar, ocasionando que muitos casos sejam descobertos ao acaso, durante avaliações de quadros depressivos ou situações de uso repetitivo dos serviços (SCHRAIBER et al., 2003).

Especialmente em serviços de saúde mental esse fenômeno da invisibilidade chama atenção uma vez que transtornos psiquiátricos estão entre as consequências mais frequentes da violência. Em decorrência disso, uma das condutas mais frequentes dos profissionais da saúde é o encaminhamento das mulheres em situação de violência para serviços de saúde mental (HASSE & VIEIRA, 2014).

Apesar disso, a violência permanece invisível para os profissionais de tais serviços, que apresentam muita dificuldade em identificar e acolher adequadamente os casos de violência, que acabam ficando suplantados pelos quadros psiquiátricos (BARBOSA et al., 2014).

Os entrevistados que atuam no serviço de saúde mental estudado apresentam essa dificuldade em associar os casos que atendem à vivência de violência, mesmo quando as mulheres fazem referências a dificuldades conjugais e

questões familiares complicadas: *“Eu como profissional num serviço de saúde mental, talvez me sinta pouco preparada, por exemplo, em termos de ferramentas pra atender esses casos”* (E17, mulher, 31 anos);

Atendo muita depressão e ansiedade, muitas mulheres choram, estão desequilibradas. Mas violência, não atendo. A única coisa que conheço dessa história da violência é essa cartilhinha que chegou até mim. É uma coisa bem básica, dá alguns telefones, algumas coisas pra gente dar uma orientação básica, pra gente denunciar ou encaminhar, eu até tenho guardado aí. É isso que eu conheço sobre violência (E9, homem, 47 anos).

Devido ao despreparo dos profissionais somente a mulher reconhecida como ‘desequilibrada’ - ou qualquer outra característica que possa ser encaixada no que historicamente é oferecido pelo serviço de saúde mental - consegue ser acolhida como portadora de um sofrimento passível de intervenção, independente do que lhe causou sofrimento. Isso segundo Schraiber et al. (2005) cria um fenômeno que, ao mesmo tempo acolhe o efeito sem tornar visível a causa do problema.

Para alguns autores, é exatamente a racionalidade biomédica, ainda hegemônica nas práticas em saúde, o maior obstáculo para a abordagem de temas como a violência em tais serviços (KISS & SCHRAIBER, 2011). Para a produção de um cuidado integral é fundamental ampliar a capacidade de escuta das solicitações das mulheres, favorecendo o surgimento de novas demandas e de novas respostas a demandas já existentes, através da criação de contextos instauradores de necessidades (SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Ainda em relação aos tipos de casos atendidos, segundo os profissionais do serviço específico para pessoas em situação de violência, a maioria dos atendimentos realizados é para crianças e adolescentes, pois há uma priorização dos casos com maior vulnerabilidade: *“Atendemos uma demanda muito menor de mulheres. A demanda de criança é muito grande, 70% dos atendimentos são de crianças e adolescentes”* (E12, mulher, 34 anos).

Os entrevistados afirmam que, devido à dificuldade dos serviços não especializados identificarem a violência, muitos casos demoram em chegar até eles e que, por isso, geralmente são casos graves: *“Muitas vezes, quando chega aqui pra gente já é uma situação extrema. A gente conclui que se tivesse encaminhado antes, não estaria tão grave”* (E16, mulher, 44 anos). Em algumas situações é

necessário abrigar as vítimas ou fazer uma internação social para afastá-las do autor da violência.

Os profissionais referem também que muitas mulheres chegam ao serviço como autoras de violência contra seus filhos e, que com o passar de algum tempo, acabam sendo reconhecidas como estando, elas próprias, em relações violentas. Assim, elas também se tornam usuárias do serviço.

Para eles a violência perpetrada pelas mães aos seus filhos decorre do fato da grande maioria delas terem sofrido violência em suas infâncias, ou ainda viverem situações violentas em suas relações íntimas: *“Eu vejo muito que 70% das mães que agredem seus filhos foram abusadas sexualmente, então tem a dor delas... Elas vivem muito abandono na infância e por isso, têm dificuldades afetivas atualmente”* (E16, mulher, 44 anos).

A violência doméstica tende a envolver diversos membros da família e é importante pensar em abordagens conjuntas desde que elas sejam feitas de modo a não anular cada um dos sujeitos. Assim, atender apenas às mulheres achando que as crianças serão automaticamente beneficiadas, ou apenas às crianças sem verificar as necessidades de suas mães, será sempre insuficiente (SCHRAIBER et al., 2012).

Nesses contextos, em que serviços específicos atendem a pessoas de diferentes faixas etárias em situação de violência – como é o caso do serviço estudado -, é importante problematizar as diferentes perspectivas das políticas públicas que norteiam a produção do cuidado (SANTOS, 2015).

Isso porque, as políticas específicas de enfrentamento à violência contra as mulheres possuem um viés de gênero e concebem a violência como um problema decorrente de uma desigualdade estrutural. Assim, a resolução do problema passa pela desconstrução da dominação masculina e o foco do cuidado centra-se na emancipação da mulher.

Já as políticas que regem o trabalho com crianças, adolescentes e idosos, possuem uma concepção familista, que entende a violência como um desvio de comportamento no seio da família, ou como um problema de ordem moral. As intervenções, portanto, focam-se nas famílias, buscando restaurá-las.

Sendo tão diversas no entendimento sobre a violência e nas intervenções propostas, a pergunta que se coloca é como um mesmo serviço consegue operar ambas as políticas e oferecer a esses diferentes sujeitos o que lhes é de direito?

Em relação às percepções sobre as práticas de trabalho e as ferramentas utilizadas para a produção do cuidado, os profissionais do setor se referem a alguns dispositivos utilizados no cotidiano dos seus serviços, que nomeiam como ‘acolhimento’, ‘projetos terapêuticos singulares’ (PTS), ‘protocolos’/‘fluxos’, ‘supervisões’ e ‘capacitações’ e ‘notificação’.

Sobre o acolhimento, todos os entrevistados se referem a práticas que consideram sendo como tal. Definida por Mehry (1997) como uma atitude de inclusão, ela é considerada uma ‘tecnologia do encontro’, que favorece a construção de relações de confiança e o compromisso entre usuários e equipes (BRASIL, 2010a).

Para Teixeira (2006) o acolhimento pressupõe uma postura ética que reconheça o usuário enquanto um sujeito no processo de produção de saúde. Isso pressupõe e implica em uma atitude de acolhimento e compartilhamento, tanto de saberes quanto de dúvidas.

O entendimento que os profissionais trazem acerca de tal dispositivo se assemelha muito a tal conceituação. Eles afirmam que o acolhimento é uma estratégia fundamental para qualificar as queixas das usuárias e compreender suas demandas. Referem que, para isso, uma escuta atenta, contextualizada e que valorize o que é dito pela mulher, é fundamental: *“A escuta inicial não pode se reduzir apenas ao que é verbalizado - é preciso estar atento ao que não é dito para favorecer a criação de um vínculo”* (E12, mulher, 34 anos).

Apesar desse entendimento, compartilhado por todos os entrevistados do setor, as condutas dos profissionais dos serviços básicos e de saúde mental se assemelham mais a triagens do que a um acolhimento.

Organizada de diferentes formas nos dois serviços, nas UBDS ela é realizada por um profissional da recepção no momento da chegada da mulher e, no ambulatório de saúde mental, por uma enfermeira ou uma técnica especializada - geralmente uma psicóloga -, de forma individual ou em grupos.

Em todos esses casos, ela se configura como uma prática fragmentada, uma parte do atendimento, que tem como principal objetivo identificar queixas e realizar os encaminhamentos necessários: *“Se chegar uma mulher dizendo que apanhou do marido, se o profissional mandar pra uma enfermeira ou pra uma assistente social, já tá bom demais”* (E2, mulher, 57 anos).

O espaço interseção criado a partir de tais encontros é pouco potente para operar um cuidado integral uma vez que há pouca abertura ao que chega e as respostas possíveis já estão pré-estabelecidas. Essas práticas, desfavoráveis à construção de corresponsabilização e vínculos, reproduzem uma forma de trabalho que privilegia a produção de procedimentos à produção de cuidados.

O acolhimento pressupõe um modo atento e contínuo de estar com o outro, uma postura comprometida em produzir respostas às necessidades trazidas pelos usuários com os usuários.

O que é oferecido pelo serviço de saúde específico para o atendimento a pessoas em situações de violência, se assemelha a isso. Toda a equipe está envolvida nos processos de acolhimento - a recepção, os técnicos e a gerência do serviço. Para entender a demanda de quem chega, além de uma escuta cuidadosa e, muitas vezes, compartilhada entre os profissionais, é feito um contato com outros serviços por as mulheres onde passaram:

Para tentar entender melhor a história dela, ir mais fundo, eu faço contato com os serviços onde ela já é atendida... pra dar continuidade e também pra que ela não tenha que repetir a mesma história de novo, pois geralmente já está cansada e frustrada. Muitas não conseguem falar, choram, chegam com muita dificuldade em se vincular e confiar (E16, mulher, 44 anos).

Essa hospitalidade oferecida às mulheres possibilita a criação de vínculos. A própria escuta, utilizada como uma tecnologia leve, já é uma ação terapêutica e favorece a produção de um encontro que, em ato, produz cuidado (MERHY, 1997).

O que se configura nesse serviço após o acolhimento, segundo os relatos das entrevistadas é um Projeto Terapêutico Singular (PTS):

Começa uma rede interna porque eu não posso simplesmente acolher esse caso e direcionar por mim. Então eu discuto com a minha equipe. Eu tenho uma visão enquanto assistente social, a minha psicóloga tem uma visão enquanto psicóloga. Ela vai levantar questões que eu não consigo levantar, assim como eu vou pontuar coisas que ela não consegue pontuar. Então nós vamos somar essas informações. Vamos discutir a questão da saúde, vamos discutir a questão medicamentosa, vamos compondo essa mini rede que tá dentro do serviço, conversando sobre o que vai ser feito a partir de então. Porque sozinho, eu acho que não funciona (E12, mulher, 34 anos).

O PTS é definido por Nunes (2013) como “*um movimento de coprodução e de cogestão do processo terapêutico de indivíduos ou coletivos, em situação de vulnerabilidade*”. Surgido no contexto da reforma psiquiátrica a partir da problematização das práticas de cuidado instituídas, esse dispositivo deslocou as intervenções propostas de um ideal de cura para a busca de produção de singularidades.

Diferenciando-se de um elenco de procedimentos estabelecidos à priori, a lógica do cuidado passou a de ser um processo construído e reconstruído com o usuário, sua família e a equipe. Por requerer (e favorecer) a existência de uma rede de relações, a construção de um PTS é coletiva e se dá em torno de uma situação de interesse comum (NUNES, 2013).

Apesar de sua origem na saúde mental e de ser amplamente recomendado para organizar a produção do cuidado na atenção básica, o PTS foi citado como dispositivo de trabalho apenas pelas profissionais do serviço específico para atendimento a situações de violência.

Nele, o processo de trabalho para a produção do cuidado baseia-se exatamente na lógica da singularidade, ou seja, cada pessoa que chega ao serviço é recebida a partir de suas necessidades e potencialidades:

A ideia inicialmente era que todos os pacientes ficassem um ano no serviço, podendo prorrogar por mais um ano. Mas nossa demanda não permite... Então tem pacientes que eu tenho faz quatro anos que não tem condições de ter alta. Independente do tipo de violência que ele sofreu. Tem a ver com a resposta da pessoa ao que aconteceu (E12, mulher, 34 anos).

A partir do acolhimento, identificação da demanda e reconhecimento dos recursos disponíveis, o projeto para a produção do cuidado será construído e pactuado. Nesse processo, o que rege a organização do trabalho são os casos que chegam ao serviço.

A escuta atenta às necessidades de cada sujeito e a abertura à possibilidade da construção de ações a partir da singularidade de cada um, se configuram exatamente como a hospitalidade descrita por Derrida (2003) - algo que não pertence originalmente nem àquele que hospeda, nem ao que é hospedado, mas ao gesto, ao ato pelo qual um oferece acolhida ao outro.

A razão da Composição Técnica do Trabalho produzido nesse contexto é centrada no trabalho vivo, pois há indícios de implicação mútua, existência de acolhimento, estabelecimento de vínculos e corresponsabilização.

Outros dispositivos trazidos pelos entrevistados como presentes – e importantes – na produção do trabalho foram os protocolos de atendimento e fluxos, termos utilizados muitas vezes como sinônimos.

‘Protocolo clínico e de regulação’ é o termo adotado pelo MS e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) para as orientações sistematizadas com base em evidências científicas e resultados práticos, que auxiliam os usuários, profissionais e gestores na tomada de decisões (SANTOS, 2012).

Entre os profissionais entrevistados, há protocolos bastante conhecidos, como é o caso do vigente para o cuidado a vítimas de violência sexual. Ele é amplamente divulgado e rigidamente seguido devido à complexidade clínica e premência de oferta de tratamentos adequados para evitar agravos:

O fluxo ele é assim: entra pela Unidade de Emergência, é acolhido pelo serviço social e pela equipe médica. Uma semana depois tem o retorno lá no HC. Se for mulher é no balcão 1, se for criança é no balcão. Uma semana depois, no caso de vitimização aguda, ela vai lá checar todos os exames e a partir dali ela é referenciada pro nosso serviço (E16, mulher, 44 anos).

Todos os entrevistados sabem como acionar o atendimento em caso de violência sexual – principalmente nos casos agudos. Podem não saber detalhes, como a profissional citada, mas conhecem a porta de entrada que possibilita acesso ao cuidado necessário.

A existência desses instrumentos favorece a organização da lógica de funcionamento do processo de trabalho, servindo como uma linha mestre, como um esqueleto de sustentação dos serviços. Eles aumentam a possibilidade de acesso aos serviços já que estabelecem rotas de referências e contrarreferências oficiais, que não são baseadas apenas em relações pessoais, passíveis de se desconstruírem caso um ou outro profissional deixe seu serviço.

Há uma sensação de segurança aclamada pelos profissionais relacionada aos protocolos e fluxos. Essa lógica ainda mobiliza alguns profissionais do setor saúde a buscar a construção de fluxos e protocolos definitivos, entendidos como fundamentais para garantir a segurança necessária para a eficácia do trabalho:

Se o profissional não estiver seguro, se não souber o que fazer, ele não vai dar conta. Ele tem milhões de coisas, porque ali chega tudo, não chega só violência. Lá na unidade de saúde chega dengue, meningite, coqueluche, violência e tudo o mais. Ele tem que saber o caminho. Essa é a minha luta, é estabelecer um fluxo claro e simples pra todos os profissionais (E2, mulher, 57 anos).

Tal segurança, porém, é ilusória já que diante de cada caso atendido, existe uma faixa de incerteza quanto à adequação do que está pré-definido (CUNHA & DANTAS, 2013). É essa faixa que exige – e promove - a capacidade reflexiva e criativa dos trabalhadores e usuários. Mas, quando falta espaço para a criação em ato nos processos de trabalho, há um enrijecimento dos profissionais diante dos protocolos e fluxos estabelecidos, cabendo-lhes apenas a aplicação regular e mecânica de algo criado no passado (CAMPOS, 2011).

A predominância de métodos gerenciais oriundos de uma tradição taylorista, que separa a concepção do trabalho de sua execução e centraliza o poder de planejar e decidir na gerência gera uma limitação da autonomia e iniciativa dos trabalhadores (CAMPOS, 2000). Isso retira dos profissionais a capacidade de decisão sobre o próprio trabalho, que é passado aos gerentes que, por meio de minuciosos protocolos, controlam e determinam o fazer cotidiano dos trabalhadores.

Cabe lembrar, como afirmam Schraiber et al., 2003, que importantes domínios políticos e econômicos no campo da saúde foram historicamente conquistados exatamente a partir da construção de uma biomedicina que se tornou hegemônica ao estabelecer práticas sintetizadas em um ‘êxito técnico’, muitas vezes, em detrimento de um ‘sucesso prático’.

Assim, o sucesso tecnológico da saúde ainda está centrado na homogeneização dos processos, no nivelamento que sustenta a ideia de que ‘o bom é o que pode funcionar para mais gente’.

Esse estilo de razão tecnológica, conduzida pelo trabalho morto, não valoriza a capacidade reflexiva do trabalhador. Pelo contrário, o aliena já que o reduz à sua objetividade máxima. Pode ser que o que está proposto à priori por um determinado protocolo, seja o suficiente para o cuidado necessário. Mas é preciso haver espaço para o exercício crítico do profissional, para que ele possa interpretar qual a tecnologia adequada à singularidade de cada caso (CAMPOS, 2011).

Apesar da existência de diversos protocolos e fluxos - e do desejo de alguns profissionais de sistematizar ainda mais os procedimentos -, a produção do cuidado no serviço específico estudado é dominado pelo trabalho vivo em ato.

Segundo as observações realizadas no serviço e os relatos dos entrevistados, há espaço para a interrupção de fluxos estabelecidos, para a quebra e rearranjos de protocolos sempre que avaliam ser necessário: *“Às vezes o fluxo pode ser interrompido porque, dependendo do caso, não dá pra esperar, exige outras intervenções”* (E11, mulher, 62 anos); *“Tem situações que a gente abre espaço na agenda pra discutir, porque fica difícil sozinho. Nós, enquanto equipe, temos essa dinâmica, nós temos essa flexibilidade”* (E16, mulher, 44 anos);

A gente procura não quebrar sempre porque tem toda uma rotina que depende disso. Mas tem situações em que o caso é muito grave, que não dá pra esperar uma semana (tempo estabelecido pelo protocolo de violência sexual) pra uma intervenção (E12, mulher, 34 anos).

A flexibilidade a qual a profissional se refere demonstra, mais uma vez a condição da equipe de se abrir ao que chega - tanto de fora (mulheres/outros profissionais/serviços) quanto de dentro (necessidades, desejos, emoções) – e a possibilidade de transformar tanto o processo de trabalho, quanto a si mesma:

Deve-se dar ao outro a permissão de fazer a revolução em nossa casa. Se há hospitalidade, só pode ser incondicional. Não há hospitalidade condicional: se coloco condições ao outro que vem, ao que chega, não posso mais falar de hospitalidade (DERRIDA, 2003, p.).

Essa disposição à hospitalidade não é simples de ser operada no cotidiano dos serviços. Além da forma como os processos de trabalho são organizados - que, em geral, não favorece a formação de vínculos -, o sofrimento portado pelos usuários desperta emoções de difícil processamento para os profissionais, que tendem a acionar potentes mecanismos defensivos.

Assim, para que essa capacidade de hospitalidade seja sustentada é preciso garantir espaços que favoreçam o diálogo e a reflexão, seja através da participação ativa dos usuários, do compartilhamento de decisões e/ou da possibilidade de hospitalidade entre os próprios profissionais.

A existência desses elementos é favorecida quando há gestões compartilhadas, como ocorre no serviço específico. Essa ‘cogestão’, como é

chamada por Campos (2000), pressupõe a articulação, definição de prioridades e pactuações compartilhadas entre atores institucionais e sociais para a organização do serviço: *“é a prática da gestão como uma tarefa coletiva ao invés de uma atribuição de minorias poderosas e especialistas”*.

As atividades da cogestão presentes no serviço específico favorecem as práticas de produção de cuidado identificadas e vice versa, em um processo de retroalimentação.

Ainda contexto do serviço específico, uma das ferramentas citadas pelas profissionais que acreditamos contribuir com a construção dessa ‘capacidade negativa’ da instituição, dessa capacidade de integrar as experiências vividas transformando-as em pensamentos, é o que as entrevistadas chamam de ‘supervisão’.

Segundo elas afirmam, quinzenalmente uma profissional especialista em violência e saúde mental vai ao serviço para discutir os casos e ajudar a pensar em estratégias de cuidado. Apesar dos diferentes nomes, há muita semelhança entre a descrição do que é realizado e as práticas de apoio institucional.

Apoiar alguém significa, segundo Bastos et al. (2013) *“favorecer o outro a traçar seu caminho, dando sustentáculo ao seu desenvolvimento e construção de sua autonomia”*. A relação que se estabelece entre o apoiador e a(s) pessoa(s) apoiada(s) se configura como uma via de mão dupla, na qual há trocas de experiências, encontro de saberes e subjetividades em um processo de modificação mútua.

Os profissionais do setor consideram que trabalhar com situações de violência é muito difícil e, por isso, requer uma disponibilidade interna muito grande: *“É muito difícil escutar a violência. Pra lidar com a violência tem que ter uma disponibilidade interna enorme porque é muito frustrante, e a gente tem que lidar com as nossas violências”* (E12, mulher, 34 anos); *“É muito difícil, é bastante desalentador trabalhar com violência. É difícil encontrar uma saída, por mais que, que algumas coisas sejam trabalhadas, né?”* (E17, mulher, 31 anos).

Exatamente por isso, dispositivos como o apoio matricial - ou supervisões, como chamam os entrevistados - são fundamentais, pois favorecem essa condição já que é um espaço de reflexão sobre os casos em si, mas também sobre as emoções que eles despertam nos profissionais e sobre as dificuldades e possibilidades de cuidado existentes nesse processo.

Conforme Assis (2005) afirma, é sendo acolhido e aprendendo a lidar com os próprios conteúdos carentes de representação, que se cria a possibilidade de acolher o outro, em um processo interminável de vir a ser.

A capacidade de hospitalidade do serviço e também a sua especificidade o tornaram uma referência muito forte entre os profissionais da saúde - e de outros setores -, tanto do município em que está sediado quanto de cidades da região. Por isso, além da grande quantidade de encaminhamentos que recebem, eles sempre eram procurados por outros serviços para acompanhar, discutir e supervisionar casos.

Visando preparar esses profissionais, oriundos de serviços e setores não específicos, para identificar, cuidar, encaminhar e prevenir casos de violência, anualmente eles oferecem uma capacitação sobre o tema: *“Nosso papel não é ficar apenas na assistência. Também é preparar o profissional da regional (DRS) para o atendimento às mulheres”* (E11, mulher 62 anos).

A capacitação oferecida consiste em encontros quinzenais, que ocorrem ao longo de todo um ano, nos quais são abordados, através de palestras, temas relacionados à violência como gênese, consequências, fatores associados, legislação disponível, estratégias de cuidado e articulação em redes. Ela conta com a presença de aproximadamente 50 profissionais de diferentes áreas de atuação, setores e municípios.

Apesar do perfil de produção de cuidado do serviço específico ser prioritariamente baseado em tecnologias relacionais, no campo da formação são utilizados métodos educacionais mais tradicionais, que acabam favorecendo uma dicotomia entre a formação e a prática (CAPRA, 2006).

Há algumas décadas existe um reconhecimento dos limites de abordagens estritamente cognitivas para a formação profissional. Desde os anos 1980 Balint (1984) diz ser necessário aprender a lidar com a dimensão subjetiva e os afetos inerentes às relações de cuidado. Mas, mesmo assim, ainda há no campo da saúde um grande investimento em processos de formação focados em tecnologias duras (treinamentos, especialmente) e leve-duras, o que revela a valorização de tais aspectos para a produção da assistência.

Para que as práticas e posturas dos profissionais sejam transformadas, os processos de formação precisam abordar, além dos aspectos técnicos e teóricos, as questões relacionais envolvidas na produção do cuidado e estratégias para lidar com

elas. Isso só é possível através de processos dialógicos, que possibilitem a reflexão a partir do que foi vivido, ou seja, que não separem a formação da prática.

Por fim, a notificação de violência também foi trazida como uma ferramenta de trabalho pelos profissionais do setor saúde. Bastante presente no cotidiano dos entrevistados, os relatos de quase todos indicam que a ficha é entendida como algo burocrático cujo preenchimento – quando ocorre - é puramente mecânico. Devido à ausência de sentido na ação, já que muitos profissionais não entendem qual a função da ficha, há uma subnotificação enorme dos casos de violência ocorridos: *“Os profissionais não notificam nem facada, nem um tiro. Muito menos violência doméstica”* (E2, mulher, 57 anos).

Houve uma tentativa da VE do município em lidar com tal problema no setor estimulando os profissionais a notificar explicando a importância da informação para a criação de políticas públicas. E2 afirma que, apesar de saber que estão muito longe do real, houve avanços: *“Há dez anos, não se falava no assunto. Hoje, a gente sabe que, pelo menos registrado têm uns dois mil, dois mil e quinhentos casos por ano”* (E2, mulher, 57 anos).

Em contrapartida aos profissionais que não notificam, há profissionais que, ao atender uma mulher em situação de violência tem como sua única ação preencher a notificação, acreditando que isso já é suficiente: *“Muitos acham que se preencher a ficha já fizeram a obrigação, missão cumprida”* (E2, mulher, 57 anos).

Franco e Merhy (2010) descrevem um fenômeno que pode ajudar a entender essa questão, que é a associação de procedimentos com a satisfação de necessidades. O procedimento, no caso, a notificação, é tomado como responsável por todo o processo de cuidado. Assim, subjetivamente se configuram as ofertas e as demandas por procedimentos ao invés de cuidados.

Ultrapassar esse paradoxo, que associa procedimento a cuidado, impõe o desafio de construir processos de produção de cuidado que sejam capazes de criar referências de que um modelo centrado em tecnologias leves tem potência de cuidar tal como imaginam e desejam usuárias e profissionais.

A ficha de notificação pode ser utilizada como uma tecnologia leve, como um dispositivo de aproximação para iniciar uma conversa sobre a situação vivida e sobre os recursos disponíveis para que a mulher enfrente a questão. Utilizada nesse sentido, como uma tecnologia relacional, ela pode favorecer a produção de um cuidado integral.

Setor de assistência social

Em relação aos tipos de violência que chegam ao setor, as profissionais do serviço especializado em violação de direitos referem atender principalmente a situações de violência contra crianças e adolescentes: *“É difícil passar uma semana sem ter um caso, sem ter uma criança, infelizmente, sabe? Ou com suspeita ou com confirmação de maus tratos. É muita negligência”* (E5, mulher, 55 anos).

Já no serviço específico ao atendimento de mulheres do setor, as situações atendidas, prioritariamente, são as de violência contra mulheres perpetrada pelo parceiro íntimo. O mais frequente, segundo as entrevistadas, são os casos de violência psicológica e física:

Pensando no que é mais comum? A violência psicológica e a violência física. São tantas as situações - ameaça de morte, esfaqueamento... xingar é uma violência, não dar dinheiro em casa é uma violência, não deixar a mulher sair é uma violência, não deixar ela ouvir uma música é uma violência (E5, mulher, 55 anos).

Esse entendimento ampliado que a profissional tem do que pode ser violência psicológica favorece que os casos sejam reconhecidos. Mas ele não é compartilhado por todos os entrevistados. A maior parte deles associa essa desigualdade de poder descrito por E5 como a violência em si, apenas como a origem da violência: *O que gera a violência é o machismo, o homem achar que é superior a mulher, achar que tem o direito de dispor da mulher do jeito que quiser* (E9, homem, 47 anos).

Apesar dessa dificuldade, o fenômeno da invisibilidade da violência – ao qual nos referimos no setor saúde - não ocorre em tais serviços por eles serem especializados em cuidar de pessoas que tiveram seus direitos violados.

A invisibilidade que existe entre os profissionais desse setor está relacionada às especificidades dos casos de violência que atendem. Os entrevistados possuem uma visão particular sobre a violência, como se esta tivesse um conceito único e não houvesse determinantes diferentes, o que os faz entender a violência que acomete crianças, mulheres, idosos, e até a violência urbana, de forma semelhante.

Isso explica porque os profissionais do setor chamam a violência contra as mulheres de ‘violência doméstica e intrafamiliar’, conceito que inviabiliza a identificação de quem sofre e quem perpetra a violência (LISBOA & PINHEIRO,

2005). Tal entendimento conforma o perfil do setor e dos serviços oferecidos, que têm como foco principal, a família e não as desigualdades de gênero ou os direitos das mulheres.

Essa visão da violência contra as mulheres descolada das questões de gênero, também favorece que elas sejam colocadas em um lugar de vítima, posição na qual há pouco espaço para a ressignificação das relações de poder que geram e mantem a violência (SAFFIOTI, 2002).

Os entrevistados afirmam que falar sobre o problema da violência vivida não é algo fácil para as mulheres. Para alguns, isso decorre de um medo gerado pela impunidade com os homens autores de violência, enquanto para outros, decorre da vergonha que as mulheres sentem por estarem nessa situação.

É muito difícil pra mulher conseguir falar o que tá acontecendo lá na casa dela. Acho que por se sentir um pouco ameaçada, envergonhada, ou talvez, por nem se dar conta de que tá vitimizada, de que tá vivendo uma situação de violência. A não ser quando ela é muito explícita, muito grave (E7, mulher, 31 anos).

Pesquisas afirmam que, de fato, muitas mulheres omitem a violência por medo, vergonha e, mesmo, por considerar os obstáculos encontrados em sua trajetória de busca por ajuda (VIEIRA et al., 2009). Acreditamos, contudo, que o perfil do setor também favoreça essa dificuldade. Mendes-Gonçalves (1992) afirma que as pessoas traduzem em demandas o que acreditam ser ofertado pelos serviços.

A assistência social ainda é reconhecida a partir de seu perfil assistencialista, de combate à pobreza e proteção às crianças e adolescentes. Assim, muitas mulheres não revelam a violência que sofrem imediatamente por não saberem que ali, algo pode ser ofertado para ajudá-las a lidar com isso.

Por isso, geralmente elas chegam aos serviços como autoras de violência contra seus filhos ou com demandas relacionadas a benefícios: *“Elas vêm numa coisa meio mascarada, assim, né? Pedindo passe, recambio, cesta básica”* (E7, mulher).

Mais uma vez faz-se urgente pensar em estratégias para a criação de contextos instauradores de necessidades, ou seja, em produzir processos de trabalho que, mediados por tecnologias de cuidado centradas nos usuários, possam

favorecer o aparecimento de novas demandas (FRANCO & MERHY, 2010; SCHRAIBER & MENDES-GONÇALVES, 1996).

Uma profissional afirma que em seu serviço, algumas vezes recebe homens autores de violência, seja contra seus filhos, seja contra suas companheiras. Ela disse que é uma prática de seu serviço chama-los em alguns momentos, mas que, para elas, é muito difícil atendê-los: *“É importante que outra equipe possa atender. A gente fica impregnada com as histórias”* (E5, mulher, 55 anos).

Por fim, algumas profissionais referem que tem recebido homens em seus serviços: *“Tenho visto no serviço muitos pais que trazem os filhos pros atendimentos. Outro dia, teve um pai que quis participar do grupo. Que coisa boa”* (E21, mulher, 55 anos). A presença de homens nos serviços tem gerado reflexões sobre preconceitos, práticas e organização do trabalho: *“A gente chamava de ‘grupo de mães’. Aí eu falei “Olha, a gente pode falar que é o grupo da família, de cuidadores”. Então é essa mudança que a gente tá vendo e a necessidade, também, né?”* (E21, mulher, 55 anos).

Uma das entrevistadas referiu que recebe homens autores de violência – contra crianças e contra mulheres - em seu serviço quando é necessário, seja por determinação judicial, seja por decisões internas ao serviço. Ela afirma que é muito difícil fazer esses atendimentos e acredita que deveria haver um serviço específico para cuidar dos homens autores de violência.

Questões referentes aos homens autores de violência estão discutidas ao final do item ‘setor jurídico’ nesta subcategoria

Vale ressaltar que, dentre todos os profissionais entrevistados para a pesquisa, apenas E5, trabalhadora do serviço especializado do setor de assistência social, referiu ter recebido um caso de violência de gênero entre um casal homoafetivo. Esse dado é bastante relevante para problematizar a invisibilidade dessa população e a questão do seu acesso aos serviços.

Em relação às percepções sobre práticas e ferramentas para a produção do cuidado, os profissionais se referem a dispositivos como o ‘acolhimento’, ‘fluxos/protocolos’, ‘reuniões’, ‘intervenções terapêuticas’ e ‘busca ativa’. Algumas dessas práticas existem em todos os serviços do setor, ora se assemelhando, ora se diferenciando. Outras são específicas a determinados serviços. Tais singularidades estão apontadas no texto.

Assim como os profissionais da saúde, os entrevistados do setor de assistência social também entendem ‘acolhimento’ de uma forma muito semelhante à sua conceituação. Ele é descrito pelos entrevistados como uma ferramenta fundamental para o favorecimento de encontros e criação de vínculos. O relato abaixo revela uma postura bastante favorável a isso:

Quando a mulher chega aqui, é um momento muito importante, que eu valorizo muito isso com elas. Porque às vezes ela vive aquilo há 20 anos, há 15 anos, e ela nunca fez um B.O. Ela tá fazendo um movimento que ela nunca fez antes. Então isso tem que ser valorizado. Mesmo que tenha sido muito tarde aos olhos dela. Pra nós é o maior passo que ela deu (E31, mulher, 55 anos).

Mas, o que é produzido com o nome de acolhimento por parte dos profissionais do setor se assemelha mais a uma triagem, que objetiva identificar necessidades e oferecer orientações sobre recursos disponíveis: *“Eu faço o primeiro atendimento, o acolhimento. Vejo qual que é a demanda da mulher e vejo as necessidades de encaminhamentos. Eu mando pra vários outros lugares”* (E30, mulher, 36 anos).

Para Merhy (2013) palavras como ‘acolhimento’, ‘rede’ e ‘integralidade’ procuram expressar uma categoria analítica com a intenção de serem portadoras de mudanças nas ações. Ele afirma, porém, que *“adotamos a postura de que a palavra é portadora de sentidos e significados por si e que, basta adotá-la no nosso falar, para nos sentirmos profundamente inovadores”* (MERHY, 2013).

Segundo entrevistas e observações realizadas no serviço específico para atendimento a mulheres, tais práticas estão, grande parte das vezes, capturadas pela persistente mecânica do assistencialismo que norteia o modelo de produção do cuidado na assistência.

Para a profissional E14 a criação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005, que está sendo lentamente implementado, fortalecerá o entendimento da assistência como um direito e transformará as práticas em médio e longo prazo:

O SUAS vem fortalecer o olhar da garantia de direitos, que ninguém tá fazendo favor pra ninguém, o governo não é bonzinho. É realmente um direito adquirido. O SUAS vem se consolidando enquanto política pública e passará ter maior visibilidade e ser uma necessidade, como é a educação e a saúde (E14, mulher, 32 anos).

Mas para Couto et al. (2014), essa lógica têm raízes profundas e estão relacionadas ao paradigma capitalista, que não concebe políticas sociais como direitos, ainda que estejam previstos constitucionalmente e regulamentados por leis.

Assim, há entre as profissionais do serviço uma enorme habilidade em identificar necessidades de forma integral e acionar diferentes recursos para saná-las. Mas os encontros que se produzem destinam-se muito mais a solucionar problemas do que a criar vínculos e processos de cuidado: *“A gente acolhe, coloca à disposição mesmo que ela não vá usar naquele momento. Se ela precisar, ela sabe que a gente tá aqui, mais pra orientar do que propriamente pra desenvolver ações concretas”* (E30, mulher, 36 anos).

No serviço especializado em violações de direitos - que não atende mais diretamente a casos de violência contra mulheres - aquelas que eventualmente são acompanhadas pelo serviço o são como autoras da violência contra seus filhos ou devido a outras demandas que não estão claramente relacionadas a situações de violência.

Parece haver entre os profissionais do setor uma dificuldade em reconhecer as mulheres como sujeitos - tanto de direitos, quanto de desejos. Para Figueiredo e Furlan (2013) percepções vitimistas acerca de mulheres, como as dos entrevistados, originam um rótulo que as marcam em relação à sociedade impossibilitando que sejam entendidas enquanto possuidoras de algo além de necessidades.

Além disso, tal processo pode estar associado à própria relação dos profissionais com seus processos de trabalho. Marx (2010) afirma que a forma como o trabalhador se relaciona com seu trabalho é a mesma forma que se relaciona com o mundo que produz. Logo, se há uma coisificação das práticas, há indícios de uma alienação do processo de trabalho no qual, além das mulheres, os próprios profissionais perdem sua qualidade de sujeitos, ficando destituídos de sua singularidade, de sua integralidade, de seu ‘real valor’. Isso alimenta uma indisponibilidade para receber o outro que se manifesta principalmente, segundo Ribeiro (1999), através da indiferença.

Talvez isso explique porque alguns profissionais do setor não consigam entender e utilizar a escuta como um recurso de cuidado. São os encaminhamentos que ocupam esse lugar no imaginário de tais entrevistados: *“Você encaminhando para fora é encaminhar pra vida mesmo, né? Ajuda a mulher a seguir”* (E31, mulher, 55 anos).

A centralidade da ação de encaminhar no processo de trabalho do setor e o entendimento de que esse é um recurso terapêutico, uma ação de cuidado favorece a criação de diversos protocolos e fluxos. Por isso, esse é o setor que mais estabelece articulações entre os serviços e com outros setores, dado que é discutido na categoria 'produção da articulação'. Essa característica é parte fundamental na busca de um cuidado integral para os casos de violência.

Entendemos, porém, que seja apenas uma parte. Antes e além de encaminhamentos serem realizados – e inclusive para que as mulheres possam fazer bom uso deles – é importante que ela seja acolhida, amparada e cuidada.

Ao descrever algumas dimensões da hospitalidade, Boff (2005) se refere, simbolicamente, a atos como '*convidar para sentar*', '*oferecer água fresca*', '*acender o fogo*', '*lavar os pés*', '*dar de comer*', fazendo uma alusão à intenção pressuposta a tais ações, que é cuidar incondicionalmente do outro até que esteja preparado para seguir sua trajetória. É exatamente a vinculação fruto desse processo de estar-com o outro, que cria condições para a promoção de autonomia de quem recebe e de quem é recebido.

As práticas de acolhimento descritas e observadas, porém, revelam existir pouca paciência para o trabalho artesanal que a hospitalidade requer. Talvez por isso, também haja serviços com pouco espaço de diálogo entre os próprios profissionais, seja para a discussão de casos, seja para refletir sobre o processo de trabalho.

No serviço especializado em violações de direitos, ocorrem reuniões para a discussão dos casos, mas as profissionais sentem falta de mais espaços de diálogo sobre o próprio processo de trabalho, que lhes desperta sentimentos de difícil processamento:

Precisa de um horário mais específico pra conversar sobre o dia a dia, reunião, supervisão. É essencial porque é muito difícil lidar com violência. Eu vou me lembrando das situações, eu me sinto atordoada, parece que eu vou ter uma crise de labirintite. São tantas as situações (E7, mulher, 31 anos).

Já no serviço específico para o atendimento a mulheres, as reuniões são marcadas quando necessárias e são utilizadas apenas para resolver possíveis pendências, em uma lógica bastante pragmática: "*As reuniões ocorrem quando tem*

necessidade. Os casos que aparece vão sendo resolvidos e não fica esse acúmulo de coisa pra fazer” (E29, mulher, 60 anos).

A entrevistada segue, afirmando que as situações devem ser trabalhadas apenas do ponto de vista técnico: *“Você tem que trabalhar com essa mulher tecnicamente, você não pode trabalhar emocionalmente. Isso não quer dizer que muitas vezes, quando as mulheres saem daqui, eu não entro na minha sala e choro”* (E29, mulher, 60 anos).

Esse entendimento, que deixa claro o pragmatismo presente na lógica do processo de trabalho, além de impossibilitar a produção do cuidado com as mulheres, desampara a própria equipe que, sem espaços para compartilhar vivências e indagações, precisa lidar sozinha com as emoções que os encontros despertam.

Nesse contexto, ambos dispositivos – acolhimentos e reuniões – ao se configurarem como tecnologias duras e leveduras, perdem sua potência relacional, caracterizando um processo de trabalho capturado pelo trabalho morto, no qual há poucas possibilidades de resignificação e transformação mútua.

Já os relatos sobre as ‘intervenções terapêuticas’, dispositivo também citado pelas entrevistadas, se configuram de forma bastante diferente no serviço especializado e nos serviços específicos para mulheres e para situações de violência.

No serviço especializado em violações de direitos as profissionais se referiram ao que existia quando atendiam a mulheres em situação de violência. Além de intervenções individuais, havia grupos de mulheres nos quais eram discutidos temas como a condição da mulher na sociedade, as vivências de violência e as possibilidades de reorganização da própria vida, se configurando como um espaço reflexivo.

As profissionais do serviço relatam, com muita satisfação, histórias em que, depois de um longo período em tais espaços, mulheres conseguiram romper com as situações de violência: *“A gente trabalhou com várias mulheres e a gente ficava feliz da vida porque quando uma conseguia não voltar com o marido”* (E5, mulher, 55 anos).

Pra romper com a violência, elas precisam de apoio. Nós tivemos uma situação que, depois do grupo, ela conseguiu. É um grande aprendizado olhar uma intervenção, por mais angustiante e difícil que

tenha sido e reconhecer que a mulher passou a ter condição de caminhar sozinha (E7, mulher, 31 anos).

Já os relatos das profissionais dos serviços específicos descrevem intervenções prioritariamente com famílias, já que a violência é entendida como decorrente de disfunções nesse núcleo. Estabelecido à priori, o objetivo de tais intervenções - realizadas muitas vezes à revelia do desejo das mulheres - é reestabelecer laços familiares:

A gente trabalha com a família. Porque quando a mulher tem um apoio familiar, é diferente. Ela consegue dar uma guinada na vida. Então a gente faz um trabalho conjunto. A gente funciona como um facilitador de negociação entre a mulher-vítima e a família. A gente conduz isso de uma maneira que eles se entendam. Então a gente tenta refazer esses laços familiares. A gente tem conseguido romper muitas rugas. Muitas vezes a própria mulher não quer, mas a gente tá conseguindo reestabelecer esse laço (E31, mulher, 55 anos).

O foco familista das intervenções mostra que a família é tomada como a ‘ancoragem’ natural dessa mulher. Mas, segundo Broide (2014) nem sempre ela o é: *“Sabemos que, muitas vezes, essas ancoragens não estão na família. Podem ser um vizinho, algum amigo, inclusive algum animal que tenha para o sujeito um papel afetivo”*.

Por isso, para produzir um cuidado efetivo é fundamental encontrar as suas reais ancoragens - o que só é possível a partir de abertura ao diálogo e de uma intenção atenta - e fazer delas os pontos de partida e estruturação do trabalho de cuidado. Intervenções só poderão ser terapêuticas, ou seja, produzir transformações se forem criadas em ato, a partir do que há de inesperado e desconhecido no encontro. É nesse espaço interseção que ambos, profissional e mulher, poderão produzir-se mutuamente (FRANCO & MERHY, 2013).

Paralelamente à descrição das intervenções focadas na reestruturação familiar, há um discurso dessas entrevistadas – herdado das políticas para o enfrentamento à violência - sobre a importância de práticas que promovam a emancipação das mulheres: *“As intervenções são pra gente atingir um objetivo que é o empoderamento. É ela reconhecer que é uma pessoa que tem valor, que tem direitos, que é capaz, que não precisa de ninguém pra sobreviver”* (E31, mulher, 55 anos).

Como exemplo de tais práticas, a profissional E29 relata dois fatos. Ela afirma que quando uma mulher precisa de um emprego, elas fazem questão de realizar um encaminhamento aos postos de trabalho sem nenhum tipo de indicação porque é assim que ela vai passar a acreditar em sua capacidade:

Eu vou te explicar porque nós fazemos isso. Porque ela precisa ser autônoma. Ela precisa entender que ela tem o valor dela, que ela está naquele serviço não porque a gente indicou, mas pela competência dela. Inicialmente, pode parecer que é mais difícil, mas é a forma mais correta de fazer. Ela tem que se empoderar mesmo, se libertar de toda aquela escravidão que ela vivia. E é dessa maneira que ela começa a acreditar nela. Quando ela conquista um emprego pelas mãos dela e sem ser por indicação desse ou daquele, mas conseguiu pelos próprios recursos dela (E29, mulher, 60 anos).

Paradoxalmente associada a “*não precisar de ninguém para sobreviver*” - algo da ordem do impossível - a intervenção entendida como emancipatória se configura como um ‘assistencialismo perverso’ uma vez que desmente a vulnerabilidade que pretende sanar.

Resta saber se esse processo de negação da vulnerabilidade das mulheres, que impossibilita a produção do cuidado necessário, é causa ou consequência da reprodução acrítica do discurso oriundo das políticas públicas para mulheres formuladas pela SPM, órgão que rege as ações de enfrentamento à violência de gênero no Brasil.

Segundo Santos (2015), a concepção e implementação de programas e projetos em serviços do setor de assistência social de outros municípios também se baseiam em políticas familistas e também há poucas práticas efetivamente emancipatórias, fenômeno que a autora relaciona à invisibilidade das questões de gênero para o setor.

Outro dispositivo para a produção do cuidado citado, usado pelo serviço específico de atendimento a mulheres, foi o que as entrevistadas chamam de ‘busca ativa’.

Esse trabalho, realizado exclusivamente por esse serviço, foi desenvolvido a partir de um convênio firmado com a Polícia Militar e o Ministério Público que, quinzenalmente envia uma planilha contendo as informações de contato de todas as mulheres que acionaram a Polícia Militar devido a ocorrências de violência perpetrada por parceiro íntimo.

Então, é realizado um contato telefônico visando orientar a mulher sobre seus direitos e apresentar-lhe o serviço. Se sentir necessidade, ela pode ir até lá ou pode receber uma visita domiciliar.

A busca ativa é uma ferramenta utilizada, na assistência social, especialmente pelos CRAS para a identificação de pessoas em situação de vulnerabilidade e sua inserção em programas sociais. A conformação do que é oferecido pelo serviço específico é bastante semelhante a isso já que visa, a partir do contato com mulheres em situação de violência, vulneráveis, oferecer ajuda.

Apesar de considerar uma estratégia delicada por abordar as pessoas em sua privacidade, E31 – profissional que realiza os telefonemas -, afirma que as mulheres são receptivas ao contato:

Sou muito bem recebida nesse telefonema. Elas sentem que alguém se preocupou, que alguém tá orientando elas. É muito melindroso você entrar na vida da pessoa assim, ainda mais nesses momentos. Mas elas ficam muito agradecidas. Naquele momento ela conta metade da vida dela pra você. Ai você mostra que tem maneiras dela agir. É muito gratificante (E31, mulher, 55 anos).

Segundo outra profissional do serviço, a adesão ao que é oferecido através da busca ativa ainda é bem rara. De fato, apesar da prevalência de violência contra mulheres ser alta em geral a quantidade mulheres atendidas pelo serviço ainda é bem pequena.

Elas afirmam atender uma média de 20 casos presenciais por mês e realizam mais ou menos 80 telefonemas. Durante a semana que durou a observação participante realizada no serviço, nenhuma mulher as procurou pessoalmente. Apenas alguns telefonemas foram recebidos para solicitar orientações sobre horário de funcionamento e localização (OBS 6, maio/2014).

Há um reconhecimento sobre o desconhecimento do serviço pelas mulheres e profissionais do município. Uma das entrevistadas inclusive, afirmou, meio sem jeito, que um dos objetivos da estratégia da busca ativa é criar demanda para o serviço: *“É esquisito, mas nós temos que criar demanda de violência”* (E31, mulher, 55 anos).

O fato de o serviço ser desconhecido pelos outros setores chama atenção porque uma de suas atribuições é articular a rede intersetorial de atendimento a

mulheres em situação de violência no município. Essa questão é discutida na categoria 'produção da articulação'.

Para sanar o problema, paralelamente à estratégia da busca, foi criada uma campanha de divulgação do serviço: *"Vamos começar agora a divulgação do serviço, o que fazemos, como trabalhamos em rede, quem faz parte dessa rede, como a mulher chega aqui, o que é a Lei Maria da Penha, essas coisas"* (E29, mulher, 60 anos).

Uma profissional do setor acha pouco eficaz esse tipo de trabalho por não atingir a população de forma equânime:

Acho meio retrógrado fazer essas campanhas em massa. Porque eu entrego um papel na mão do cidadão e se ele for analfabeto? O que ele vai entender? O que é 'combate'? O que é 'enfrentamento'? Eu acho que fica muito distante (E7, mulher, 31 anos).

Para a população conhecer esse e outros serviços, a rede, seus direitos, segundo a entrevistada, deveriam ser desenvolvidas ações de prevenção, opinião compartilhada por todos os profissionais. Mas, segundo alguns, elas não acontecem: *"Não existe. A quantidade de trabalho tenho é o maior indício de que a prevenção não existe. Aqui deveria ter o mínimo de atendimento?"* (E7, mulher, 31 anos).

Os entrevistados alegam que faltam recursos humanos e materiais para desenvolver as ações que faltam e, mesmo, para aprimorar o trabalho já oferecido: *"Melhorando a estruturação material e recursos humanos, a prestação de serviços, ela acaba saindo de melhor qualidade"* (E26, homem, 32 anos); *"Muitas vezes a gente não tem um veículo aqui pra locomover a mulher. Às vezes é necessário pra levar até a Casa Abrigo. Podia facilitar algumas coisas"* (E29, mulher, 60 anos); *"Eu já precisei acompanhar mulheres na delegacia. Mas nós não temos equipe com disponibilidade pra isso"* (E21, mulher, 55 anos).

Há efetivamente uma defasagem no setor que dificulta a execução dos serviços com a qualidade desejada e necessária. Mas acreditamos que alguns problemas políticos e de gestão associados ao setor, especificamente aos serviços específicos também colabora com essas dificuldades.

Questões como o episódio, relatado anteriormente, de violência institucional ocorrido dentro de um serviço específico do setor e gestores com pouco conhecimento técnico que ocupam cargos de confiança são citados por alguns entrevistados como sinais – e sintomas – das dificuldades encontradas para

conquistar melhorias e efetivar políticas: *“Você acha que cargo de confiança vai entrar num embate pra construir o que precisa, correndo risco de ser exonerada?”* (E8a, homem, 37 anos).

Questões políticas, previsões legais e conhecimentos interferem diretamente nos processos de trabalho. A presença de tecnologias relacionais nos serviços é fundamental para a produção de um cuidado integral, e também, para lidar com tais aspectos, possibilitando a construção colaborativa da gestão e o desvelamento das disputas de poder.

Mas encontros nem sempre são experiências prazerosas. Pelo contrário, podem ser experiências de estranheza que suscitam desconfiança, receio e medo face ao diferente (SÁ & AZEVEDO, 2013). Para lidar com tais emoções, os profissionais do setor parecem buscar a reafirmação do que pensam já saber - sobre o que é violência, como enfrentar esse problema, quem são essas mulheres - negando suas limitações, afastando a possibilidade de olhar para si mesmos, de repensar suas práticas e transformar o cuidado possível.

Setor de segurança pública

Em relação aos casos de violência contra mulheres atendidos pelo setor, segundo alguns entrevistados, a maioria são agressões leves, ameaças e injúrias, chamados por eles de ‘casos leves’:

Vou ser sincero, em grande parte, são lesões leves. É tipo dez por cento que você fala que é grave, que ela precisa de um atendimento de hospital. Noventa por cento é tipo xingamento, empurrão, deixou umas marquinhos assim que não precisa nem ir no posto. Você passa um mertiolate já tá bom (E10, homem, 50 anos).

Uma das profissionais acredita que essa percepção quanto à gravidade dos casos está relacionada ao fato de que, do ponto de vista legal, se a violência não causar uma deformidade na mulher, ela não é considerada grave. Mas ela discorda da percepção de seus colegas afirmando que *“em mulher nada é leve. Um homem dando um soco no rosto de uma mulher faz um estrago enorme”* (E23, mulher, idade não informada).

Casos de violência sexual - entendidos como qualquer situação em que há interação sexual sem consentimento, mesmo que, inicialmente, a pessoa tenha

demonstrado interesse - também são atendidos: *“Se no meio do caminho, resolveu que não quer, acabou. E daí que tá no motel? E daí que tá sem roupa? É estupro”* (E23, mulher, idade não informada).

A maioria dos casos a violência que chega ao setor, seja à polícia civil ou à militar, ocorre dentro de casa e é perpetrada pelo parceiro íntimo, ou seja, são ocorrências relacionadas à Lei Maria da Penha: *“O mais comum é a mulher ser vitimizada pelo marido, pelo namorado. Não é uma pessoa desconhecida que vai lá e bate na mulher. Pode acontecer? Pode, mas é exceção”*. (E28, homem, 40 anos); *“Uma ocorrência muito comum é o que a gente chama de desinteligência, que é briga de marido e mulher. Nem sempre gera uma agressão, mas pode gerar um homicídio”* (E28, homem, 40 anos).

Segundo relatório do Disque 180, quase 90% dos casos de violência relatados foram cometidos por pessoas com quem a mulher tem ou teve algum relacionamento afetivo (BRASIL, 2012e). Esses dados corroboram a noção de que as mulheres estão mais vulneráveis à violência dentro de suas casas do que nas ruas.

Sobre a motivação das mulheres ao procurarem pelos serviços, segundo os profissionais do setor, nem sempre é criminalizar a situação. Para alguns, com o intuito de que a violência pare, uma parcela das mulheres os procura para ‘assustar’ o marido: *“Tem uma parte que só vem aqui pra assustar o marido, achando que a gente é fantasminha pra ficar assustando o cara e não quer saber de nada”* (E10, homem, 50 anos).

Ora, segundo o entrevistado E28, estratégias de intimidação, como andar fardado e usar sirenes, são utilizadas pela polícia para prevenir crimes. As mulheres parecem ter ‘ajustado’ o uso de tais estratégias para lidar com as situações que vivem dentro de casa. Se, conforme afirma Mendes-Gonçalves (1992) ao procurar por um serviço as solicitações são feitas na cultura própria do mesmo, e é intimidação o que a polícia oferta, é isso o que as mulheres vão demandar.

Segundo Pasinato e Santos (2008) buscar pela polícia não significa necessariamente buscar por direitos ou criminalização da violência. Para elas, muitas mulheres buscam por proteção exatamente através do uso da autoridade policial para neutralizar as desigualdades de poder que vivem em suas relações.

Assim, apesar de um grande número de mulheres recorrerem aos serviços das delegacias, o comportamento padrão de 70% delas é apresentar a denúncia ou

queixa contra seu agressor, mas, em seguida, desistir de seguir com o inquérito policial (MORAES & SORJ, 2009).

Esses dados revelam que o uso das DEAMS pelas mulheres parece seguir uma lógica diversa da lógica da instituição policial e da inspiração do movimento feminista, uma vez que a mais frequente motivação das mulheres em procurar delegacias especializadas consiste em usar o poder policial para renegociar o pacto conjugal e não para criminalizar o parceiro (SOARES, 1996, p 38).

A irritação do profissional citado acima com esse fenômeno está associada à sua percepção de que isso atrapalha o andamento do serviço e os sobrecarrega: *“Essas mulheres que só querem encher abobrinha atrapalham o andamento do trabalho porque gera muito serviço”* (E10, homem, 50 anos).

Quando um caso chega ao setor – seja por demanda espontânea ou através de denúncias anônimas – o procedimento padrão é registrar a ocorrência. Se o caso for de ação pública incondicionada ou se a mulher representá-lo, é gerado um inquérito, ou seja, uma investigação sobre o fato registrado. Para gerar provas, poderão ser solicitadas perícias e exames de corpo delito, diligências e a oitiva de pessoas envolvidas. Quando o delegado achar que tem dados suficientes para a construção de um processo, ele o encaminhará ao setor jurídico que dará seguimento ao caso.

A dificuldade nesse cenário, segundo os entrevistados, está no fato de que muitos boletins de ocorrência (BO), por serem de ação penal pública incondicionada, viram inquéritos sem a necessidade de representação da mulher. Nesses casos, quando as mulheres não desejam processar seus companheiros, criam-se os chamados ‘inquéritos vazios’, caracterizados por demandarem diversas tarefas dos profissionais que são infrutíferas:

O inquérito precisa ser instaurado, porque é compulsório e não há provas materiais e nem testemunho da mulher, o que dificulta muito as coisas. Muitas vezes, é mais fácil que o homem agressor compareça a delegacia quando é intimado para prestar esclarecimentos do que a própria mulher que prestou a queixa (E3, mulher, 45 anos).

Para Barsted & Pitanguy (2013) ainda que ocorram situações como essa no dia-a-dia, não se pode reduzir esse comportamento a uma vontade racionalmente orientada. Elas são, na verdade, reflexo de um conjunto de sentimentos (medo,

insegurança e dúvida), circunstâncias (pressão familiar e do autor da violência, dependência emocional e econômica) e outros fatores sociais. Assim, responsabilizar as mulheres pela morosidade e falhas nas respostas institucionais é um argumento repleto de preconceitos e que, mais uma vez, revela o grau de desconhecimento dos profissionais acerca do fenômeno da violência de gênero contra as mulheres.

Sobre o atendimento às mulheres, ele é dividido em dois momentos pelos profissionais: o acolhimento e o atendimento policial propriamente dito. As práticas realizadas nesses momentos se caracterizam por alguns procedimentos padrões: ouvir - lavrar BO - tomar representação - colher provas (laudos e prontuários médicos) - remeter no prazo de 48 horas ao juiz para concessão de medidas protetivas - determinar exame de corpo delito e outros necessários - ouvir a mulher o agressor e as testemunhas - tirar capivara-remeter para MP e juiz os autos do inquérito.

A escrita é proposital para deixar claro o tom burocrático que encontramos no processo de trabalho do setor. É relevante relatar que, após alguns períodos de observação no serviço, a pesquisadora se deu conta do impacto emocional da rotina do serviço quando, pela primeira vez, ao invés de sentir irritação com o que observava, sentiu comoção ao ver as condições de trabalho daqueles profissionais (OBS 4, janeiro/2014).

Sobre o acolhimento, na polícia civil ele é realizado em uma recepção na qual a demanda da mulher é ouvida, seus dados pessoais registrados e são realizadas orientações iniciais, seja para que ela aguarde o atendimento policial, seja para que procure outro serviço mais adequado ao que precisa.

Em observações realizadas no serviço notou-se que a profissional que atua ali demonstrou ter uma escuta atenta e não discriminatória, estimulando as mulheres a falarem, buscando entender suas situações. Porém, a qualidade das orientações posteriores sobre o possível atendimento policial caso a mulher seguisse no serviço ou sobre os possíveis encaminhamentos, se mostrou insuficiente. Com informações vagas e dadas em termos técnicos, não havia explicações sobre tempo de espera, função do BO, necessidade ou não de representação, andamento do inquérito ou sobre os serviços para onde as encaminhava (Coordenadoria da Mulher e/ou Defensoria Pública/serviços jurídicos gratuitos). Além disso, não havia sigilo algum, problema encontrado em outros locais do serviço (OBS 2 e 3, janeiro/2014).

O atendimento inicial, momento de conhecer a história daquela pessoa, saber como ela chegou e se o que busca pode ser oferecido ali, é fundamental para que ela consiga um cuidado integral. Entrevistados afirmam a existência de muitas mulheres os procuram sem saber o que é oferecido pelo serviço - e muitas seguem sem saber até o momento que se assustam com intimações para depor em processos que desconheciam existir. A manutenção desse problema, mesmo após o acolhimento, pode estar relacionada a essa dificuldade de comunicação.

O reconhecimento desse descompasso entre o que é oferecido pelo serviço e o que as mulheres procuram, porém, não tem sido suficiente para que os profissionais reflitam sobre seu trabalho e repensem suas práticas. Faltam espaços como reuniões de equipe, supervisões, apoio matricial/institucional e educação permanente que favoreçam tais processos de diálogo e ressignificação.

O atendimento policial acaba padecendo do mesmo problema do acolhimento. Seja nos procedimentos de registro de BO ou representações, seja nas investigações e acompanhamento dos inquéritos, as práticas descritas e observadas são burocráticas, repetitivas e, aparentemente, destituídas de sentido.

O registro do BO é feito em um espaço bastante amplo, que não garante privacidade nem sigilo. Na maior parte das vezes, há apenas uma profissional para atender as mulheres, o que gera uma morosidade grande no serviço. A sala de espera fica cheia e as pessoas que aguardam começam a dar sinais de inquietação, como olhar para os lados repetidas vezes, questionar se vai demorar e andar de um lado para o outro (OBS, 2, janeiro/2014).

De pé, as mulheres relatam suas ocorrências - mais uma vez - e a profissional registrando o que é dito em um computador, fazendo algumas perguntas e delimitando a conversa aos fatos. Às vezes, as mulheres tentam dizer algo sobre como estão se sentindo – tristes, preocupadas, com medo -, mas imediatamente são redirecionadas pela profissional à descrição objetiva dos eventos ocorridos (OBS 2, janeiro/2014).

Atendimentos acompanhados por profissionais de outros setores foram relatados durante suas entrevistas. As situações são percebidas como sendo de descaso, desdém e desencorajamento: *“Uma mulher fazendo o boletim de ocorrência e aquele descaso, sabe, de um machismo. Uma atendendo e a outra rindo da situação”* (E13, mulher, 49 anos); *“Eu me lembro da policial falando ‘mas*

você tem certeza que você vai fazer isso, porque o nome dele vai ficar sujo’, e a mulher desistiu” (E12, mulher 34 anos).

Além disso, novamente as poucas informações sobre a função do BO, necessidade ou não de representar a denúncia ou sobre os encaminhamentos realizados são dadas de forma vaga e em termos de difícil entendimento. Na maioria das vezes um boletim de ocorrência é lavrado e em algumas, medidas protetivas já são solicitadas nessa hora.

Nesse processo, o boletim de ocorrência é entregue à mulher como se, por si só, pudesse protegê-la. Franco e Merhy (2010) chamam esse investimento em um objeto - em um procedimento - como se ele sozinho tivesse a propriedade de cuidar, de ‘fetiche’. O boletim de ocorrência é apenas parte de um conjunto de ações que poderiam levar ao cuidado e que são dependentes de certas tecnologias e processos de trabalho mais relacionais para isso. Mas, ao atribuir ao procedimento funções que ele não tem, profissionais e usuárias alimentam essa produção imaginária que induz à oferta e à demanda de procedimentos e não de cuidados.

Já se sentindo mais protegida pelo seu BO, muitas mulheres se frustram ao saber de todo o procedimento necessário para que seu registro se torne um processo criminal e desistem da representação:

Ela tá no limite, arreventada por dentro e por fora, no limite da mágoa dela. Aí ela faz um BO, aí recebe uma requisição pra passar por exame. Aí ela não vai. Aí eu intimo ela pra que venha aqui prestar declarações. Ela não vem (E23, mulher, idade não informada).

Esse é o processo que gera a sobrecarga de trabalho referida anteriormente pelos profissionais e há algumas estratégias visando solucionar tal problema: *“Eu queria padronizar, só instaurar inquéritos se eu tivesse as declarações dela e o laudo, os dois juntos”* (E23, mulher, idade não informada); *“Registra, representa, retrata, registra, representa, retrata, representa, retrata. Agora, representou na Delegacia acabou, só se retrata no Fórum, com o juiz. Eu achei isso ótimo”* (E3, mulher, 45 anos).

Tais tentativas de diminuir a sobrecarga dos profissionais, porém, não buscam rever as inadequações na forma como as mulheres estão sendo escutadas e orientadas. Elas valorizam uma lógica que, na verdade, dificulta ou impossibilita o acesso delas à justiça.

É interessante ressaltar que, os comentários internos de várias profissionais após o registro das ocorrências, se referiam às necessidades que as mulheres que procuravam pelo serviço tinham de serem cuidadas. Isso mostrou que elas conseguem identificar as necessidades existentes por trás das demandas e, apesar disso, não conversam sobre essas possibilidades com as mulheres (OBS, 8, abril/2014).

As profissionais não se reconhecem como possíveis agentes de produção de cuidado. Capturadas pelo trabalho morto, as práticas destituídas de sentido não favorecem o acesso à criatividade, ao novo, ao diferente. Assim, os encontros ocorrem de forma mecânica – sem escuta, sem diálogo, sem orientação, sem transformações (MERHY, 2002; CAMPOS, 2000).

Com os processos de representação, investigação e instauração dos inquéritos, não ocorre algo muito diferente.

Para o registro da representação as escritvãs recebem as mulheres em uma sala e, a partir da leitura do BO e de uma nova conversa, elaboram um texto baseado em um modelo pré-existente (OBS 6, janeiro/2014).

As conversas que ocorrem nesse encontro são um pouco mais fluidas, mas ainda se atém apenas aos fatos. As profissionais oferecem explicações bastante técnicas sobre o andamento do caso dali em diante e algumas informações sobre o funcionamento das medidas protetivas. Assim como o momento registro do BO, é um processo repetitivo, realizado de forma automática e artificial (OBS 6, janeiro/2014).

As oitivas, escutas realizados com mulheres, homens acusados da violência e com testemunhas sobre as circunstâncias da ocorrência, ocorrem da mesma forma. Em uma sala sem sigilo, as pessoas são, individual a automaticamente questionadas sobre os acontecimentos, momento no qual são esclarecidas dúvidas e apontadas contradições (OBS 5, janeiro/2014).

Em uma das oitivas acompanhadas, um casal - que foi ouvido separadamente, mas em relação ao mesmo caso - narrou exatamente os mesmos fatos para a profissional. Quando o homem foi questionado se havia sido a primeira vez que havia sido violento com sua esposa, ele se assustou deixando claro que não entendia o que havia acontecido entre eles, como sendo violência: *“Mas isso não é violência. Isso é comum, normal, coisa de casal. Acontece com todo mundo”* (OBS 5, janeiro/2014).

O entendimento sobre o configura violência é muito difícil porque há uma naturalização e uma banalização do fenômeno que lhe retira a sua estranheza. Esse processo leva a uma invisibilidade do problema nos serviços e também, nas próprias relações: *“A pessoa nasce vendo a mãe sendo humilhada, sendo xingada, sendo empurrada e acha que isso é normal”* (E23, mulher, idade não informada). Assim como ocorre com os profissionais, violências que não deixam marcas físicas também são mais difíceis de serem entendidas como tal pelos envolvidos:

Nos processos de trabalho do setor, diversas oportunidades de ressignificação sobre o que é violência, o papel de homens e mulheres na sociedade e sobre direitos se configuram, mas nenhum desses espaços é utilizado dessa forma. Segundo Barsted e Pitanguy (1997) isso ocorre porque o trabalho gira em torno de questões judiciais, ou seja, na busca de materialidade para construir processos criminais. Por isso é tão difícil reconhecer a potência de tecnologias relacionais para produzir cuidado (MERHY, 1997).

Todas essas dificuldades são alimentadas por uma defasagem enorme de profissionais nos serviços. Segundo E3, no seu serviço, eles contam com 1/6 dos profissionais previstos: *“Você quer até fazer um trabalho correto, bem feito. Mas se você tem 30 casos pra ver e era pra você ter só três, você tem que fazer meio mais ou menos”* (E3, mulher, 45 anos).

A promulgação da Lei Maria da Penha, que tornou os procedimentos jurídicos em relação à violência doméstica mais rígidos, teve um impacto direto nas rotinas de trabalho do setor, que ficaram sobrecarregados: *“Antes da Lei não tinha quase inquérito. Só virava inquérito quando era grave. Então tinha menos serviço, menos mandado de prisão dos autores, tinha menos tudo”* (E10, homem, 50 anos).

Segundo recomendação da Norma Técnica que padroniza as delegacias da mulher no país, um município do tamanho do estudado deveria quatro DDM, mais de 60 agentes policiais, além de profissionais administrativos e para serviços gerais (BRASIL, 2010).

Além disso, nos Estados com dez ou mais delegacias especializadas, deveriam ser implantadas coordenações para assessorar políticas públicas de segurança da mulher; acompanhar e orientar os profissionais, acompanhar os desdobramentos de casos mais graves, articular com a rede de serviços e promover estudos e reuniões (BRASIL, 2010).

Mas essa estrutura não existe, o que gera uma grande insatisfação – tanto nas mulheres quanto nos profissionais - com o trabalho produzido:

Quando comecei a trabalhar tava super motivada em ajudar as pessoas, a mudar a realidade dessas mulheres. Mas com o passar do tempo, acompanhando como as coisas funcionam, que os casos não são tão graves assim, que não há funcionários para trabalhar, foi perdendo a motivação (E3, mulher, 45 anos).

Não vamos por panos quentes no negócio... Acontece de um atendimento demorar ou da mulher reclamar que foi mal atendida ou coisa parecida. É o que eu te falei, você tem que ouvir trinta mulher por dia no atendimento, uma moça só pra fazer. Tem hora que ninguém suporta. É pouco funcionário, tinha que ter mais gente pra dividir isso aí (E10, homem).

Há alguns esforços visando melhorar a situação. Na polícia militar eles se referem ao aprimoramento de procedimentos. Já na polícia civil, as melhorias se referem principalmente, à melhoria da estrutura física: *“É o frigobar, é ar condicionado. Pode ver que todas as Delegacias que você for, o mínimo de estrutura tem. Todo mundo tem viatura boa”* (E23, mulher, idade não informada).

O lugar onde as mulheres esperam não tinha ventilador ali. Eu passei a mão no telefone, falei pro Departamento de Finanças ‘eu preciso de 6 ventiladores. No dia seguinte tava instalado. A brinquedoteca não tinha também. As crianças subiam na cabeça das mães. Elas machucadas, às vezes sangrando, de saco cheio. Mas ela vai deixara criança com o cara? Tem que trazer na maioria dos casos (E23, mulher, idade não informada).

Além disso, o setor vem sendo modernizado e ganhando contorno com um papel não apenas repressor, mas também educativo e de escuta. Alguns eixos dessa modernização são a profissionalização de seus profissionais e o desenvolvimento de ações de prevenção, educação e cidadania.

Há um entendimento cada vez maior de que crimes contra mulheres, sobretudo no campo da violência doméstica, por suas características de cronicidade, relação de conjugalidade e hierarquia de gênero, diferem estruturalmente, de crimes comuns. Por isso, os profissionais devem receber uma qualificação para compreenderem questões de gênero e o desenvolvimento de uma abordagem mais humanizada (BRASIL, 2010).

Cabe ao Ministério da Justiça realizar tais capacitações que segundo os entrevistados até são disponibilizadas, mas eles não conseguem comparecer devido à escassez de profissionais e ao excesso de trabalho.

Assim, a sobrecarga e o despreparo dos profissionais não é sanada. Nesse contexto, visando ‘poupar’ os trabalhadores, a gestora do serviço tende a não abordar os problemas que existem no cotidiano do processo de trabalho: *“Existe uma falta de funcionário absurda. Como é que vou cobrar de um escrivão que ele faça 30 inquéritos se ele tá sozinho? Como é que eu vou pisar no pescoço das meninas?”* (E23, mulher, idade não informada).

Soma-se a isso uma negação das dificuldades existentes relacionadas a preconceitos e dificuldades emocionais para lidar com o tema da violência de gênero contra mulheres. Os próprios profissionais reconhecem que precisariam de apoio para lidar com o tema, pois acaba os afetando de alguma forma:

Deveria ter um preparo, principalmente psicológico. Eu acho que, querendo ou não, acaba te afetando de alguma forma. É que a gente vai procurando ultrapassar isso, mas claro que você acaba se envolvendo com um caso ou outro (E3, mulher, 45 anos).

As respostas do setor a isso são uma padronização cada vez maior dos procedimentos: *“Isso evita excessos já que há uma tendência natural de envolvimento emocional com as vítimas. Tem treinamentos específicos e orientações para que mantenham o foco”* (E28, homem, 40 anos).

Um diferencial que existe no setor é a presença, uma vez por semana na DDM, de uma profissional que atua no serviço específico do setor saúde. Disponível e respaldada pela hospitalidade que encontra em seu serviço, a profissional consegue oferecer uma escuta qualificada e responsável às mulheres que encontra no serviço:

Sempre tem algum comprometimento com a família, uma situação que requer algo mais do que simplesmente fazer um boletim de ocorrência. Na maioria das vezes essa situação não é propriamente a violência em si, mas é todo um contexto. E nem sempre elas querem fazer o BO. Porque elas não querem processar, elas têm medo, têm vínculo. E aí é justamente a importância de estar alguém ali, pra que ela não saia insatisfeita, que ela possa ser acolhida e, de repente, trabalhar e se fortalecer (E16, mulher, 44 anos).

Essa presença beneficia muitas mulheres que procuram pelo serviço. Mas como há pouquíssimo contato entre ela e as outras profissionais – nem em momentos informais, nem em formais, como reuniões ou discussões de casos – acaba não havendo possibilidade de que a condição trazida por ela favoreça reflexões no serviço.

A importância do setor de segurança pública no combate à violência é inegável. Pesquisas assinalam que as DDM não somente contribuem efetivamente para dar visibilidade ao problema da violência como demonstram o número significativo de denúncias realizadas (PASINATO & SANTOS, (2008).

Entretanto, estudos afirmam também que atendimentos insatisfatórios em delegacias da mulher e violência institucional são realidade em diversos. Há relatos de escuta insuficiente, descrédito e pouca proteção mesmo em serviços de países como o Reino Unido (PRESSER et al., 2008; HAGUE & MULLENDER, 2006).

Mesmo assim, a polícia ainda é um dos serviços mais utilizados pelas mulheres que buscam por ajuda. Nesse contexto, o que é entendido como cuidado – que no setor de segurança pública está relacionado à proteção – é traduzido em procedimentos realizados automaticamente e concretizados principalmente através de boletins de ocorrência.

A burocratização do trabalho no setor, fragmentado em pequenos pedaços executados de forma sistemática e repetitiva, reduz os trabalhadores à sua objetividade máxima, impedindo a construção de sujeitos com vontade e autonomia (CAMPOS, 2000).

O caráter reflexivo necessário à produção do cuidado nesse contexto fica capturado pela dimensão técnica o que, em um ambiente ainda muito preconceituoso, acentua as desigualdades das relações de gênero e aumenta as iniquidades (SCHRAIBER et al., 2005; MERHY, 2002).

Setor jurídico

Os profissionais do setor afirmam que mulheres em situação de violência os procuram tanto para resolver questões cíveis como questões criminais relacionadas à Lei Maria da Penha. Quando a demanda é relacionada à esfera civil, como separação e guarda de filhos, a mulher é atendida em uma vara de família. Já os casos relacionados à Lei Maria da Penha, são acompanhados pelas varas criminais

- já que no município estudado não existe um juizado especializado em violência contra as mulheres.

Segundo os entrevistados, a maioria das mulheres ainda busca o setor, prioritariamente, para resolver questões cíveis. Mesmo assim, E15 afirma que em 2012 chegaram 1462 casos de violência contra mulheres às varas criminais, o que equivale a 1/6 do total de processos recebidos. Mesmo sendo uma quantidade grande de casos, frente à prevalência da violência de gênero contra mulheres na sociedade, esse é um número incipiente.

Pesquisa desenvolvida por Dutra et al. (2013) afirma que apenas 20% dos casos de violência contra mulheres são denunciados. Os dados da OMS são mais alarmantes e mostram que somente 10% das agressões sofridas por mulheres são levadas ao conhecimento da justiça²².

Apesar de mulheres em diferentes situações de violência procurarem pelo setor, os entrevistados afirmam que, geralmente, os casos que chegam, são graves: *“Muitas vivem situações crônicas de violência, demoram pra conseguir ajuda. Quando chega pra gente é porque a situação já degradingolou”* (E6, mulher, 36 anos). *“Quando ela não aguenta mais ou acontece alguma coisa muito mais grave, ela vem procurar ajuda”* (E22, mulher, 34 anos).

Os profissionais acreditam que a gravidade em que as situações chegam está relacionada à demora em buscar por ajuda e/ou à dificuldade em consegui-la. Para alguns a busca por ajuda é inibida pela baixa qualidade do atendimento oferecido por determinados serviços.

Há casos em que essa baixa qualidade está relacionada a uma insuficiência de profissionais para dar conta da quantidade de trabalho existente, o que torna o andamento dos processos moroso e dificulta o aprofundamento necessário em cada um deles: *“A demanda é grande. Por ano são recebidos cerca de 3.000 inquéritos e boa parte disso vira processo. Tem pouca gente, é difícil cuidar de todos como gostaríamos”* (E15, homem, 48 anos).

Em outros, o problema com a qualidade ruim do serviço prestado está relacionado a preconceitos dos profissionais: *“Querendo ou não, o poder judiciário*

²² Dado obtido na cartilha “Lei Maria da Penha. Sua vida recomeça quando a violência termina. Estímulo à aplicação da Lei nº 11.340/2006”, produzida pela Defensoria Pública do Estado de São Paulo. Ano não informado.

tem um ranço. É um poder masculino, apesar das mulheres estarem aumentado no meio a mentalidade ainda é machista” (E6, mulher, 36 anos).

O discurso de culpabilização das mulheres, de banalização da violência está presente dentro do próprio ministério público, nos fóruns e interfere nas práticas. Teve uma juíza de uma vara especializada que adotou procedimentos totalmente contrários à previsão da lei, que desencorajava as mulheres a seguirem com os processos (E8a, homem, 37 anos).

Para Heller (2002) preconceitos como estes interferem negativamente nas práticas de cuidado porque sustentam estereótipos e esquemas previamente elaborados que por anteciparem possibilidades – e impossibilidades -, impedem respostas novas e construídas coletivamente. Ou seja, favorecem encontros em que há pouca potencia para a produção de um cuidado integral (MERHY, 1997).

Outros entrevistados acreditam que a baixa procura pelo setor está relacionada ao fato das mulheres não quererem criminalizar a violência vivida. Segundo eles, o que elas querem é a pacificação dos conflitos, seja através de uma mudança nos padrões do relacionamento, seja através de uma separação. A maior demanda no setor ser relacionada a questões cíveis estaria relacionado a isso.

Para E20, porém, o que ocorre não é que as mulheres não querem criminalizar a violência. Na verdade, para a profissional elas não se sentem amparadas o suficiente para isso já que o Estado não oferece suporte nem psicossocial e nem jurídico adequado: *“A mulher que vai pro processo, ou vai com advogado particular ou vai sem advogado. Infelizmente é isso. E isso com certeza prejudica o processo” (E20, mulher, 38 anos).*

Ela não tem o acompanhamento. Ela faz a denúncia e volta pra casa, volta pra realidade dela, volta pros filhos dela. E aí, é a família culpando, os filhos, os vizinhos. Não existe aquele trabalho de empoderamento pra que ela tenha a convicção de que o que ela fez é o certo (E20, mulher, 38 anos).

Apesar da previsão legal da Lei Maria da Penha de que mulheres em situação de violência têm direito gratuito à assistência jurídica e a acompanhamento psicossocial, na prática não é isso que ocorre no município (BRASIL, 2006a). Visando sanar essa lacuna, o órgão responsável pela articulação da rede intersetorial (serviço especializado da assistência social) afirma estar estabelecendo alguns convênios com cursos de psicologia e direito de universidades particulares

para a oferta de tais apoios. Essa tentativa é discutida na categoria “produção da articulação”.

Segundo Barsted & Pitanguy (2013) na verdade, um arranjo complexo entre diversos dos fatores citados pelos profissionais contribui para a distância existente entre o setor jurídico e as mulheres. Para elas, o formalismo dos tribunais, o excesso de trâmites e a linguagem jurídica pouco acessível, associados a fatores históricos e culturais que responsabilizam as mulheres pelas causas da violência e pelas consequências das denúncias, alimentam tais barreiras. Esses obstáculos, associados a fatores subjetivos e às relações de afeto entre as mulheres e os autores da violência, geram muitas dúvidas e medos quanto à decisão de denunciar ou não a violência.

Ainda em relação aos casos que chegam ao setor, uma profissional afirma que, eventualmente, recebe homens agredidos por suas companheiras em seu serviço: *“Os homens também são violentados pelas mulheres, não pense que não. Eu já vi homem queimado, esfaqueado, decepado”* (E20, mulher, 38 anos). Ela acredita que só não há mais homens nessas condições buscando por ajuda porque eles se sentem constrangidos.

Segundo o Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015), porém, são poucos os casos em que os homens são agredidos por suas companheiras. Enquanto nas situações de violência contra mulheres 43,1% dos agressores são os parceiros ou ex-parceiros, em situações de violência contra homens, suas parceiras são as autoras em apenas 15% dos casos, sendo os amigos e colegas destaque como fonte de conflitos (27,1%).

Muitos casos em que a mulher agride seu companheiro inclusive são caracterizados como revide, considerado uma forma de lidar com a violência seja para se defender, seja por raiva. O fato é que, segundo indicam pesquisas, o revide aumenta muito o risco de uma mulher sofrer violência (OMS, 2012).

Além disso, muitas vezes, ao revidar a mulher perde seu lugar simbólico de vítima o que enfraquece os processos do ponto de vista jurídico já que questiona a imagem, ainda hegemônica no setor, da mulher abnegada, frágil e passiva.

Em relação aos dispositivos de trabalho mencionados, os entrevistados do setor se referem especificamente a dois: o ‘acolhimento’, citado por profissionais da defensoria pública e do ministério público, e as ‘audiências’, citadas principalmente pelos juízes.

Sobre o acolhimento, uma entrevistada da defensoria pública - serviço no qual muitas mulheres procuram orientação sobre seus direitos - se refere ao processo da seguinte forma:

A gente ouve a vontade dela e nosso trabalho é orientar sobre o que ela pode fazer, o que tem à disposição, buscar entender o que ela quer. Se a gente percebe que naquele momento ela não tem condições de escolher, de decidir, a gente marca outro dia (E20, mulher, 38 anos).

Os profissionais acreditam que, devido ao desconhecimento da população quanto ao papel e as possibilidades de cada serviço do judiciário, há mulheres que os procuram sem saber bem o que querem. Nesse processo, o acolhimento é o dispositivo que ajuda a dar contorno às demandas:

Muitas chegam falando 'Eu vim buscar os meus direitos'. A gente vai tentar trabalhar o que ela está entendendo que é o direito dela. E aí ela vai poder pensar sobre o que quer. E quando souber, retornar para a gente continuar conversando, retornar para a gente continuar construindo essa nova fase da vida dela (E22, mulher, 34 anos).

Utilizado com o intuito de tentar entender de forma integral o problema que as mulheres vivem, o acolhimento cria a possibilidade de cuidar da situação de violência, além de apenas criminalizá-la:

A nossa função, basicamente, é dar respaldo às medidas de proteção e processar criminalmente. Mas, nós temos por norma tentar ir além, conversar com a mulher, tentar ver qual é realmente o problema que ela enfrenta. Porque só processar é ineficaz. Você vê que ela na verdade foi procurar uma ajuda, é como se ela estivesse dizendo 'alguém, por favor, me ouça, eu estou sofrendo aqui quieta e ninguém faz nada' (E19, homem, 51 anos).

Especificamente na defensoria, existe o CAM, serviço especializado que oferece suporte psicossocial para as mulheres visando ajudá-las a refletir sobre o que querem e na tomada de decisões:

O suporte psicossocial é fundamental porque elas chegam muito abaladas emocionalmente. Esse suporte dá condições pra que ela possa expressar, de alguma forma, o que ela pretende vindo aqui, qual o contexto e o que ela veio buscar na Defensoria, como a gente pode auxiliá-la aqui mesmo ou encaminhando pra algum outro serviço (E22, mulher, 34 anos).

As descrições dos entrevistados sobre como trabalham pressupõem uma grande abertura ao outro, o que caracteriza, de fato, um processo de acolhimento. Há uma atenção intencional ao que é dito, que favorece reflexões sobre a situação vivida, há criação de espaços para dúvidas e hesitações, e há a oferta de apoio, de parceria para a construção de respostas. O que está presente em tais atos é a hospitalidade, conforme definida por Derrida (2013): “*A intencionalidade, a atenção à palavra, o acolhimento do rosto e a hospitalidade, são o mesmo*” (p. 56).

A centralidade das tecnologias leves operantes em tais processos – que se configuram como sendo de cuidado - se deve exatamente à condição de hospitalidade existente. O espaço interseção que se cria em tais encontros é carregado de uma potência transformadora que suscita questionamentos, dúvidas e, portanto, reflexões (MERHY, 1997). É nesse espaço que a produção do cuidado, em ato, pode ocorrer.

Às vezes, há ataques hostis à condição de hospitalidade dos profissionais:

Ontem chegou uma assistida aqui, acabou comigo. Ossos do ofício, sempre vai ter um que não vai estar contente suficientemente com tudo que a gente possa oferecer. E aí é aquela questão de você entender que nem sempre o problema não tá comigo, pode estar com a pessoa. Tentar entender porque ela tá assim, com essa frustração, essa raiva, essa incompreensão. Eu tenho que tá preparada pra isso até porque, ninguém vem aqui feliz. Todo mundo tem um problema (E20, mulher, 38 anos).

Tais ataques tendem a criar obstáculos ao acolhimento por suscitar mecanismos defensivos. Mas, conforme relato da profissional, existe uma função continente boa o suficiente para sobreviver a tais ataques sem revide ou submissão a um estado depressivo. Se a mulher faz um bom uso dessa condição do profissional, ou seja, se ela se identifica a esse ‘objeto bom’, com essa capacidade, ocorre um encontro transformador de ambos (JOSEPH, 1991).

A disposição à hospitalidade de tais profissionais parece estar relacionada à noção absoluta que carregam de que o serviço que oferecem é um direito: “*Nós estamos aqui pra garantir direitos. E direitos humanos são pra todos, não dependem de mérito*” (E20, mulher, 38 anos). Tal entendimento sustenta o outro em uma condição de sujeito independente de quem ele seja - condição sem igual para que haja hospitalidade.

Esse processo de reconhecimento da condição de sujeito do outro, mais uma vez, retroalimenta ambos, profissionais e mulheres: *“Assim como o outro se configura enquanto um sujeito no encontro, também é quando o recebemos que podemos (re)conhecer a nós mesmos enquanto sujeitos”* (RIBEIRO, 1999).

Apesar de o acolhimento ser um dispositivo bastante potente, há poucos recursos disponíveis para o acompanhamento e amparo posterior dessas mulheres.

Sobre as audiências, no âmbito do judiciário, elas são as sessões que ocorrem nos tribunais para que os juízes possam ouvir as partes dos processos, seus procuradores (advogados, defensores e promotores) e testemunhas a fim de tomar decisões (CAMPOS, 2011). Definidas por Ferreira (1984) como o ato de ouvir, de prestar atenção a quem fala, *“as audiências são fundamentais para conhecer as partes, tentar entender a história que esta sendo narrada para, a partir disso, poder tomar decisões com base na lei”* (E15, homem, 48 anos).

Osa entrevistados realizam audiências com diferentes objetivos. Podem ser para mulheres renunciarem a representações, podem estar relacionadas à concessão de medidas protetivas, tentativas de conciliação das partes e/ou para a instrução e julgamento dos processos. Cada juiz tem autonomia para criar procedimentos próprios, ou seja, os procedimentos estabelecidos são individuais e, por isso, variam em cada vara criminal.

Audiências para retratação são marcadas sempre que solicitadas por mulheres que querem renunciar à representação. Admitidas pelo artigo 16 da Lei Maria da Penha apenas para ações penais públicas condicionadas à representação, ela só pode ser feita perante o juiz, antes que a denúncia seja apresentada e sendo ouvido o ministério público (BRASIL, 2006a): *“A mulher pode oferecer retratação até antes do oferecimento da denúncia. Depois não pode mais, o processo corre”* (E33, homem, 47 anos).

Essa previsão dificulta a realização da renúncia porque extingue a possibilidade das retratações extrajudiciais que eram realizadas nas DDM. Segundo Lima (2010) o artigo 16 foi pensado dessa forma para que os juízes e promotores tivessem certeza de que a mulher está desistindo da representação por vontade própria e que está consciente de sua decisão.

Segundo um dos entrevistados, os pedidos são bastante frequentes e podem decorrer tanto de desconhecimento quanto ao funcionamento de um processo, quanto de ameaças que a mulher recebe: *“De cada dez casos, seis pedem pra não*

dar seguimento. E são situações diferentes, uma porque foi uma atitude precipitada, outra que não entendeu o que significa isso ou porque ela se sentiu coagida” (E19, homem, 51 anos).

Desconhecer trâmites legais e as consequências do registro de um boletim de ocorrência ou de uma representação, não é algo raro e muitas mulheres de fato não sabem ao certo o que isso significa (SANTOS, 2008). Isso ocorre devido à distância simbólica existente com o setor e também devido a dificuldades de comunicação com os serviços. Acontece que, quando ocorre um esclarecimento, muitas mulheres entendem que não era isso o que desejavam e solicitam a renúncia.

Há casos também em que, ao procurar por ajuda, a violência vivida aumenta e a mulher se sente coagida a se retratar (MENEGHEL et al., 2013). Se houver um entendimento de que o recuo da mulher está associado a alguma coação do autor da violência - crime previsto pelo artigo 344 do código penal (BRASIL, 1940) -, a renúncia pode ser rejeitada. Nesses casos, o Ministério Público assume a representação do processo e ele corre normalmente (LIMA, 2011).

Os crimes passíveis de renúncia são caracterizados por violência psicológica (ameaça, injúria) e perturbação da tranquilidade (perseguição, ciúmes ou controle excessivo). Segundo Lima (2010) a análise de tais fatos exige grande responsabilidade dos operadores do direito porque a sociedade tende a banalizar tais situações, classificando-as como ‘chiliques’.

Na verdade, eles podem causar importantes sofrimentos como depressão, baixa autoestima, tentativas de suicídio e, muitas vezes, por vergonha ou exigência dos autores da violência, isolamento (LUDEMIR et al., 2008). Isso tende a dificultar ainda mais que a mulher consiga buscar por ajuda.

Além de alguma confiança da mulher para conseguir falar abertamente sobre o problema, esse entendimento requer uma escuta bastante qualificada do profissional, que pressupõe um bom uso de sua capacidade negativa. Essa função, descrita por Bion (1979), se refere à capacidade ao acolher vivências e emoções de difícil processamento de forma boa o suficiente para favorecer a sua transformação em reflexões e novas formas de subjetivação.

A ocorrência de tantas renúncias, segundo alguns profissionais, está associada exatamente ao fato de não haver essa condição e existirem poucos dispositivos que a favoreçam: *“Eu acredito que as pessoas ficam com medo. Elas vão até lá, fazem a denúncia, um boletim de ocorrência, se transforma num*

processo criminal e ela tem que continuar sozinha. Sem amparo” (E20, mulher, 38 anos).

As mulheres precisam ser auxiliadas, encaminhadas pra uma assistência psicológica, social. Não dá pra deixar a mulher à mercê, se não ela vai acabar se arrependendo, ela vai achar que a culpa foi dela, que ela não deveria ter denunciado (E34, homem, 48 anos).

Quando a mulher faz a retratação, o processo é arquivado. É importante salientar que, com a renúncia, quaisquer medidas protetivas que a mulher tenha são revogadas já que um processo pode ocorrer sem medidas protetivas, mas medidas protetivas não podem ser mantidas sem um processo em curso.

Além disso, dependendo da situação, a mulher que faz uma retratação pode ser processada pelo Ministério Público por denúncia caluniosa:

Ela movimentou TODO o judiciário, movimentou toda a cadeia da polícia, e agora chega aqui e diz que desiste? Pode ser processada por denúncia caluniosa porque ela imputou ao companheiro um crime que depois ela disse que não existia (E19, homem, 51 anos).

Esse fato apenas atesta a dificuldade dos profissionais do setor em entender o contexto em que a violência de gênero ocorre e suas consequências, e em problematizar os papéis culturais de homens e mulheres e as desigualdades de gênero.

Outro tipo de audiência realizada pelos juízes são as relacionadas ao deferimento de medidas protetivas. Como dito anteriormente, nesses casos, cada juiz também tem um procedimento próprio.

Geralmente as mulheres fazem a solicitação das medidas protetivas diretamente nas DDM onde registram as ocorrências e a situação é previamente avaliada. Segundo a Lei Maria da Penha, o delegado tem até 48 horas pra remeter o pedido ao juiz, que também tem um prazo exímio para deferi-lo ou não (BRASIL, 2006a).

Os profissionais afirmam que a previsão das medidas aumentou a demanda e alterou a rotina de trabalho deles exatamente pelo caráter de urgência: *“Um pedido de medida pode surgir a qualquer hora do dia. Às vezes eu tô saindo e, se surge uma medida, preciso apreciar com seriedade para conceder ou não a medida”* (E15, homem, 47 anos). As medidas podem ser concedidas imediatamente, sem a

necessidade da realização de uma audiência e de manifestação do Ministério Público.

A avaliação do risco em que a mulher está para a tomada de decisão do juiz é pautada pela observação de alguns critérios, como a análise de antecedentes do autor da violência ou existência de outras medidas em prol da mulher; existência de violência física e sua gravidade; existência de violência sexual; uso de armas; realização de ameaças; e violência psicológica (NASH, 2010). Segundo algumas autoras (LAVIGNE & PERLINGEIRO, 2011), tais indicadores buscariam tornar as decisões dos juízes mais objetivas.

Usualmente, medidas de proteção consideradas simples - como a proibição do autor de se aproximar da mulher e de manter qualquer tipo de contato com ela - são deferidas sem a realização de audiência. Isso porque os profissionais entendem que tais medidas não têm um grande impacto na vida do homem:

Não tem muito questionamento, elas são concedidas sem essa audiência, baseado simplesmente no que ela disse na delegacia e, muitas vezes, sem ouvir o autor do fato. Porque é uma medida que não tem uma repercussão muito forte contra o autor do fato. É simplesmente pra proteger a vítima mesmo (E33, homem, 47 anos).

Mas, em alguns casos, os entrevistados acreditam que é importante realizar uma audiência porque, dependendo da gravidade do caso e da situação da mulher, é importante ouvi-las:

Se entendo que o caso é urgente, marco uma audiência urgente, pro dia seguinte. Muitas vezes a vítima vem mesmo lesionada, roxa, cheia de hematomas. Aí, não há dúvidas de que medidas drásticas são tomadas, medidas protetivas, o afastamento dessa pessoa que não pode mais ficar em contato, ao menos por ora, com a família, né? (E18, mulher, idade não informada).

Nos casos em que as medidas solicitadas podem ter um impacto maior na vida do autor da violência, como é o caso do afastamento do lar ou dos filhos, também é prudente marcar uma audiência segundo alguns entrevistados:

A mulher elenca quais as medidas protetivas que ela gostaria de receber. São várias. O afastamento do lar é uma medida um pouco mais drástica. E a gente toma um cuidado de marcar uma audiência pra saber melhor o que tá acontecendo. Se a gente percebe que, realmente, há um risco pra vítima, é deferido o afastamento do homem da casa (E33, homem, 47 anos).

E18 afirma que, dependendo da medida é difícil lidar com a reação dos homens, que ficam indignados e furiosos: *“Eles dizem que não têm como sair, que metade da casa é dele, não têm pra onde ir. Ficam nervosos, às vezes é necessária intervenção da polícia militar pra acalmar os ânimos”* (E18, mulher, idade não informada).

Um dos entrevistados afirma que, quando há descumprimento de medidas já concedidas, ele também marca uma audiência para avaliar o que ocorreu:

Dependendo da justificativa do homem, ele vai assinar um documento confirmando que foi novamente advertido da proibição de se aproximar da vítima e tudo mais. Geralmente surte efeito, são raros os casos em que ele descumpra. Mas se acontecer um novo descumprimento, aí não marca outra audiência, o que nós temos é a prisão preventiva mesmo (E15, homem, 48 anos).

As medidas protetivas são consideradas um grande acerto da Lei Maria da Penha e sua eficácia e inovação são elogiadas por tornar evidente o papel do Estado em garantir a segurança e a liberdade de ação das mulheres, seus filhos e familiares envolvidas na situação (LAVIGNE & PERLINGEIRO, 2011).

No Estado do Rio de Janeiro, nos anos de 2010 e 2011, foram concedidas 14.674 medidas protetivas (LAVIGNE & PERLINGEIRO, 2011). Em um mês de funcionamento, o Anexo de violência de Ribeirão Preto concedeu 106 medidas protetivas²³.

Apesar da grande quantidade de medidas concedidas, alguns profissionais - de outros setores - entendem que elas não garantem de fato a segurança da mulher: *“Eu tiro o cara de casa, não adianta. O cara continua rondando a casa! Quantas vezes eu tirei de casa, o cara foi lá e matou ela”* (E23, mulher, idade não informada).

Dados da Comissão Parlamentar Mista de Inquérito (CPMI) sobre a violência, realizada pelo senado federal, confirmam essa percepção, indicando que, no Brasil, duas em cada dez mulheres vítimas de femicídio nos últimos cinco anos, tinham medidas protetivas contra os autores da violência (BRASIL, 2013).

Mesmo assim, os profissionais do setor judiciário acreditam em sua eficácia para proteger as mulheres: *“Eu acho a medida protetiva bastante eficaz, sim. Protege a mulher. Mulher, de maneira geral, as relações domésticas”* (E34, homem, 48 anos); *“É muito simples, se ele se aproximar e estiver com restrição judicial de*

²³ Informação obtida em divulgação sobre os dados de funcionamento do Anexo, recebida por e-mail em 24/05/2015.

aproximação basta a vítima chamar a polícia e ele vai preso na hora. Então é uma medida realmente forte, que funciona” (E15, homem, 48 anos).

Assim como ocorre com os BO, tais profissionais atribuem às medidas protetivas a capacidade de satisfazer as necessidades das mulheres que os procuram. Essa ‘fetichização’ dos procedimentos, como se eles tivessem a propriedade natural de cuidar, é uma construção imaginária que opera tanto nos profissionais - que se sentem com o ‘dever cumprido’ ao os oferecerem -, quanto nas usuárias, que seguem os demandando.

Segundo Franco e Merhy (2010) o que ocorre, porém, é que se o que é oferecido não for capaz de fazer a mulher se sentir protegida, ou seja, se a ideia de cuidado traduzida em atos não coincidir com a necessidade das mulheres, criam-se conflitos que interditam a relação de cuidado.

Isso explicaria porque a busca pelo setor ainda é tão pequena em relação ao número de casos de violência que ocorrem e porque há tanto descredito e desconfiança no sistema de justiça.

Outro dispositivo citado - utilizado por apenas um dos profissionais – são as audiências de conciliação: *“Não sei se todos os juízes designam essa audiência de conciliação, mas a experiência tem me mostrado que é válida, é importante. Em alguns casos a gente consegue a conciliação”* (E34, homem, 48 anos).

Tais audiências eram previstas pela Lei 9.099/95 que, orientada pela busca de conciliação, cria os JECRIM, serviços que objetivam ampliar o acesso à justiça e acelerar decisões penais desafogando o sistema judiciário (BARSTED, 2011).

Na Lei Maria da Penha, porém, não há previsão do uso de métodos de conciliação – judiciais ou extrajudiciais. A Convenção de Belém do Pará recomenda a revogação de disposições que permitem o uso de tais métodos nos casos de violência contra mulheres por entender que, em face das desiguais condições de poder entre as partes, poderiam levar mulheres a aceitar acordos indesejáveis ou insuficientes para cessar a violência (OEA, 1994).

Assim, entende-se que audiências de conciliação podem, perigosamente, ser transformadas em espaços privilegiados para a indução das mulheres a desistirem da causa levada à justiça. Dados da CPMI sobre violência contra as mulheres indicam que, de fato, há um grande número de mulheres que desistem do processo em audiências de conciliação – que continuam ocorrendo à revelia do que é previsto em Lei (BRASIL, 2013).

A lógica que orienta a conciliação implica em uma solução rápida, simples, informal e econômica para casos que não deveriam ocupar o espaço do judiciário e nem o tempo de seus profissionais. Debert e Oliveira (2007) acreditam que juízes que agem assim se desresponsabilizam ao devolver o problema da violência para ser solucionado no âmbito familiar, destituindo a mulher de sua condição de sujeito de direitos.

Por fim, ocorrem também as audiências para instrução e julgamento dos processos. Para tais audiências são intimadas as partes, seus procuradores legais e testemunhas com o objetivo de produzir provas orais, debater e decidir sobre a causa (BRASIL, 1941).

Segundo os profissionais é bastante comum quando essa audiência é marcada, que muitos casais já tenham se reconciliado ou resolvido a situação da violência se separando. Assim, não há mais interesse da mulher em penalizar seu companheiro. Como após o recebimento da denúncia e nos casos de ação penal pública incondicionada não há como renunciar ao processo, as mulheres acabam mentindo em tais audiências na tentativa de que o homem não seja penalizado:

Quando ela já fez as pazes com o autor do fato ou então já separou e ela tem um sentimento de querer esquecer. Ai mente pra proteger, ou favorecer de alguma forma. Às vezes acontece isso. Ai a gente procura avaliar o que ela disse na delegacia, avaliar toda essa situação, o tempo que passou, o contexto. E aí vai depender. Se tiver provas que ele realmente deu um soco, então ele é condenado. Independente dela ter tentado proteger. Agora, se não tem outras provas, pode ser que caminhe pra absolvição mesmo (E33, homem, 47 anos).

Pasinato (2007) afirma que diante da impossibilidade de interferir nos desdobramentos do registro policial, as mulheres desenvolveram diferentes estratégias para evitar que seus companheiros fossem responsabilizados pela violência que desencadeou o registro. Modificar depoimentos, assumir a responsabilidade pelas discussões, minimizar a gravidade das lesões são algumas das estratégias adotadas.

Os profissionais afirmam esses são fatos recorrentes e uma das maiores dificuldades que encontram no processo de trabalho: *“Isso gera situações bastante constrangedoras, inclusive a necessidade de conduzir coercivamente a mulher para a audiência, porque ela é obrigada a comparecer”* (E18, mulher, idade não informada).

Espaços como os das audiências – em que há uma escuta atenta a partir da qual uma lei deve ser interpretada e decisões tomadas – possuem uma grande potência para processos centrados em trabalho vivo em ato.

Há pesquisas de experiências, chamadas de “justiça terapêutica”, em que os encontros entre mulheres e profissionais favorecem a ressignificação do que foi vivido e a emancipação das mulheres a partir da sua participação ativa nos processos e na tomada de decisões (CATTANEO et al., 2013).

Apesar do entendimento que os entrevistados têm de que a demanda das mulheres – e dos homens também, segundo eles – é que os juízes os ouçam e os ajudem a solucionar seus problemas, há uma complexidade nas vivências com as quais eles não estão acostumados a lidar: *“Não são crimes comuns, como um roubo que acontece e pronto, acaba. As partes continuam se relacionando, é muito complicado”* (E15, homem, 48 anos).

O auxílio de outros profissionais e a discussão dos casos em equipes talvez favorecesse que os profissionais do setor se tornassem mais porosos às narrativas que chegam. Talvez assim, com a predominância do uso de tecnologias leves, espaços como as audiências pudessem favorecer reflexões e a ressignificação do que foi vivido transformando-se, efetivamente, em espaços de produção de cuidado (MERHY, 2002).

Grande parte dos processos resulta em absolvição dos acusados, seja por falta de provas, seja devido a acordos entre as partes: *“Há muitos casos que resultam em absolvição, pelo menos uns 30%”* (E18, mulher, idade não informada).

Se o processo for julgado e ficar decidido que uma condenação é a medida de justiça, o autor da violência é apenado. As penas são decididas de acordo com os antecedentes do homem, as circunstâncias e gravidades do crime:

Depende dos antecedentes dele, do próprio histórico desse casal, se essa violência é crônica. Se você pega um réu primário, que foi a primeira agressão contra a mulher, é mais difícil aplicar uma pena de prisão. Então, geralmente, fica na pena de prestação de serviço da comunidade ou então um regime aberto, ele dorme na sua própria casa. Quer dizer, como não tem o albergue, ele assume o compromisso de se recolher na sua própria casa das oito as seis da manhã (E34, homem, 48 anos).

Alguns entrevistados se referem positivamente à existência da previsão na Lei Maria da Penha dessas ‘penas alternativas’ para diferenciar a forma de punir uma pessoa que age reiteradamente daquela que age de forma eventual:

São vários requisitos. Primeiro que o réu seja primário, segundo, que a pena não passe de quatro anos, terceiro, que não haja envolvida grave ameaça ou violência. E aí, há quem defenda que o crime de lesão corporal implica em violência, então não seria cabido uma substituição da pena (E15, homem, 48 anos).

A pena de detenção geralmente acontece quando o fato é considerado grave e é preciso manter a mulher protegida: *“Nos casos mais graves, você percebe que a vítima continua com medo, seis meses depois do fato a situação ainda não se resolveu. Ai tem necessidade de uma pena mais severa, uma detenção”* (E33, homem, 47 anos).

Algumas profissionais acreditam que as penas de detenção previstas pela Lei Maria da Penha são muito brandas e insuficientes para garantir a segurança das mulheres *“Uma pena prevista de três meses a dois anos é muito branda. Porque, às vezes, têm casos muito sérios que três meses não são suficientes pra que se sane o problema”* (E18, mulher, idade não informada); *“Se vai preso, ele fica na cadeia dois, três meses. Aí essa mulher tem paz durante dois meses. Mas no terceiro mês ele volta e começa tudo de novo”* (E31, mulher, 55 anos).

A punições efetiva aos autores de violência, para alguns entrevistados é que fará com que mais mulheres busquem por ajuda e que os homens – por temerem a Lei - mudem seu comportamento: *“Como a violência é um desvio das regras sociais, à medida que a tolerância a ela diminuir, a tendência é que ocorram menos casos”* (E15, homem, 48 anos).

Quando a causa vai pra justiça as agressões cessam. Porque também se não cessarem, fatalmente, pelo menos no meu entendimento, o agressor tem que ser detido por uma questão de segurança. Mas normalmente ela cessa. Então, pra mim, é muito claro o papel da justiça na modificação da conduta do agressor. Realmente depois de denunciado e processado, ainda antes da sentença final, ele não importuna mais a vítima (E33, homem, 47 anos).

Para outros entrevistados, porém, apenas a punição não é suficiente para a resolução do problema da violência, já que essa não é uma questão meramente criminal: *“A natureza da violência contra mulher não vai ser alterada apenas com uma lei criminal. Ela tem que ser alterada culturalmente”* (E8b, homem, 40 anos).

Acham que dar 10 anos de cadeia resolve, mas não resolve nada. E no caso da violência contra a mulher a gente parte para o mesmo princípio falido de criminalizar que não deu certo nas drogas, porque não é essa a solução. São as duas vertentes onde o Estado perdeu o controle porque enfoca na criminalização de algo que não é solucionável apenas sob o aspecto criminal. Nós devemos usar a lei criminal para punir aquele agressor de mulher? Devemos. Para aquele explorador de tráfico? Devemos. Isso é solução? Não. Isso é só um aspecto. O instrumento que a gente tem hoje é basicamente punir. E neste aspecto, é pouco produtor. Vai chegar um ponto que nem um zilhão de juizes, promotor, delegado vão dar conta! (E19, homem, 51 anos).

Apesar de haver um foco muito grande na criminalização da violência contra as mulheres, a Lei Maria da Penha também prevê alguns dispositivos preventivos, como a oferta de ações para a reeducação dos autores de violência visando à construção de novas masculinidades (BRASIL, 2006a).

Muitos entrevistados entendem que tal previsão é fundamental uma vez que a violência de gênero contra as mulheres não é um crime comum, assim como o autor da violência não é um 'criminoso comum': *“É réu num contexto diferenciado no sentido de que, muitas vezes, ele volta a conviver com aquela que ele agrediu”* (E15, homem, 48 anos).

Um serviço para a reeducação de autores de violência chegou a ser criado por voluntários de uma ONG no município estudado. Mas ele não conseguiu se efetivar porque não foi estabelecida uma parceria eficaz com o setor judiciário, fundamental para garantir a presença dos homens no serviço: *“Se o juiz não obrigar o comparecimento a tantas sessões esse homem não vai”* (E27, mulher, 56 anos).

Para alguns entrevistados homens com medidas protetivas também deveriam ter que frequentar tais serviços, uma vez que apenas as medidas não garantem que o autor da violência vá parar de ser agressivo com outras pessoas com quem se relaciona: *“A medida protege essa mulher, mas esse homem continua agredindo a mãe, a irmã, a próxima namorada. Então teria que ter nesses casos um serviço que acompanhasse esse homem, porque se não nós não vamos dar conta nunca”* (E6, mulher, 36 anos).

Outros acreditam que o trabalho precisa promover o diálogo entre as partes, não com o intuito de reconciliá-los, mas sim favorecer a possibilidade de uma paternidade responsável já que muitos casais têm filhos: *“Eles não precisam voltar,*

mas muitos têm filhos juntos, vão ter que conversar, resolver coisas” (E23, mulher, idade não informada).

Mas discussão acerca da reeducação dos homens ainda é incipiente no setor: *“A gente ainda precisa encontrar um modelo de acompanhamento desses casos. As pessoas ainda têm muito receio, mas é uma pessoa que tem que ser cuidada também”* (E6, mulher, 36 anos).

A naturalização da violência como atributo dos homens cria uma fantasia de que é impossível ressignificar o que foi vivido. Apesar de tais percepções, e de ainda haver poucas reflexões sobre um modelo de atenção possível para o cuidado aos homens autores de violência pesquisas afirmam a importância de se pensar em ações para a reconstrução das masculinidades como parte do cuidado integral às situações de violência (MERHY, 2002; MEDRADO et al., 2011; GRANJA & MEDRADO, 2009).

6.2.2 Produção da articulação

*Você precisa apresentar-se para compor!*²⁴.

A segunda categoria, *“Produção da articulação”*, se refere ao processo de trabalho para articular a rede intersetorial necessária para a produção de um cuidado integral a mulheres em situação de violência. Para realizar a apresentação dos resultados e discussão, os dividimos em duas subcategorias: *“O entendimento sobre o conceito de ‘rede’ seu funcionamento”* e *“O processo de trabalho em rede no município”*.

²⁴ Informação verbal obtida do Prof. Dr. Emerson Elias Mehry em palestra proferida durante o 6º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais e Humanas em Saúde, ocorrido no Rio de Janeiro em novembro de 2013.

6.2.2.1 O entendimento sobre o conceito de 'rede' e seu funcionamento

Quando perguntados sobre o que entendiam por 'rede', os entrevistados trouxeram diversas definições. De uma forma geral, todas elas se referiam à ideia de articulação, interligação e conjunção entre pessoas, instituições e/ou serviços. *"É um trabalho articulado entre as instituições, instâncias, ONG"* (E12, mulher, 34 anos); *"É um conjunto de serviços, um atendimento multidisciplinar"* (E23, mulher, idade não informada).

Ainda segundo as falas dos profissionais, essa articulação teria como objetivo a produção de algo comum para cuidar de uma situação ou pessoa: *"Eu entendo um trabalho de rede como equipamentos, instituições, pessoas interligadas fazendo um trabalho comum, podendo apoiar as pessoas"* (E4, mulher, 64 anos).

A definição de rede constituída a partir da fala dos profissionais – *"articulação entre pessoas, instituições e/ou serviços para a produção de algo comum visando cuidar de situações ou pessoas"* -, se aproxima muito das definições encontradas na literatura.

Carreira e Pandjarian (2003) afirmam que uma rede se configura quando há uma atuação articulada entre diversas instituições, organizações ou grupos voltados para um mesmo problema. Para elas, existem as redes primárias, formadas a partir dos relacionamentos de cada indivíduo - parentes, amigos, conhecidos e vizinhos e as secundárias, aquelas que acontecem entre indivíduos e instituições.

Kiss et al. (2007), interessadas nas redes secundárias, as definem como a articulação objetiva de ações interinstitucionais e a interação entre seus agentes a partir da presença de canais de comunicação entre esse conjunto.

A definição de Inojosa (1999) é a que mais se aproxima da que foi constituída pelas falas dos profissionais. A autora afirma que uma rede se tece a partir da mobilização de pessoas ou instituições que se articulam em função de um propósito comum, ou seja, rede para ela é um projeto comum deliberado pela ação humana para promover transformações.

Essa noção de ação relacionada à construção de redes é fundamental para o entendimento que tentaremos construir. Uma rede não existe concretamente. O que existem são serviços e pessoas que, potencialmente, podem vir a fazer parte de

uma rede. Para isso ocorra, é preciso que um movimento aconteça, uma ação que favoreça os encontros entre tais serviços/pessoas.

Mas para que esse encontro possibilite uma composição, a produção de um comum, é preciso que ele seja potente. Ora, o que gera potência é o próprio encontro. Nas palavras de Capra (2002), “*é exatamente o fenômeno de produção das conexões que constitui a dinâmica da rede*”. Sendo assim, a existência de uma rede, ao mesmo tempo em que objetiva a produção de composições, lhe pressupõe, ou seja, uma rede só existe em ato. Ao deixar de se conectar, ela deixa de existir.

Por isso, para que uma rede exista o seu padrão organizativo e o modo de produção correspondente devem trazer embutidos em seus princípios e procedimentos, o exercício da transformação a que se propõe. Do ponto de vista prático, essa ideia se refere à produção de articulações a partir de relações dialógicas (MARTINHO E COSTA, 2003).

Os entrevistados trazem aspectos relacionados a essa característica das redes em suas falas utilizando verbos no gerúndio, ou seja, a ações sendo feitas: “*A consolidação da rede é o maior número de profissionais sentando juntas*” (E13, mulher 49 anos). “*Eu entendo rede é quando os serviços estão conversando de forma igual, assim, não tem um mais importante que o outro*” (E4, mulher, 69 anos); “*Bom, rede são todos os serviços disponíveis compondo, se articulando* (E21, mulher, 55 anos)”.

Pesquisas mostram que essa forma de trabalhar é indispensável para efetivamente enfrentar a questão da violência de gênero contra mulheres e cuidar integralmente dos envolvidos em seu processo (D’OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2006). Isso porque, existe um universo de demandas decorrentes da cronicidade de desrespeito e violação de direitos à que as mulheres estão submetidas que exige ações integradas.

A Lei Maria da Penha prevê em seu artigo 8º o cuidado integral às mulheres em situações de violência através do trabalho em redes: “*A política pública que visa coibir a violência doméstica e familiar contra mulheres far-se-á por meio de um conjunto articulado de ações (...)*” (BRASIL, 2006a). Esse é considerado um marco na consolidação da articulação de redes por se tratar de uma norma jurídica que reforça a responsabilidade dos governos de implantarem políticas públicas de enfrentamento de forma intersetorial.

A criação da SPM foi um incentivo à criação de redes. Em 2007, com o lançamento do Pacto de Enfrentamento à Violência contra Mulheres a atuação do

governo deixa de ser apenas de apoio a serviços emergenciais e campanhas isoladas e avança para uma atuação mais ampla. Para isso, a SPM possui uma coordenação geral de fortalecimento das redes de atendimento às mulheres que articula e coordena ações dos Ministérios do Desenvolvimento Social, Saúde e Justiça, além de um movimento de constituição de redes locais integradas, através de reuniões regulares e fóruns profissionais de serviços específicos (BRASIL, 2011b).

Todos os entrevistados concordam com tal previsão, afirmando que violência contra mulheres é algo que só pode ser cuidado de forma integral a partir do trabalho em rede: *“A violência, saúde não resolve sozinha, a assistência social não resolve, a polícia sozinha também não vai resolver”* (E2, mulher, 57 anos); *“Todo mundo que tem que trabalhar junto pra dar certo, eu aprendi isso. Sozinha não dá para trabalhar com violência”* (E12, mulher, 34 anos).

O trabalho em rede, porém, não é apenas um aglomerado justaposto de serviços e pessoas voltados a um mesmo problema. Ele pressupõe certo modo de funcionar (D'OLIVEIRA & SCHRAIBER, 2006).

Inicialmente, é preciso que haja uma organização horizontal entre os seus integrantes, ou seja, é preciso a construção de um processo em que prevaleçam relações equânimes. Essa desconcentração de poder ocorre porque ele está diluído entre os pontos que compõem a rede e, sendo assim, a potência transformadora do trabalho só surge a partir da somatória das suas ações: *“Primeiro, a rede dilui o poder, que é repartido pelo conjunto dos nós. Cada participante possui dessa forma, um pouco do poder geral, sendo que apenas a ação da rede, como conjunto, exerce o poder de forma plena”* (MARTINHO, 2001).

Alguns profissionais fazem referência a essa característica de descentralização de poder ao falar sobre o funcionamento do trabalho em redes: *“Temos que descer dos nossos pedestais e falar ‘olha, eu faço assim, mas se alguém tiver uma ideia diferente, eu posso mudar’. Tem que somar”* (E7, mulher, 31 anos).

Isso subtende o predomínio de tecnologias leves regendo o processo de trabalho, que garantam a dialogia necessária à construção de relações democráticas e solidárias. Para redes existirem, portanto, uma comunicação intensa é necessária, o que implica a ocorrência de uma série de influências recíprocas, trocas de fluxos formadores e reguladores nos quais ideias, visões de mundo, valores e projetos vão sendo alterados.

Assim, mais do que transportar significados de um lugar a outro, a comunicação tem uma função estruturante nas redes - é somente através desse processo que o conjunto formado por seus elementos se constitui como tal (WHITAKER, 1993).

Se são as conexões entre os pontos que dão a qualidade de rede ao conjunto formado entre eles, podemos afirmar que *“muitos pontos pouco interligados possuem menos qualidade de rede que poucos pontos profundamente conectados”* (MARTINHO, 2001).

Esse entendimento aparece na fala de profissionais ao afirmarem que *“quanto mais os profissionais circulam, mais a rede melhora porque o conhecimento de uns serviços sobre outros e a comunicação entre eles é fundamental”* (E6, mulher, 36 anos).

Porém, esse movimento de abrir-se a esses encontros para compor com outros nem sempre é fácil uma vez que implica reconhecer o caráter parcelar de suas ações, sua própria insuficiência. Esse reconhecimento que requer uma dose de tolerância à inexactidão, a incertezas, capacidade que Derrida (2003) descreve como uma condição de suportar a experiência da privação da própria casa, de si mesmo.

A hospitalidade, abertura ao outro, que se configura dessa condição – e somente a partir dela - é indispensável para a produção do trabalho em redes uma vez que este requer, constantemente, a produção de encontros.

Assim, apesar do entendimento que existe entre os entrevistados sobre o que é um trabalho em rede e como ele deve ocorrer, existe uma enorme dificuldade dos profissionais transformá-los em ato. Acreditamos que isso esteja relacionado às configuração e características presentes nos processos de trabalho dos serviços estudados.

6.2.2.2 O processo de trabalho em rede no município.

Para começarmos a discussão sobre o processo de articulação para a construção de redes, não podemos perder de vista que, como não possuem centros ou fronteiras, redes aninham-se dentro de redes. Ou seja, os serviços aqui estudados podem vir a compor – e certamente compõem - diversas outras redes

concomitantemente à rede intersetorial de cuidado a mulheres em situação de violência. Portanto, o que apresentamos aqui é um recorte e, como tal, é meramente teórico.

Acreditamos ser importante apresentar brevemente o contexto referente à implementação da rede intersetorial no qual essa pesquisa foi realizada.

Há alguns anos existe no município um esforço para o que os entrevistados chamam de “*consolidação da rede intersetorial para o cuidado às mulheres em situação de violência*”. Esse esforço se caracteriza, especialmente pela realização de reuniões visando que os serviços disponíveis se conheçam mutuamente e construam fluxos de encaminhamento entre os mesmos. Muitas dessas reuniões foram observadas durante e para a realização dessa pesquisa.

Inicialmente, em 2012, essas reuniões, que ocorriam mensalmente, eram organizadas pela Coordenadoria da Mulher e contavam com a presença de representantes de diversos setores aqui estudados. Devido à precariedade do espaço em que ocorriam e a algumas questões políticas, as reuniões passaram a ser organizadas por uma vereadora envolvida com o movimento de mulheres e realizadas bimestralmente na Câmara Municipal com o nome de ‘Fórum de Violência contras as Mulheres’.

Essas reuniões, apesar de estarem quase sempre cheias, contavam com a presença das mesmas pessoas e eram bastante infecundas – não havia pauta e nem coordenação dos trabalhos, havia muitas discussões, mas poucas decisões eram tomadas. O principal foco seguia sendo a construção do fluxo de encaminhamento. A sensação era que estava ocorrendo sempre a mesma reunião.

Em 2013, época em que a coordenação da Coordenadoria da Mulher mudou, as reuniões deixaram de acontecer e nunca mais foram retomadas. Nesse processo, em setembro, foi realizado um evento para a apresentação de uma proposta de fluxo de encaminhamentos para a rede intersetorial do município, elaborada apenas pela Coordenadoria.

O auditório onde foi realizado o evento estava lotado. Inicialmente aconteceram palestras e, depois, a proposta do fluxo foi apresentada. As pessoas presentes se mostraram muito incomodadas por não terem participado da elaboração do material, houve discussões, muito se disse e pouco se ouviu.

Desde então, alguns acordos foram firmados entre serviços e setores, foi criada a Câmara Técnica de Implementação do Pacto Nacional para Enfrentamento à Violência Contra Mulheres, inaugurado o Anexo de Violência Doméstica no Fórum

e realizadas eleições para o CMDM. Não houve, porém, mais tentativas de reuniões entre os setores e serviços.

Nesse contexto, para os entrevistados de forma geral, a produção do trabalho em rede desenvolvido no município para o cuidado integral a mulheres em situação de violência, ainda é incipiente e não acontece de forma efetiva.

Segundo seus relatos, o que encontramos são pouquíssimas articulações que funcionam muito bem – de fato como redes -, alguns arranjos pontuais estabelecidos entre setores e um trânsito intenso de encaminhamentos entre serviços. Discutiremos cada um desses pontos.

As poucas articulações que funcionam e se configuram como redes se referem, especialmente, ao processo de trabalho desenvolvido pelo serviço específico para atendimento a situações de violência do setor saúde. Como há uma priorização do cuidado a crianças em tal serviço, apesar de haver algumas composições de redes para o cuidado a mulheres, a maior parte das articulações produzidas é para os casos que envolvem crianças. De qualquer forma, os entrevistados reconhecem que o serviço consegue produzir trabalho em rede.

Para tal produção, os profissionais acreditam ser fundamental conhecer os recursos disponíveis com os quais eles podem compor. Segundo afirmam, o conhecimento que possuem sobre os serviços e setores foi – e segue sendo - construído a partir da realização de encaminhamentos mútuos, da promoção de encontros para a discussão de casos e de capacitações: *“Foi conforme a necessidade. A gente se dava conta que não conseguia sozinho, que a gente precisava dos outros serviços, então ia ligando pra pensar juntos”* (E11, mulher, 62 anos); *“Através de reuniões, eventos, capacitação... vamos conhecendo. A gente vai trocando as experiências”* (E16, mulher, 44 anos).

Como o que existe à priori são somente os serviços, para compor uma rede é fundamental conhecê-los - saber o que fazem, como fazem, como acioná-los, com o que se pode contar e, principalmente, com o que não se pode contar. Segundo Schraiber et al. (2012), a importância do reconhecimento dessas distintas abrangências está na possibilidade de melhor cultivar o potencial com cada tipo de serviço.

A possibilidade desse conhecimento está diretamente relacionada à forma como o trabalho é produzido. Isso porque, como os serviços estão em constante transformação, o conhecimento sobre e entre eles precisa ser constante. Se pensarmos que a potência dos encontros está exatamente nas transformações que

eles possibilitam, em um contexto de produção de articulação intersetorial, ou seja, de produção de encontros entre serviços e setores, o (re)conhecimento sobre os outros de fato, será interminável (MERHY, 1997).

Tendo conhecimento sobre o(s) outro(s), quando os profissionais estão diante de um caso e sentem que é necessário compor, podem acioná-los e sabem como fazê-lo. É nesse processo, em que os serviços/pontos vão sendo conectados, que a rede vai se configurando, em ato:

Eu tenho uma visão enquanto assistente social, a minha psicóloga tem uma visão enquanto psicóloga. Ela vai levantar questões que eu não consigo levantar, assim como eu vou pontuar algo que ela não consegue. Então nós vamos somar essas informações. Se for uma criança, vamos chamar a pediatra, a escola, conselho tutelar. Nós vamos compondo essa rede (E12, mulher, 34 anos).

A gente aciona a rede, vem assistente social do bairro que conhece esse caso, vem um psicólogo que um dia atendeu essa pessoa, vem defensoria, coordenadoria. E aí nós vamos promover discussões pra ver como que vai ser (E16, mulher, 44 anos).

Compatível com o caráter descentrado de uma rede, a comunicação que ocorre para a produção dessa articulação não é de mão única e a distribuição da informação não se dá de forma linear - cada serviço é, ao mesmo tempo, receptor e produtor ativo de informações (COSTA, 2003). Essa comunicação favorece a criação de vínculos e relações de confiança entre os serviços, criando uma corresponsabilização com os casos acompanhados:

A gente compartilha a equipe, que pode ser gente do abrigo, do fórum. Nós estamos sempre se reunindo. A gente fica em contato, tem retorno sobre os encaminhamentos. Às vezes liga 'oh, a mulher não chegou', aí marca uma visita domiciliar. Todo mundo cuida um pouco (E12, mulher, 34 anos).

A potência do processo de articulação produzido em tal serviço está exatamente na sua capacidade de multiplicação de conexões entre os pontos/serviços. Isso porque, segundo Costa (2003) para a produção de um cuidado integral de nada adianta a existência de um grande número de serviços/pontos desconectados: "*A medida da rede é o numero de conexões, não de pontos*".

Nesse sentido, podemos considerar que a produção da articulação em tal serviço é efetiva e se caracteriza como um trabalho em rede. Assim, se configura

como um ‘animador’ desse processo no município por favorecer um conjunto de ações que alimentam o desejo e o exercício da participação.

Dispositivos utilizados nesse processo, como a criação de espaços presenciais de conversação e estímulo a interações democráticas, potencializam a comunicação, mobilizam afetos e criam bases para decisões compartilhadas e comprometidas (CAMPOS, 2002). Cria-se assim o que chamamos de ‘consciência de pertencimento’.

Consciência se refere certo saber que não se limita ao lógico e inclui o saber das emoções e dos desejos. Ela é definida como o produto subjetivo da apropriação do mundo objetivo pelos sujeitos através de um processo ativo que tem como bases a linguagem e as relações sociais (BOCK, 2003).

Se a consciência é produzida a partir de processos que tem como base a comunicação (linguagem) e os encontros (relações sociais) – mesmas bases necessárias para a produção de redes - podemos afirmar que produzir redes, favorece a produção de consciência, de saberes.

Já a definição de pertencimento se refere à crença ou sentimento de estar acompanhado por pares, por outros com os quais se pode construir algo comum (JODELET, 2010). Assim, a consciência de pertencimento seria exatamente o saber-se parte de algo.

Para a articulação de redes seus integrantes devem agir, ou seja, não basta que um elemento seja posto em conexão para que ele faça parte de uma rede. Por isso, a consciência de pertencimento, ou seja, saber-se parte da rede é fundamental para a sua existência enquanto tal.

É exatamente o envolvimento nesse processo que indica se determinado indivíduo ou organização realmente pertence à rede. Nesse sentido, Martinho (2002) afirma que “*a rede legítima o reconhecido desejo de participação e de construção ativa de um projeto coletivo*”.

Acreditamos que a produção de articulação existente no serviço específico da saúde é possível exatamente pela condição de hospitalidade intra e intersubjetiva presente em seu processo de trabalho. Assim como tal condição possibilita receber o outro-usuária/profissional, acolhê-lo e ajudá-lo a ressignificar suas vivências, torna também possível receber o outro-serviço e, a partir de um processo de intersubjetivação, compor algo comum (ASSIS, 2005; DERRIDA, 2003).

A esse processo, que implica na troca e construção coletiva de saberes, linguagens e práticas possibilitando a ampliação da capacidade de cada um analisar e transformar seu próprio modo de operar a partir do convívio com a perspectiva do outro, é que chamamos de intersetorialidade (BRASIL, 2012c).

Os encontros intersetoriais, porém, não são sempre fáceis e harmônicos. Os profissionais relatam que às vezes, há muita resistência dos outros serviços em se corresponsabilizarem e que isso gera raiva e indiferença:

As pessoas passam o caso, acham que a gente tem que tomar conta. Ai a gente mostra que o caso é nosso TAMBÉM, e chama pra responsabilidade, querendo compartilhar. Muita gente fica com raiva, mas depois que entendem, a gente consegue um bom vínculo. Mas num primeiro momento a gente é visto como chato (E12, mulher, 34 anos).

Portanto, nem sempre é feito um uso benigno da hospitalidade recebida. Algumas vezes ocorrem ataques a tal condição, que se manifestam como ódio ou apatia (RIBEIRO, 1999). Tais reações se devem, muitas vezes, a uma tentativa de lidar com o que é novo e diferente, experiência que exige um laborioso trabalho de familiarização. Esse lento e persistente processo vai criando a capacidade de hospitalidade no outro – no caso, nos outros serviços/profissionais - que pode passar a olhar para si mesmo, para sua práticas e, porque não dizer, a compor:

A gente vai até lá com a equipe pra trabalhar. Isso multiplica a capacidade de ver a situação de violência. Já tivemos casos que um cirurgião da ortopedia fazendo um procedimento cirúrgico numa paciente, ele observou ‘Poxa, mas é a segunda fratura no mesmo local? Isso aqui não tá certo’ (E11, mulher, 62 anos).

Em relação aos arranjos pontuais existentes, os profissionais se referem a parcerias estabelecidas entre alguns serviços e setores visando responder a demandas específicas e resolver pendências.

O serviço específico para mulheres do setor de assistência social estabelece muitas dessas parcerias. Há um convênio com a Polícia Militar e Ministério Público que lhes fornece informações sobre as mulheres que acionaram o 190, com uma instituição privada de psicologia para a oferta de atendimentos psicoterápicos e com universidades para o acompanhamento psicossocial e jurídico das mulheres: “*Nós temos um convênio com a universidade que se propôs a fazer esse trabalho na Vara*

Criminal porque a Defensoria Pública, muitas vezes, defende o agressor” (E29, mulher, 60 anos).

Buscamos convênios fora da Prefeitura pra atendimento psicológico porque o atendimento da prefeitura tem outro foco, né? E às vezes é muito demorado, têm poucos profissionais, o tipo de demanda também é outro. Às vezes, um trabalho psicológico tem que ser mais sistemático (E31, mulher, 55 anos).

Com o serviço especializado da segurança pública ocorre exatamente a mesma coisa. Há uma parceria estabelecida entre eles e o serviço específico da assistência social e também com serviços de direito ligados a universidades:

Toda mulher que pisa aqui (DDM), ainda que seja simplesmente pra ter informações, é encaminhada pra Coordenadoria. Lá, ela tem esse atendimento multiprofissional, que é atendimento psicológico, atendimento assistencial, atendimento jurídico. Porque, às vezes, o problema dela é pura e simplesmente resolver a situação jurídica dela, ela não tá apanhando, ela não tá sendo ameaçada, ela está numa situação que ela precisa resolver, e ela não tem dinheiro pra resolver. Ela só precisa de uma orientação. Então, hoje, caiu aqui, a gente resolve isso (E23, mulher, idade não informada).

O que se configura em tais arranjos não são composições. Eles não visam construir algo em comum através de diálogos ou compartilhamento de saberes e vivências. Além disso, o conhecimento existente entre os serviços é superficial já que não promovem ou participam de espaços formais nos quais possam problematizar questões ou apagar arestas. A comunicação entre os mesmos depende, muitas vezes, de esforços individuais:

Dentro da Saúde, tem uma profissional, eu aciono ela. E ela aciona a Rede da Saúde. No Fórum, eu aciono o juiz X. Dentro do Ministério Público, eu aciono o fulano. E não sou eu que tenho que conversar com o serviço deles. Não sou eu que vou ligar pro policial ou sei lá pra quem (E29, mulher, 60 anos).

Mesmo eventualmente se encontrando em reuniões ou estabelecendo contato durante algum atendimento, o que se configura não é um trabalho em rede uma vez tais encontros possuem pouca potência de transformação. O que se configura em tais articulações é muito mais o que Schraiber et al. (2012) chamam de ‘trama’, processo que se caracteriza exatamente por ser a mera somatória ou justaposição de intervenções que produzem uma assistência isolada e com respostas parciais e insuficientes às necessidades da mulher.

Alguns profissionais entrevistados reconhecem a insuficiência de tais arranjos, referindo-se a sua fragilidade e limitações: *“A delegacia não faz nada. Ela faz o trâmite da segurança pública. Falta articulação e com a segurança é onde a gente menos consegue estabelecer rede”* (E7, mulher, 31 anos).

Uma Coordenadoria minguadinha, com algumas pessoas, que não dá um serviço de qualidade, fica tentando resolver, cada hora funciona de um jeito. Isso num MAR de coisas que têm que serem feitas pra poder dizer que é uma rede (E5, mulher, 55 anos).

Os profissionais do serviço de segurança pública nunca estiveram presentes nos espaços existentes para tentar articular a rede. Mesmo naqueles em que possuem representação, como no CMDM, não costumam estar presentes. Apesar de ser a instituição mais conhecida pelos profissionais do município, é a que menos conhece os serviços disponíveis.

O processo de trabalho que identificamos em tal serviço está bastante capturado pelo trabalho morto, ou seja, há uma forte alienação de seus trabalhadores. Reduzidos a sua objetividade máxima, esses profissionais acabam impossibilitados de reconhecer suas dificuldades em cuidar de forma integral das mulheres que os procuram (CAMPOS, 2002).

Assim, como acontece com o cuidado produzido, a articulação também ocorre de forma mecânica, burocrática e destituída de sentido. Como não há espaço ou tempo para reflexões, não se reconhecem insuficientes e, portanto, não se movimentam em direção ao(s) outro(s).

No serviço da assistência social o que parece ocorrer é um ‘discurso do preparo’, ou seja, eles acreditam que o que fazem é, efetivamente, trabalho em rede: *“Eu tinha uma ideia de Coordenadoria, de como ela deveria funcionar. Ai eu montei o projeto e a gente começou a trabalhar em rede, eu construí o fluxo, aí eu fui procurar as pessoas”* (E29, mulher, 60 anos).

Existe uma grande cobrança e expectativa dos profissionais do município para que o serviço assuma a função, que por lei é sua, de coordenar a construção da rede:

Eu acho que o primeiro problema é que falta poder pra Coordenadoria da mulher, que era o órgão que deveria gerir a política pública e não faz isso. Faz atendimento, faz acolhimento ao invés de traçar e coordenar as políticas públicas (E8b, homem, 40 anos).

Essa pressão, aliada ao despreparo dos profissionais do serviço para lidar com questões de violência a partir de uma perspectiva intersetorial, parece ter acionado mecanismos defensivos poderosos. Sá & Azevedo (2013) afirmam que tais mecanismos, utilizados de forma individual ou coletiva, minimizam sofrimentos evitando que os trabalhadores enlouqueçam diante de contextos de muita pressão. O problema é que, ao suavizarem a percepção da realidade que vivem tais defesas também podem produzir descuidos e irresponsabilidades.

Assim, em ambos os serviços, o mito da autossuficiência se mistura a um endurecimento, consequência de não saber o que e como fazer. Dessa forma, o comportamento afetivo e o desenvolvimento criativo e sensível na relação com o outro são postos de lado em nome de uma certeza e neutralidade impossíveis que os impermeabilizou aos encontros que acontecem. Nesse processo, as experiências vividas no cotidiano não podem ser assimiladas e, portanto, novas configurações não conseguem ser tecidas.

Por fim, o que os profissionais narram que ocorre no município, é um trânsito intenso de encaminhamentos entre serviços: *“Nós encaminhamos se for pra tratamento e eles têm que acolher. Eles acolhem, ou se deixam de acolher, explicam o porquê, indicam outro local”* (E18, mulher, idade não informada); *“Suspeito que ela não esteja muito bem constituída. Tem encaminhamentos, mas não tem uma coisa interligada”* (E32, mulher, 22 anos).

Pesquisas indicam que há encaminhamentos adequados feitos pelos profissionais. O fato é que, geralmente, eles são insuficientes para a produção de um cuidado integral, configurando-se mais como uma tentativa de livrar-se dos casos do que de efetivamente construir uma proposta assistencial (HASSE & VIEIRA, 2014; SCHRAIBER et al, 2012).

O que se estabelece então, não é articulação em rede, mas sim um fluxo de encaminhamentos.

Como vimos anteriormente, cada um dos setores constrói seus próprios fetiches, procedimentos que tomam como capazes de, por si só, cuidar das mulheres em situação de violência: a saúde tem as notificações, a assistência social, os encaminhamentos, a segurança pública, os BO e o setor jurídico, as medidas protetivas.

O fetiche da rede intersetorial é o fluxo de encaminhamentos. Produção imaginária dos profissionais, eles acreditam que fluxos são capazes de organizar o

trabalho em rede e/ou que a rede do município não funciona porque não há fluxos estabelecidos: *“Tem que ter um fluxo claro pra todo mundo. Chegou uma mulher ela foi atendida, você percebeu que é uma violência, você sabe o que fazer depois”* (E2, mulher, 57 anos); *“A gente vem tentando fazer fluxos de referência e contra referência porque não existe um procedimento padrão”* (E5, mulher, 55 anos).

A fantasia dos profissionais é que um fluxo vá facilitar o trabalho em rede porque deterá as mudanças frequentes que ocorrem nos serviços devido a questões políticas, trocas de gestão e saída de profissionais: *“Essas orientações já foram passadas e muitas vezes. Agora com esta história de mudança vou ter que começar novamente a mudar isso”* (E7, mulher, 31 anos).

Tal fato gera grande desmotivação nos profissionais que se sentem impotentes diante da complexidade dos casos de violência e com grande descrédito nas instituições.

Porém, o trabalho em rede tem uma plasticidade que é exatamente oposta à noção de fluxos pré-estabelecidos. Isso porque uma de suas propriedades, que Costa (2003) chama de ‘horizonte crítico’ (ou infinito) é a incapacidade de um determinado ponto conhecer completamente as possibilidades de composição da rede devido a sua inquietante plasticidade (COSTA, 2003).

Não existente à priori e diante da incapacidade dada pelo horizonte infinito, a rede se conforma sempre de acordo com o que é demandado, valorizando a noção de processo - contexto no qual criatividade e compreensão são mais importantes do que certeza e predição (WHITAKER, 2003).

Além disso, a horizontalidade das redes pressupõe inúmeros caminhos possíveis, não existindo uma única forma para ir de um ponto a outro. Segundo Costa (2003) é exatamente essa liberdade de estabelecer conexões que gera sua potência. Da mesma forma, é isso que impede o desmantelamento da rede quando há perda de contatos já que o sistema consegue se reorganizar porque existem outras possibilidades de caminho.

Acreditamos ser fundamental haver uma decisão do poder público em fomentar e garantir a sustentabilidade das redes intersetoriais, com ações permanentes de educação, supervisão e avaliação. Da mesma forma, o estabelecimento de acordos locais, de fluxos específicos é importante.

Mas eles devem ser utilizados como dispositivos, como facilitadores de encontros, ou seja, precisam vir acompanhados de discussões éticas, de um

trabalho contínuo de revisão, de processos compartilhados e contínuos para a sua constante (re)construção.

Durante a realização da pesquisa algo que chamou muito atenção foi a quantidade de queixas dos profissionais acerca do setor de saúde mental do município: Eles afirmam que só há vagas nos CAPS e que não existe nenhuma abertura para diálogo no sentido de compor com os outros serviços e setores: *“Saúde mental a gente não tem apoio de jeito nenhum”* (E5, mulher, 55 anos); *“Nunca tem vaga, só se estiver em surto. Não tem! Não tem, não tem, não tem. Várias pacientes nossas mulheres não tem aonde ir. Só se surtar”* (E12, mulher, 34 anos).

Atendimento psicológico é raríssimo. É muito difícil ter. Sempre escrevo no encaminhamento: 'solicito avaliação psiquiátrica e continuidade de atendimento psicológico', mas atendimento psicológico não existe. Eu já sei. Não existe pra ninguém, nem pra criança, nem pra mulher (E7, mulher, 31 anos).

Em contrapartida, os profissionais que trabalham no serviço de saúde mental estudado também se mostraram bastante alienados tanto das questões de violência contra as mulheres, quanto da construção da rede intersetorial: *“Tô até me sentindo desinformada sobre a rede. Talvez por não ter essa necessidade, por não ser uma coisa constante aqui no meu trabalho assim”* (E17, mulher, 31 anos).

Como já foi relatado, tentamos estabelecer contato com o gestor de saúde mental do município visando entender como a questão da violência está inserida nos serviços e como se dá a participação dos mesmos na construção da rede intersetorial. Mas ele não nos concedeu uma entrevista.

Todos esses processos descritos pelos profissionais - comunicação falha, desconhecimento mútuo, falta de responsabilização - gera a chamada Rota Crítica, fenômeno descrito pela OPAS que se refere à busca de ajuda pelas mulheres sem resolução e que causam revitimização (OPAS, 1998).

Quando questionados sobre se esse fenômeno ocorria no município, muitos profissionais afirmaram que sim: *“Eu tenho certeza que isso deve estar acontecendo, principalmente porque as informações sobre pra onde encaminhar andam muito desconstruídas”* (E2, mulher, 57 anos); As pessoas chegam cansadas, não foi nem ouvida. Eu percebo que muitas mulheres desistiram de sair da violência por não terem tido apoio, não ter sido ouvidas (E31, mulher 55 anos).

Acho que sim, que acontece essa rota crítica. Já teve relatos de mulheres dizerem que não se sentem de fato ajudadas, protegidas. Ou que alguma coisa, realmente, é feita pra ajudar a mudar a situação. Elas relatam que é isso, que elas se sentem expostas, não se sentem devidamente ouvidas, acolhidas (E17, mulher, 31 anos).

A rota crítica, conceito que remete à imagem das escadas que não levam a lugar nenhum do pintor Escher²⁵, indica a qualidade ou não de uma rede. Considerada como uma violência de Estado, por ser produzida pela negligência de seus representantes, segundo pesquisas, ela é bastante frequente nas redes intersetoriais (SANTOS, 2015; SCHRAIBER et al., 2012; MENEGHEL et al., 2011).

Uma das profissionais entrevistadas relatou um caso que ocorreu na casa abrigo do município – o mesmo que foi denunciado ao Ministério Público - , reconhecendo-o como uma rota crítica:

Ela buscou todos os órgãos, foi até a prefeitura falar com a prefeita. Ela foi ignorada pelos órgãos. Ela não teve apoio pra arrumar moradia, procurar um emprego, ter uma cesta básica, A coisa foi muito feroz, tanto que ela retornou com o agressor até hoje (E25, mulher, 69 anos).

Para tentar sanar tais problemas, além dos já citados fluxos de encaminhamentos, os profissionais se referem a algumas outras alternativas que acreditam serem importantes.

Para alguns, como já referimos anteriormente, a existência de um centro de referência para o atendimento às mulheres, em que estivessem presentes todos os serviços, seria fundamental: *“Eu acho que teria que ter um centro de referência que tivesse uma equipe técnica e todo mundo das diferentes instâncias no mesmo lugar”* (E5, mulher, 55 anos);

Sabe, ela está numa situação de vulnerabilidade. Tudo o que ela não quer é ficar pegando moto táxi aqui e vai ali, sabe? Então, vai atrás de 2, 3, 4 serviços. Conta a mesma história 2, 3, 4 vezes. Quer dizer, é muito desgastante. Seria ÓTIMO se ela pudesse resolver tudo num prédio só. Sabe, sair dali, tomar um café quente antes de ir embora. Entendeu? É isso que eu gostaria de conseguir, que funcionasse nesse sentido. Cada mulher que fosse lá tivesse a certeza de que só não vai funcionar se ela não quiser (E23, mulher).

²⁵ "Relatividade" - litografia de impressão do artista holandês MC Escher, impressa pela primeira vez em dezembro de 1953.

Santos (2015) afirma que, se por um lado a criação de serviços específicos pode aumentar a qualidade do atendimento oferecido e o potencial de resposta às necessidades das mulheres, por outro, tende a desobrigar o restante dos serviços - não exclusivos - a um olhar diferenciado para a questão da violência.

Muitos profissionais alegam existirem poucos serviços básicos no município: *“Não adianta você criar especialistas se você não tem o generalista. Se tivesse mais PSF não precisava chegar na UPA”* (E31, mulher, 55 anos).

A gente tá muito fechado na violência grave. Assim, fazendo uma analogia com a saúde, tem um posto, serviço de caráter secundário, o hospital. É como se eu tivesse construído o hospital, mas não tivesse construído o posto (E30, mulher, 36 anos).

A questão não é que eles não existam – eles existem como já vimos. O fato é que essa desobrigação, referida por Santos (2015) já ocorre. Não sabemos se como causa ou consequência disso, ainda há uma inabilidade em tais serviços em lidar com a questão da violência, seja porque ela fica invisibilizada devido a sua naturalização, seja porque há poucos recursos humanos e sobrecarga de trabalho (SCHRAIBER et al., 2012).

Esse fenômeno acaba fragilizando os serviços específicos que não tem como funcionar sem um bom alicerce, seja para a composição de redes de enfrentamento à violência, seja para que a violência seja prevenida ou, se identificada, as mulheres cuidadas antes de chegarem até eles:

Tem a Casa Abrigo, só que os serviços de apoio pra ela retomar a vida não funcionam bem. Cadê uma oficina pra essa mulher? Cadê grupos específicos pra essa mulher? Cadê esse trabalho com a mulher como um todo. Não tem. Não tem nada de profissionalização. Se você for falar com eles, eles vão falar que tem. Mas na prática não tem. Não tem mesmo” (E1, mulher, idade não informada).

De fato, segundo Martinho (2001), um conjunto de elementos dispersos, mesmo que muito potentes, não representa nada. É o relacionamento entre eles pontos que dá qualidade de rede ao conjunto. No caso da violência, é a articulação entre os serviços – básicos, especializados e específicos – que garante um cuidado integral às mulheres.

7. Considerações finais

*Se quero o outro comigo, fraco, cansado, louco,
Tenho que deixar sempre abertas as portas do meu coração.
Cem vezes terei que ampará-lo, quando repetidamente,
Fraquejar o ritmo de suas pernas.
Mil vezes terei que parar para que ele possa descansar.
O que nos testa no amor não é o grau de dificuldade,
mas sim, a sua repetição.*

Marcus Vinicius Oliveira

Até o início dos anos 2000 a DDM e as Casas Abrigo eram as principais respostas dos governos à questão da violência contra as mulheres. Com a criação da SPM em 2003 e a promulgação da Lei Maria da Penha em 2006 esse cenário começou a mudar. Políticas públicas de enfrentamento à violência foram ampliadas e passaram a prever ações de prevenção, garantia de direitos e responsabilização dos autores da violência.

Um dos maiores desafios para a sua efetivação é a construção e o aprimoramento de articulações que garantam a identificação das situações e a produção de um cuidado integral para as mulheres.

As redes intersetoriais, estratégia que prevê essa articulação entre os diversos serviços e setores para a produção de um cuidado integral às mulheres em situação de violência, vêm sendo estudadas visando conhecer suas estruturas e as dinâmicas envolvidas em sua construção.

Nesta pesquisa, além de conhecer a configuração do trabalho em rede desenvolvido no município, visamos identificar seu potencial para favorecer a emancipação das mulheres, seja intervindo, interrompendo ou superando a violência que vivem. Para isso, analisamos os processos de trabalho desenvolvidos em cada um dos serviços e setores que atendem mulheres em situação de violência.

Em sua grande maioria, as práticas de cuidado produzidas ainda estão prioritariamente centradas em procedimentos, ofertados pelos profissionais, demandados pelas mulheres e tomados por ambos como sendo efetivamente o cuidado que necessitam.

A lógica que rege parte dos serviços não favorece a emancipação das mulheres, pois dá ênfase à família ou à sua relação com o autor da violência. Há pouca ou nenhuma ação para além das questões individuais, perdendo-se a dimensão de que, assim como a gênese da violência tem origens sociais, o seu enfrentamento também precisa abordar os aspectos envolvidos em sua produção e reprodução.

Em muitos serviços as práticas estão cercadas de preconceitos de gênero que prejudicam as condições de acolhimento, escuta e diálogo que poderiam ser estabelecidos entre profissionais e mulheres. Além disso, processos de trabalho burocráticos, fragmentados e destituídos de sentido impossibilitam que os encontros vividos tenham potência de produzir transformações.

As ações preventivas, que deveriam abordar as causas da violência, ainda são escassas no município. Os serviços gerais não as fazem alegando sobrecarga devido à ausência de profissionais, gerando a sobrecarga dos serviços especializados e específicos.

A sociedade civil organizada através de movimentos sociais e controle social não exerce seu papel de fiscais e a inexistência de pressão política mantém as coisas como estão.

Nesse contexto, muitas práticas de cuidado que se propõem a serem emancipadoras, acabam por reproduzir a lógica da violência através de dominação, cerceamento e objetificação, ao invés de superá-la.

Isolados, sobrecarregados e atuando de forma fragmentada, sentimentos de importância e desamparo diante da complexidade dos casos de violência invadem a mente dos profissionais. Desvinculados de representação tais sentimentos são vividos como dor, sofrimento e medo, o que aumenta a impermeabilidade deles aos encontros e construções compartilhadas.

O processo de trabalho em rede padece dos mesmos problemas – alienados de seu trabalho e tomados por preconceitos e emoções de difícil processamento, o uso das tecnologias relacionais necessárias para a produção da articulação intersetorial fica em segundo plano no cotidiano dos profissionais, que tendem a estabelecer frágeis fluxos de encaminhamentos.

Assim, apesar da grande quantidade de serviços existentes no município e mesmo, de haver qualidade técnica em muitos deles, não há o que podemos entender como uma rede, essa articulação que ampara e acolhe tanto às mulheres

em situação de violência, quanto aos trabalhadores que atuam em tais serviços. Afinal, redes se estabelecem a partir de vínculos e não de fetiches.

Os dispositivos que favorecem a produção do cuidado dentro de cada um dos serviços – discussões de caso, apoio matricial, supervisões, reuniões - são os mesmos que possibilitariam a articulação em rede já que, por agenciarem encontros, são potencializadores de ações coletivas.

Para que tais dispositivos sejam utilizados em sua potência, entretanto, é preciso que haja espaço interno, hospitalidade para receber o outro que chega para esse encontro.

Essa hospitalidade, porém, é alimentada exatamente pelos próprios encontros, pela hospitalidade oferecida pelo outro. É essa função de acolher que cria a condição de refletir e construir a capacidade de acolher as próprias experiências emocionais. Nesse interjogo de receber e ser recebido, acolher e ser acolhido, hospedar e ser hospedado é que ambos poderão, se produzir e reconhecer enquanto sujeitos. E é essa condição que torna possível não apenas suportar a frustração, a impotência, o ‘não-conhecimento,’ mas, principalmente, reconhecer sua presença irrecusável e (con)viver com ela.

Exatamente devido ao seu caráter eminentemente democrático, aberto e emancipatório, as redes também devem ser entendidas como um dispositivo para a criação de encontros. Quanto mais criação, maiores as possibilidades dos profissionais se sentirem sujeitos na construção do seu trabalho e, portanto, capazes produzir cuidado.

O próprio processo de articulação de uma rede é o resultado que se espera produzir e, por isso mesmo ela traz embutida em seus princípios e procedimentos, o exercício da transformação a que se propõe.

Processos de trabalho dialógicos, a partir da hospitalidade – sejam para produzir cuidado ou articulação – possuem a potência de transformar a perversa e costumeira relação de coisificação usual das nossas relações, dando lugar a uma interação entre diversidades de subjetividades.

A relação que se estabelece deixa de ter uma motivação meramente instrumental ou utilitária e passa a existir pelo ‘quem somos um para o outro’. Nesse encontro, em que há uma afetação mútua, reside a produção do cuidado integral – seja entre mulheres e profissionais, seja entre profissionais e profissionais, ou seja, entre serviços.

Sendo assim, podemos afirmar que a produção do trabalho em ato tende a ‘desalienar’ o trabalhador e, portanto, além da potência de construir um cuidado integral para mulheres, também tem a potência de cuidar dos próprios profissionais.

Para o trabalho com mulheres em situação de violência, essa dinâmica ganha ainda mais sentido. A violência é a negação da condição de sujeito das mulheres, alijando-as de seus referenciais de linguagem, de lugar e sentido social de si e das possibilidades de interação. Sendo assim, trabalhar para enfrentar a violência pressupõe a potencialização da escuta e a construção coletiva em ato.

A preeminência do trabalho vivo nos processos de trabalho através do uso de tecnologias relacionais possibilita a construção do cuidado integral e o resgate da condição de sujeito de usuários e trabalhadores. Por isso ela é fundamental para o trabalho com situações de violência, por combater a anulação do outro.

Diálogo e acolhimento sempre são uma possibilidade de lidar com a violência. Emancipação diz respeito a isso: renunciar ao controle dos outros e responsabilizar-se pela própria vida. Transferindo essa lógica para as relações de afeto, o processo de emancipação de sujeitos e coletivos, possibilita a tomada de consciência sobre o mundo em que se vive.

Esse autoconhecimento permite que relações possam ser estabelecidas de uma nova forma, sem que haja domínio e/ou alienação de quem são: “*A presença do Outro – heteronomia privilegiada – não fere a liberdade, mas a investe*” (LÉVINAS, 2010).

Referências bibliográficas

- AGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1995.
- ARENDT, H. **A Condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2001.
- ARENDT, H. **Sobre a violência**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2009.
- ARILHA, M & BERQUÓ, E. Cairo + 15: trajetórias globais e caminhos brasileiros em saúde reprodutiva e direitos reprodutivos. In: ABEP. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo**. Campinas: ABEP; UNFPA, 2009.
- ASSIS, M.B.C. **Da hospitalidade intersubjetiva à hospitalidade intrasubjetiva**. Trabalho apresentado em reunião científica da SBPRP, 05/11/2005.
- AVELAR, L. Mulher e política em perspectiva. In: VENTURI, G. & GODINHO, T. (org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP, 2013.
- ÁVILA, M.B. & CORRÊA, S. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In: GALVÃO, L. & DÍAZ, J. (org.). **Saúde sexual e reprodutiva no Brasil: dilemas e desafios**. São Paulo: Hucitec; Population Council, 1999.
- AVRITZER, L. Sociedade civil, instituições participativas e representação: da autoridade à legitimação da ação. **DADOS – Revista de Ciências Sociais**, Rio de Janeiro, vol. 50, nº 3, 2007, pp. 443-464.
- AYRES, J.R.C.M. Organização das ações da atenção a saúde: modelos e práticas. **Saúde e Soc.** 2009; 18 (supl 2): 11-22.
- BALINT, M. **O médico, seu paciente e a doença**. São Paulo: Athenea, 1984.

- BARALDI, A.C.P; ALMEIDA, A.M; PERDONÁ, G.C; VIEIRA, E.M. Violência contra a mulher na rede de atenção básica. O que os enfermeiros sabem sobre o problema? **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.** Recife 12 (3): 307-318 jul./set., 2012.
- BARBOSA, L.B; DIMENSTEIN, M; LEITE, J.F. Mulheres, violência e atenção em saúde mental: questões para (re)pensar o acolhimento no cotidiano dos serviços. (2014). **Avances em Psicologia Latinoamericana**, 32(2), 309-320.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1992.
- BARSTED, L.L. & HERMANN, J. **As mulheres e os direitos civis**. Rio de Janeiro: CEPIA, 1999.
- BARSTED, L.L. & PITANGUY, J. (Coord.). **Violência contra a mulher e acesso à justiça. Estudo comparativo sobre a aplicação da Lei Maria da Penha em cinco capitais. Relatório Final**. Rio de Janeiro: CEPIA, 2013.
- BARSTED, L.L. & PITANGUY, J. (Org.). **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2011**. Rio de Janeiro: CEPIA; Brasília: ONU Mulheres, 2011.
- BARSTED, L.L. Lei Maria da Penha: uma experiência bem sucedida do advocacy feminista. In: CAMPOS, C.H. (Org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- BASTOS, E.N.E; MEDEIROS, J.A; AMARAL, M.E.S; MAERSCHNER, R.L. O desenvolvimento do papel de apoiador institucional em Fortaleza, Ceará. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- BATISTA, K.B.C. Violência contra a mulher e programa de saúde da família: a emergência da demanda na visão dos profissionais. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (org.). **Gênero e saúde: Programa de Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO; Brasília: UNFPA, 2005.
- BEAUVOIR, S. **O segundo sexo**. São Paulo: DIFEL, 1960.

- BERENSTEIN, I. Notas sobre la violencia. **Psicoanálisis APdeBA** – Vol XXII – Nº 2 – 2000.
- BIGLIA, B. & SAN MARTIN C. (Coord.). **Estado de wonderbra. Entretejiendo narraciones feministas sobre las violencias de género**. Barcelona: Virus Editorial, 2007.
- BION, W. **Atenção e interpretação**. Rio de Janeiro: Imago, 1973.
- BITENCOURT, C.R. **Tratado de direito penal**. 6ª ed. São Paulo: Saraiva, 2012.
- BLAY, E.A. Violência contra as mulheres e políticas públicas. **Estudos avançados** 17(49), 2003.
- BOBBIO, N; MATTEUCCI, N; PASQUINO, G. **Dicionário de política**. Trad. VARRIALE, C.C. et al. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1998 vol. 1.
- BOCK, A.M.B. (Org.). **A perspectiva socio histórica na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- BOFF, L. **Virtudes para um outro mundo possível, vol. I: hospitalidade: direito e dever de todos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.
- BOURDIEU, P. **A Dominação masculina**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1995.
- BRANDÃO, C.R. O outro, o amor, a vida: alguns fragmentos de ideias e de sentimentos. In: BETTO, F; MENESES, A.B; JENSEN, T. (Org.). **Utopia urgente: escritos em homenagem a Frei Carlos Josaphat nos seus 80 anos**. São Paulo: Casa Amarela; EDUC, 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Código Penal Brasileiro. Decreto Lei nº 2.848: promulgado em 07 de dezembro de 1940. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1940.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003a.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 05 de outubro de 1988. São Paulo: Saraiva, 2009a.

BRASIL. Decreto-lei nº 3689 de 3 de outubro de 1941. Institui o Código de Processo Penal. **Diário Oficial da União**, Rio de Janeiro, 1941.

BRASIL. **Legislação da mulher**. 6. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Edições Câmara, 2014a.

BRASIL. Lei 11.340 de 7 de Agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Lei complementar nº 75, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a organização, as atribuições e o estatuto do Ministério Público da União. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1993a.

BRASIL. Lei nº 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, 24 de novembro de 2003b.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 de setembro de 1990.

BRASIL. Lei Nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 7 de dezembro de 1993b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações programáticas estratégicas. Área técnica de saúde da mulher. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3.ed.atual.e ampli, Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Política nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de análise de situação de saúde. **Viva: Instrutivo de notificação de violência doméstica, sexual e outras violências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012c.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. **Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS**. Brasília: MDS, 2006b.
- BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome. **Política Nacional de Assistência Social/2004. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS**. Brasília: MDS, 2009b.
- BRASIL. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011b.
- BRASIL. **Políticas públicas para as mulheres**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012d.
- BRASIL. Portaria nº 485 de 1º de abril de 2014. Redefine o funcionamento do Serviço de Atenção às Pessoas em Situação de Violência Sexual n âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014b.
- BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília: SEPM, 2005.
- BRASIL. **Relatório Trimestral Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2012e.
- BRASIL. Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2012f.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para as mulheres. **Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, 2011c.

- BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. UNODC – Escritório das Nações Unidas Sobre Drogas e Crime. **Norma Técnica de Padronização das Delegacias Especializadas de Atendimento às Mulheres – DEAMs**. Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2010.
- BRASIL. Secretaria de Políticas para Mulheres. **Diretrizes nacionais para abrigo de mulheres em situação de risco e de violência**. Brasília: SPM, 2011.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Segurança Pública. Ministério da Justiça. **Relatório de Implantação do Sistema Único de Segurança Pública**. Brasília: Ministério da Justiça, 2007.
- BRASIL. Senado Federal. Comissão Parlamentar Mista de Inquérito. “Com a finalidade de investigar a situação da violência contra a mulher no Brasil e apurar denúncias de omissão por parte do poder público com relação à aplicação de instrumentos instituídos em lei para proteger as mulheres em situação de violência”. **Relatório final**. Brasília: Senado Federal, 2013.
- BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C. & MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre: Artmed, p. 21-29, 2005.
- BROIDE, J. O atendimento de uma família: da privatização do dano à palavra e ao efeito da escrita. **Revista da Associação Psicanalítica de Porto Alegre**, v. 47, p. 148-154, 2014.
- BRUSCHI, A; PAULA, C.S; BORDIN, I.A.S. Lifetime prevalence and help seeking behavior in physical marital violence. **Rev Saúde Pública** 2006, 40 (2): 256-64.
- BUBER, M. **Eu e Tu**. São Paulo: Centauro, 2001.
- BUTLER, J. **Problemas de gênero. Feminismo e subversão da identidade**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2013.
- CAMPOS, C.H. (Org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- CAMPOS, G.W.S. A mediação entre conhecimento e práticas sociais: a racionalidade da tecnologia leve, da práxis e da arte. **Ciência e Saúde Coletiva**, 16(7): 3033-3040, 2011.

- CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e cogestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo: Hucitec, 2000.
- CAMPOS, G.W.S; CHAKOUR, M; SANTOS, R.C. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(1): 141-144, jan-mar, 1997.
- CAPRA, F. **A teia da vida – uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix/Amana-Key, 2001.
- CAPRA, F. **As conexões ocultas – ciência para uma vida sustentável**. São Paulo: Cultrix/Amana-Key, 2002.
- CARREIRA, D. & PANDJIARJIAN, V. **Vem pra roda! Vem pra rede!: Guia de apoio à construção de redes de serviços para o enfrentamento da violência contra a mulher**. São Paulo: Rede Mulher de Educação, 2003.
- CATOIA, C.C. & SEVERI, F.C. Reflexões sobre o constitucionalismo brasileiro a partir do recorte de gênero. In: PONZILACQUA, M.H.P. (org.). **Violência doméstica, agressão sexual e direito: da constatação ao enfrentamento pela perspectiva transdisciplinar**. Curitiba: CVR, 2013.
- CATTANEO, L.B; DUNN, J.L; CHAPMAN, A.R. The Court Impact Scale: A tool for evaluating IPV victims' experience in court. **J Interpers. Violence** 2013 28: 1088.
- CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(3):469-478, jul-set, 1997.
- CHOUKR, F.H. Da inaplicabilidade da Lei 9.099/1995 – artigos 41 a 46. In: CAMPOS, C.H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- COHN, A. & ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 5. ed. São Paulo: Cortez: CEDEC, 2003.
- COSTA, A.M. Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K. & COSTA, S.H. (org.). **Questões da saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

- COSTA, D.A.C; MARQUES, J.F; MOREIRA, K.A.P; GOMES, L.F.S; HENRIQUES, A.C.P.T; FERNANDES, A.F.C. Assistência multiprofissional à mulher vítima de violência: atuação de profissionais e dificuldades encontradas. **Cogitare Enferm.** 2013 Abr/Jun; 18(2): 302-9.
- COSTA, J.F. A ética democrática e seus inimigos. In: BUARQUE, C. et al. (Org.). **O desafio ético**. Rio de Janeiro: Garamond, 2001.
- COUTO, B.R; YAZBEK, M.C; SILVA E SILVA, M.O. (Org.). **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez, 2014.
- COUTO, M.C.V. & DELGADO, P.G.G. Intersetorialidade: uma exigência da clínica com crianças na Atenção Psicossocial. Considerações preliminares. In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E. & TANAKA, O.Y. (org.). **Atenção em saúde mental para crianças e adolescentes no SUS: contribuições para uma prática responsável**. Hucitec: São Paulo, 2010.
- CUNHA, G.T. & DANTAS, D.V. Uma contribuição para a co-gestão da clínica: grupos Balint-paidéia. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- D'OLIVEIRA, A.F.L.P. & SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **Rev. Med** (São Paulo). 2013 abr.-jun; 92(2):134-40.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Health care and education: a discussion of power in women's health care. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.4, 1999.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B. Identificando possibilidades e limites do trabalho em rede para a redução da violência contra a mulher: estudo em três capitais brasileiras. **Relatório de pesquisa**. São Paulo: FMUSP, 2006.
- D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B; HANADA, H; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero – uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4): 1037-1050, 2009.
- DA MATA, R. O ofício do etnólogo, ou como ter “Anthropological Blues”. In: NUNES, E.O. (org.). **A aventura sociológica. Objetividade, paixão, improviso e método na pesquisa social**. Rio de Janeiro, Zahar editores, 1978.

- DAY, V.P; TELLES, L.E.B; ZORATTO, P.H; AZAMBUJA, M.R.F; MACHADO, D.A; SILVEIRA, M.B; DEBIAGGI, M; REIS, M.G; CARDOSO, R.G; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Revista de Psiquiatria**. Rio Grande do Sul, 25 (suplemento 1): 9-12, abril 2003.
- DE FERRANTE, F.G; SANTOS, M.A; VIEIRA, E.M. Violence against women: perceptions of medical doctors from primary healthcare units in the city of Ribeirão Preto, São Paulo. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.31, p.287-99, out./dez. 2009.
- DEBERT, G.G. & OLIVEIRA, M.B. Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a violência doméstica. **Cadernos Pagu** (29), junho-dezembro de 2007. 305-337.
- DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- DERRIDA, J. **Adeus a Emmanuel Lèvinas**. São Paulo: Perspectiva, 2013.
- DERRIDA, J. **Anne Dufourmantelle convida Jacques Derrida a falar Da Hospitalidade**. São Paulo: Escuta, 2003.
- DUTRA, M.L; PRATES, P.L; NAKAMURA, E; VILLELA, W.V. A configuração da rede social de mulheres em situação de violência doméstica. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(5):1293-1304, 2013.
- ELLSBERG, M. C. **Candies in hell. Research and action on domestic violence against women in Nicaragua**. Umea/Suecia, Umea University, 2000.
- EMERBAYER, M. & GOODWIN, J. Network analysis, culture, and the problem of agency. **Am. J. Sociol.**, v.99, n.6, p.1411-53, 1994.
- FALEIROS, J.M; MATIAS, A.S.A; BAZON, M.R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos com base em informações do setor educacional. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2):337-348, fev., 2009.
- FARAH, M.F.S. Gênero e políticas públicas. **Estudos feministas**, Florianópolis, 12(1): 360, janeiro-abril/2004.
- FAÚNDES, A; DUARTE, G.A; OSIS, M.J.D; ANDALAF NETO, J. Variações no conhecimento e nas opiniões dos ginecologistas e obstetras brasileiros sobre o aborto legal, entre 2003 e 2005. **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2007; 29(4):192-9.

- FERREIRA, A.B.H. **Dicionário Aurélio da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1984.
- FIGUEIREDO, M.D. & FURLAN, P.G. O subjetivo e o sociocultural na produção de saúde e autonomia. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FOUCAULT, M. **A história da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1972.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P. & DREYFUS, H.L. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1995.
- FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (Org.). **Construção social da demanda. Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.
- FUNARI, P.P.A. **Grécia e Roma**. São Paulo: Contexto, 2002.
- GARCIA-MORENO, C; HEGARTY, K; D'OLIVEIRA, A. F. L; KAZIOL-MADAIN, J; COLOMBINI, M; FEDER, G. The health systems response to violence against women. **The Lancet Series**. November 2014.
- GARCIA-MORENO, C; JANSEN, H.A.F.M; ELLSBERG, M; HEISE, L; WATTS, C. WHO-Multi Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. **LANCET** 2006; 368:1260-69.
- GILLIS, S; HOWIE, G; MUNFORD, R. **Third wave feminism: a critical exploration**. New York: Palgrave Macmillan, 2007.
- GOMES, N.P; BOMFIM, A.N.A; DINIZ, N.M.F; SOUZA, S.S; COUTO, T.M. Percepção dos profissionais da rede de serviços sobre o enfrentamento da violência contra a mulher. **Rev. Enferm. UFRJ**, Rio de Janeiro, 2012.

- GRANJA, E. & MEDRADO, B. Homens, violência de gênero e atenção integral em saúde. **Psicologia & Sociedade**; 21(1): 25-34, 2009.
- GREGORI, M.F. Delegacias de Defesa da Mulher de São Paulo e as instituições: paradoxos e paralelismos. In: GREGORI, M.F; DEBERT, G.G; PISCITELLI, A. (Org.). **Gênero e distribuição de justiça: as delegacias da mulher e a construção das diferenças**. Campinas: PAGU, 2006, v.1.
- GROSSI, P.K; PEDERSEN, J.R; VICENSI, J.G; ALMEIDA, S.M.A.F. (2012). Prevenção da violência contra mulheres: desafios na articulação de uma rede intersetorial. **Athenea Digital** – 12(3): 267-277.
- GUATTARI, F & ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. 12. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular. Pulsações políticas do desejo**. São Paulo: Brasiliense, 1987.
- HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989.
- HABERMAS, J. O conceito de poder de Hanna Arendt. In: FREITAG, B & ROUANET, S.P. (Org.). **Habermas**. São Paulo: Editora Ática, 1993.
- HAESLER, L.A. (2013) Improving Service Practices: Collaborative Care for Women of Abuse, **Journal of evidence-based social work**, 10:1, 10-18.
- HAGUE, G. & MULLENDER, A. Who listens?: the voices of domestic violence survivors in service provision in United Kingdom. **Violence Against Women**. (Thousand Oaks, California). 2006; 12(6): 568-87.
- HANADA, H; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Os psicólogos na rede de assistência a mulher em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010.
- HARAWAY, D. "Gênero" para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu** (22) 2004: pp, 201-246.
- HASSE, M. & VIEIRA, E.M. Como os profissionais de saúde atendem mulheres em situação de violência? Uma análise triangulada de dados. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 28, n. 102, p. 482-492, jul-set 2014.

- HEERDT, S.W. Das medidas protetivas de urgência à ofendida – artigos 23 e 24. In: CAMPOS, C.H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- HELLER, A. **Sociologia de la vida cotidiana**. Barcelona: Península, 2002.
- INOJOSA, R.M. Redes de compromisso social. **Revista de Administração Pública**. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 33(5): 115-41, setembro/outubro 1999.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). <http://www.ibge.gov.br/home/>. Acessado em 13/09/2015.
- JELIN, E. Mulheres e direitos humanos. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 1(2): 117-149, 1 semestre, 1994.
- JODELET, D. Os processos psicossociais da exclusão: In: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- JOSEPH, B. Identificação projetiva. Alguns aspectos clínicos. In: SPILLUS, E. **Melanie Klein hoje**. Rio de Janeiro: Imago, 1991. p.p. 146-158.
- KAWULICH, B.B. Participant observation as a data collection method. **Forum: qualitative Social Research**. Volume 6, nº 2, art. 43 – may 2005.
- KEHL, M.R. **Deslocamentos do feminino**. 2. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2009.
- KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al. (Org.) **Dicionário Crítico do Feminismo**. São Paulo: Editora UNESP, 2009.
- KISS, L.B. & SCHRAIBER, L.B. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(3): 1943-1952 2011.
- KISS, L.B; SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.485-501, set/dez 2007.
- KLEIN, M. **Inveja e gratidão e outros trabalhos (1946 –1963)**. Rio de Janeiro: Imago, 1991.

- KRUG, E.G; DAHLBER, L.L; MERCY, J.A; ZWI, A.B; LOZANO, R. **WHO Report on Violence and Health**. Genebra: World Health Organization, 2002.
- LAQUEUR, T.W. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2001.
- LAVIGNE, R.M.R. & PERLINGEIRO, C. Das medidas protetivas de urgências – artigos 18 a 21. In: CAMPOS, C.H. (Org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- LEVCOVITZ, E; LIMA, L.D; MACHADO, C.V. Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 269-291, 2001.
- LÈVINAS, E. **Entre nós. Ensaios sobre a alteridade**. Petrópolis: Vozes, 2010.
- LIMA, F.R. Da atuação do Ministério Público – artigos 25 e 26. In: CAMPOS, C.H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- LIMA, F.R. A renúncia das vítimas e os fatores de risco à violência doméstica: da construção à aplicação do art. 16 da Lei Maria da Penha. Dos procedimentos – artigos 13 a 17. In: SANTOS, C. & LIMA, F.R. **Violência Doméstica: Vulnerabilidades e Desafios na Intervenção Criminal e Multidisciplinar**. Rio de Janeiro: Ed. Lumen Juris, 2010.
- LISBOA, T.K; & PINHEIRO, E.A. A intervenção do Serviço Social junto à questão da violência contra a mulher. **KATÁLYSIS**. (Florianópolis). 2005; 8(2): 199-210.
- LOPES, H.E.G. & MORAES, L.F.R. Redes e organizações: algumas questões conceituais e analíticas.
- LUDEMIR, A.B; SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; FRANÇA-JUNIOR, I; JANSEN, H.A. Violence against women and common mental disorders. **Social Science & Medicine** 66 (2008) 1008-1018.
- LUTZ, W. **Planning and organizing a health survey: community surveys: a practical guide for health workers**. Geneva: International Epidemiological Association and WHO, 1981.

- MACHADO, L.Z. Atender vítimas, criminalizar violências: dilemas das delegacias da mulher. **Série antropologia**. Brasília: UNB, (319), 2002, p.02-23.
- MARTINHO, C. & COSTA, L. (Coord.). **Redes – uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. Brasília: WWF, 2003.
- MARTINHO, C. Algumas palavras sobre redes. In: SILVEIRA, C.M. & REIS, L.C (org.). **Desenvolvimento local: dinâmicas e estratégias**. Rio de Janeiro: Rede dlis, 2001.
- MARX, K. **O capital**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1980.
- MARX, K. **Para a crítica da economia política**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.
- MASSULA, L. A violência e o acesso das mulheres à justiça: o caminho das pedras ou as pedras do (no) caminho. In: DINIZ, C.S.G; SILVEIRA, L.P; MIRIM, L.A.L. (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contras as mulheres no Brasil. Alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.
- MATTAR, L.D. Reconhecimento jurídico dos direitos sexuais – uma análise comparativa com os direitos reprodutivos. **SUR - Revista Internacional de Direitos Humanos**. São Paulo, 5(8): 61-83, junho, 2008.
- MATTOS, R.A; BAPTISTA, T.W.F. (Org.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: ENSP. IMS. FAPERJ, agosto 2011.
- MAYKUT, P; MOREHOUSE, R. **Beginning qualitative research: a philosophic and practical guide**. London: Falmer Press, 1994.
- MEAD, M. **Sexo e temperamento**. São Paulo: Perspectiva, 2000.
- MEDRADO, B; LEMOS, A.R; BRASILINO, J. Violência de gênero: paradoxos na atenção a homens. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.16, n.3, p. 471-478, jul/set. 2011.
- MEHRY, E.E. Engravidando palavras. O caso da integralidade. In: FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. (Org.). **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos**. São Paulo: Hucitec, 2013.

- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.
- MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MENEGHEL, S.N; BAIROS, F; MUELLER, B; MONTEIRO, D; OLIVEIRA, L.P; COLLAZIOL, M.E. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4): 743-752, abr, 2011.
- MENEZES, P.R.M; LIMA, I.S; CORREIA, C.M; SOUZA, S.S; ERDMANN, A.L; GOMES, N.P. Enfrentamento da violência contra a mulher: articulação intersetorial e atenção integral. **Saúde Soc.** São Paulo, v.23, n.3, p.778-786, 2014.
- MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. SP, Ed. Hucitec, 1997. Cap. 2, p.71-112.
- MERHY, E.E. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M.C.S (org.); DESLANDES, S; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.
- MINAYO, M.C.S. A violência social sob a perspectiva da saúde pública. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 1994, 10 (supl. 1): 07-18.
- MINAYO, M.C.S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3): 621-626, 2012.
- MINAYO, M.C.S. Disputas científicas que transbordam pra o campo da Ética em pesquisa: entrevista com Maria Cecília de Souza Minayo. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(9):2693-2696, 2015.
- MINAYO, M.C.S. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- MOGHADAN, V.M. Transnational feminist networks. Collective action in an era of globalization. **International Sociology**. March 2000. Vol 15(1): 57-85.

- MONNERAT, G.L. & SOUZA, R.G. Política social e intersectorialidade: consensos teóricos e desafios práticos. **Ser Social**, Brasília, v. 12, n. 26, p. 200-220, jan./jun. 2009.
- MORAES, A.F. & SORJ, B. (org.). **Gênero, violência e direitos na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: 7 letras, 2009.
- NASCIMENTO, P.C.B.D. Centro de Atendimento Multiprofissional da Defensoria Pública do Estado de São Paulo – Compartilhando reflexões e experiência. In: BARROS, L.A; ALMEIDA, M.M; NASCIMENTO, P.C.B.D. **Interdisciplinaridade na Defensoria Pública. Contribuições da psicologia e do serviço social**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- NASH, C.R. **Protocolo de actuación para operadores de justicia frente a la violencia contra la mujer em el marco de las relaciones de pareja**, 2010.
- NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Estudos Feministas**, Florianópolis. v.8. n. 2, 2000.
- OLIVEIRA, E.M. Fórum Violência sexual e saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007, 23 (2): 455-458, fev.
- OLIVEIRA, G.N. O projeto terapêutico singular. In: CAMPOS, G.W.S. & GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas de atenção básica. Saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2013.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher**. Genebra: ONU, 1979.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Estatuto da Corte Internacional de Justiça**. Nova Iorque: ONU, 1945.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório da Conferência Internacional sobre população e desenvolvimento – Plataforma de Cairo**. Genebra: ONU, 1994.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. **Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher** (Convenção de Belém do Pará). Belém do Pará: OEA, 1994.

- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência**. Genebra: OMS, 2012.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Protocolo de investigación: la ruta crítica que siguen las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar**. Washington: OPAS, 1998.
- OSIS, M.J.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 14(Supl.1):25-32, 1998.
- OSIS, M.J.D; DUARTE, G.A; FAÚNDES, A. Violence among female users of health units: prevalence, perspective and conduct of managers and professional. **Rev. Saúde Pública** 2012; 46(2):351-8.
- PAIM, J; TRAVASSOS, C; ALMEIDA, C; BAHIA, L; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **LANCET Séries**, 11-31, 2011.
- PANDJIARJIAN, V. Balanço de 25 anos da legislação sobre a violência contra as mulheres no Brasil. In: DINIZ, C.S.G; SILVEIRA, L.P; MIRIM, L.A.L. (org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contras as mulheres no Brasil. Alcances e limites**. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006.
- PASCOLAT, G; SANTOS, C.F.L; CAMPOS, E.C.R; VALDEZ, L.C.O; BUSATO, D; MARINHO, D.H. Abuso físico: o perfil do agressor e da criança vitimizada. **J Pediatr** (Rio J) 2001; 77(1):35-40.
- PASINATO, W & SANTOS, C.M. **Mapeamento das delegacias da mulher no Brasil**. Campinas: UNICAP, 2008.
- PASINATO, W. Avanços e desafios na implementação da Lei 11.340/2006. In: CAMPOS, C.H. (org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2011.
- PASINATO, W. Contribuições para o debate sobre violência, gênero e impunidade no Brasil. **São Paulo em Perspectiva**, v.21, n.2, p.5-14, jul/dez.2007.
- PASINATO, W. Lei Maria da Penha. Novas abordagens sobre velhas propostas. Onde avançamos? **Civitas**. (Porto Alegre). 2010; 10(2): 216-232.

- PEDROSA, C.M. & SPINK, M.J.P. A violência contra a mulher no cotidiano dos serviços de saúde: desafios para a formação médica. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.1, p.124-135, 2011.
- PERRENOUD, P.E. **A prática reflexiva no ofício do professor: profissionais e a razão pedagógica.** Porto Alegre: Artmed, 2002.
- PIMENTA, F.F. **Políticas feministas e os feminismos na política: o Conselho Nacional dos direitos da mulher (1985-2005).** Vol. I. Tese (Doutorado). Instituto de Ciências Humanas. Universidade de Brasília, 2010.
- PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Decreto 313 de 19 de Novembro de 2013. Institui a câmara técnica municipal de implementação do pacto nacional pelo enfrentamento à violência contra a mulher na cidade de Ribeirão Preto do Estado de São Paulo e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 2013.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Lei Complementar nº 2.349 de 25 de maio de 2009. Cria a Coordenadoria Municipal da Mulher, alterando a estrutura administrativa da Secretaria Municipal de Assistência Social, constante da Lei Complementar nº 826/99 alterada pelas Leis Complementares nº 2.154 de 02 de janeiro de 2007 e nº2.341 de 07 de abril de 2009 e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Lei Ordinária nº 10.915 de 06 de setembro de 2006. Cria o Centro de Referência da Mulher em Ribeirão Preto e dá outras providências. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 2006.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Lei Ordinária nº 7.147 de 29 de agosto de 1995. Autoriza a criação de um Centro de Orientação e Atendimento a Mulher. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 1995.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. Lei Ordinária nº 8.803 de 2000. Autoriza o executivo municipal a criar, junto ao gabinete do prefeito municipal a Coordenadoria dos Direitos das Mulheres, conforme especifica. **Diário Oficial do Município de Ribeirão Preto**, Ribeirão Preto, 2000.

- PRESSER, A.D; MENEGHEL, S.N; HENNINGTON, E.A. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. **Saúde Soc.** (São Paulo). 2008; 17(3): 126-37.
- RAGO, M. **A Aventura de contar-se: feminismos, escrita de si e invenções da subjetividade.** Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2013.
- RAGO, M. Trabalho feminino e sexualidade. In: DEL PRIORE, M. (org.). **História das mulheres no Brasil.** São Paulo: Contexto, 2010.
- RÉ, A.I.M.R; & RODRIGUES, H.B.P. A Lei Maria da Penha e a polêmica sobre a necessidade ou não do início do processo penal para a aplicação das medidas protetivas. In: PONZILACQUA, M.H.P. (org.). **Violência doméstica, agressão sexual e direito: da constatação ao enfrentamento pela perspectiva transdisciplinar.** Curitiba: CVR, 2013.
- REY, L.F.G. **Pesquisa qualitativa em psicologia: caminhos e desafios.** Tradução: Marcel Aristides Ferrada. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2002.
- RIBEIRO, M.M.M. Rêverie hostil e rêverie Benigna. **Rev. Bras. Psicanálise.** Vol. 33, n. 3, 1999.
- RIOS, T.A. Competência ou competências – o novo e o original na formação de professores. In: ROSA, D.E.G. & SOUZA, V.C. (Org.). **Didática e práticas de ensino: interfaces com diferentes saberes e lugares formativos.** Rio de Janeiro: DP&A, 2002.
- RIOS, T.A. **Ética e competência.** 20.ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- RUBIN, G. The traffic in women. Notes on the “Political Economy” of sex. In: REITER, R. (Ed.). **Toward na anthropology of women.** New York: Monthly Review Press, 1975.
- SÁ, M.C. & AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. In: AZEVEDO, C.S. & SÁ, M.C. (Org.). **Subjetividade, gestão e cuidado em saúde. Abordagens da psicossociologia.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2013.
- SAFFIOTI, H.I.B. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Labrys, Estudos Feministas**, número 1-2, julho-dezembro de 2002.

- SAFFIOTI, H.I.B. Gênero e patriarcado. In: MARTIN, M.C. & OLIVEIRA, S. (Ed.). **Marcadas a ferro: violência contra a mulher, uma visão multidisciplinar**. Brasília: SPM, 2005.
- SALTZMAN, L.E; GRENN, Y.T; MARKS, J.S; THACKER, S.B. Violence against women as a public health issue. Comments from the CDC. **American Journal of Preventive Medicine**, v 19 n 4, 2000 pp 325-29
- SANTOS, C. M. Curto-circuito, falta de linha ou na linha? Redes de enfrentamento à violência contra mulheres em São Paulo. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 23(2): 352, maio-agosto/2015.
- SANTOS, C. M. **Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: Lutas feministas e políticas públicas sobre violência contra mulheres no Brasil**. Coimbra: CES, 2008.
- SANTOS, C.M. Da delegacia da mulher à Lei Maria da Penha: absorção/tradução de demandas feministas pelo Estado. **Revista Crítica de Ciências Sociais** 89, Junho 2010: 153-170.
- SANTOS, J.S. (Coord.). **Protocolos clínicos e de regulação: acesso à rede de saúde**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.
- SANTOS, M.A. & VIEIRA, E.M. Recursos sociais para apoio a mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP, na perspectiva de informantes-chave. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. v.15, n.36, p. 93-108, jan./mar. 2011.
- SÃO PAULO. Decreto 29.981 de 1º de Junho de 1989. Estabelece atribuições e competências no âmbito das Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher e dá providência correlata. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1º de Junho de 1989.
- SÃO PAULO. Decreto 40.693 de 1º de Março de 1996. Dá nova redação ao artigo 1º do Decreto 29.981, de 1º de Junho de 1989, que estabelece atribuições e competências no âmbito das Delegacias de Polícia de Defesa da Mulher. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 1º de Março de 1996.
- SÃO PAULO. Decreto 42.082 de 12 de Agosto de 1997. Dá nova redação ao artigo 1º do Decreto nº 29.981 de 1º de Junho de 1989, que estabelece atribuições e competências no âmbito das Delegacias de Polícia de Defesa da mulher. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 12 de Agosto de 1997.

- SÃO PAULO. Lei nº 5.467 de 24 de Dezembro de 1986. Dispõe sobre a criação das delegacias de polícia de defesa da mulher. **Diário Oficial do Estado de São Paulo**, São Paulo, 24 de Dezembro de 1986.
- SCHMIDT, M.L.S. Aspectos éticos na pesquisa qualitativa. In: GUERRIERO, I.C.Z; SCHMIDT, M.L.S; ZICKER, F. (org.). **Ética nas pesquisas em ciências humanas e sociais na saúde**. São Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008.
- SCHRAIBER, L.B. & D'OLIVEIRA, A.F.L.P. Violence against women: interfaces with Health care, **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.3, n.5, 1999: 11-26.
- SCHRAIBER, L.B. & MENDES-GONÇALVES, R.B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B; NEMES, M.I.B; MENDES-GONÇALVES, R.B. (Org.). **Saúde do adulto: programação e ações na unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1994.
- SCHRAIBER, L.B. et al. Violence experienced: the nameless pain, **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p.41-54, 2003.
- SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; COUTO, M.T; HANADA, H; KISS, L.B; DURAND, J.B; PUCCIA, M.I; ANDRADE, M.C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo. **Rev Saúde Pública** 2007; 41(3): 359-67.
- SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; FALCÃO, M.T.C; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito. A violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos**. São Paulo: Editora Unesp, 2005.
- SCHRAIBER, L.B; D'OLIVEIRA, A.F.P.L; HANADA, H; KISS, L. (2012) Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. **Athenea Digital**– 12(3): 237-254.
- SCHUTZ, F. & MIOTO, R.C.T. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate. **Sociedade em Debate**, Pelotas, 16(1): 59-75, jan.-jun./2010.
- SCOTT, J. Gender: **An useful category of historical analyses: Gender and the politics of history**. New York. Columbia University Press, 1989.
- SECCHI, L. **Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. São Paulo: Cengage Learning, 2010.

- SEVERI, F.C. Violência e discriminação contra as mulheres e o acesso à justiça. In: PONZILACQUA, M.H.P. (org.). **Violência doméstica, agressão sexual e direito: da constatação ao enfrentamento pela perspectiva transdisciplinar**. Curitiba: CVR, 2013.
- SILVA, E.B; CORTES, L.F; PADOIN, S.M.M; VIANNA, L.A.C. Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência. **Revista BIS**. Vol. 14, nº 3. 320-328, 2013.
- SILVA, E.B; PADOIN, S.M.M; VIANNA, L.A.C. Mulher em situação de violência: limites da assistência. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(1): 249-258, 2015.
- SILVA, F.L. Alteridade e transcendência: tarefas políticas. In: BETTO, F; MENESES, A.B; JENSEN, T. (Org.). **Utopia urgente: escritos em homenagem a Frei Carlos Josaphat nos seus 80 anos**. São Paulo: Casa Amarela; EDUC, 2002.
- SILVA, J.A. **Curso de Direito Constitucional**. 25ª ed. São Paulo: Malheiros Editores, 2005.
- SOARES, B.M. Delegacia de atendimento à mulher: questão de gênero, número e grau. In: SOARES, L.E. (org.). **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/ISER, 1996.
- SOUZA, J; ALMEIDA, R.A; SILVA, A.T.M.C; ANJOS, U.U; MORAES, R.M. Modelo baseado em regras como suporte à atuação da Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher no encaminhamento de mulheres em situação de violência doméstica. **R bras ci Saúde** 16(1):71-78, 2012.
- SOUZA, M.H; BENTO, S.F; OSIS, M.J.D; RIBEIRO, M.P; FAÚNDES, A. Preenchimento da notificação compulsória em serviços de saúde que atendem mulheres que sofrem violência sexual. **Rev Bras Epidemiol** Jan-Mar 2015; 18(1):94-107.
- TAVARES, M.S. Roda de conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 23(2): 352, maio-agosto/2015.
- TEIXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. & MATTOS, R.A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro, IMS ABRASCO, 2006.

- TOYAMA, F.M; KURIKI, F.M; PLUCIENNIK, A; PRADO, J.S. **Redes sociais. Estudo dos efeitos da participação e comparações entre duas redes da grande São Paulo.** Trabalho de conclusão de curso MBA Gestão e Empreendedorismo Social da Fundação Instituto de Administração, 2004.
- TURATO, E.R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- UNITED NATIONS. **Beijing Declaration and Platform Action.** Genebra: United Nations, 1995.
- UNITED NATIONS. **Declaration on the elimination of violence against women.** Genebra: United Nations, 1993.
- UNITED NATIONS. **Report of the world conference of the international women's year.** New York: United Nations, 1976.
- VASCONCELOS, E.M. & CRUZ, P.J.S.C. (Org.). **Educação Popular na formação universitária. Reflexões com base em uma experiência.** São Paulo/João Pessoa: Hucitec/Editora Universitária UFPB, 2013.
- VENTURI, G; GODINHO, T. (org.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo: Edições SESC SP, 2013.
- VIEIRA, E. M; PERDONÁ, G.S.C; SANTOS, M.A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Rev. Saúde Pública**, 2011, 45(4):730-7.
- VIEIRA, E.M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.
- VIEIRA, E.M.; FORD, N.J.; DE FERRANTE, F.G.; ALMEIDA, A.M.; DALTOSO, D.; SANTOS, M.A. Respostas à violência de gênero entre profissionais de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 18(3):3689-3696, 2013.
- VIEIRA, E.M; PERDONA, G.C.S; ALMEIDA, A.M; NAKANO, A.M.S; SANTOS, M.A; DALTOSO, D; DE FERRANTE, F.G. Conhecimento e atitude dos profissionais de saúde em relação à violência de gênero. **Rev Bras Epidemiol** 2009; 12(4): 566-77.

- VILLELA, W. & MONTEIRO, S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W. & MONTEIRO, S. (org.). **Gênero e saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Brasília: UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas, 2005.
- VILLELA, W. et al. Ambiguidades e contradições no atendimento de mulheres que sofrem violência. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 20, n.1, p.113-123, 2011.
- WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2012. Os novos padrões da violência homicida do Brasil**. 1ed. São Paulo: Instituto Sangari, 2011.
- WASELFISZ, J.J. **Mapa da Violência 2013. Homicídios e juventude no Brasil**. Rio de Janeiro: CEBELA, 2013.
- WASELFISZ, J.J. **Mapa da violência 2015. Homicídio de mulheres no Brasil**. 1ed. Brasília: ONU Mulheres; OPAS; SPM; FLACSO, 2015.
- WHITAKER, D.J; BAKER, C.K; PRATT, C; REED, E; SURI, S; PAVLOS, C; NAGY, B.J; SILVERMAN, J. A network model for providing culturally competent services for intimate partner violence and sexual violence. **Violence against women** 2007; 13; 190.
- WHITAKER, F. Rede: uma estrutura alternativa de organização. **Mutações Sociais**. CEDAC, ano 2, nº 3, março/abril/maio de 1993.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Preventing violence. A guide to implementing the recommendations of the World Health Report on Violence and Health**. Genebra: WHO, 2004.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Assembly Resolution 49.25 - Prevention of violence: a public health priority. **Hbk Res.**, Vol III (3rd ed.), 1.11, july 1997.

Apêndices

Roteiro de entrevista

Data: __/__/__

Nome:

Serviço:

Hora início:

Hora término:

1. Há quanto tempo você trabalha nessa instituição?
2. Qual o objetivo da instituição em que trabalha?
3. Quais são as atividades que desenvolve?
4. Que profissionais fazem parte da equipe em que trabalha?
5. Como o serviço/setor está estruturado? (apenas para gestores).
6. Em que situações as mulheres procuram o seu serviço? Qual o procedimento adotado?
7. As mulheres podem vir direto ao seu serviço ou precisam ser encaminhadas?
8. Qual o papel de sua instituição no enfrentamento à violência contra a mulher?
9. Quais as dificuldades que você encontra no atendimento dos casos? (estimular a contar um caso/exemplo).
10. O que você acha que seria necessário para preparar os profissionais para lidarem com a questão da violência?
11. Você conhece outros serviços que atendem mulheres em situação de violência? (checklist).
12. Como ficou conhecendo esses serviços?
13. Você já encaminhou mulheres para esses serviços? E já recebeu mulheres deles? Existe algum procedimento?
14. Como funcionam esses encaminhamentos e recebimentos?
15. Você acompanha o andamento dos encaminhamentos que realiza?

16. Como você vê as relações dos serviços de saúde com o seu serviço? (se for da área da saúde, explorar a relação com os diferentes serviços e níveis de atenção).
17. Você já ouviu falar em rede intersetorial?
18. Aqui no município, como está constituída essa rede? Como ela funciona? Que serviços fazem parte dela?
19. O que considera importante para a consolidação de uma rede intersetorial? Que profissionais e serviços deveriam fazer parte dela?
20. Muitas mulheres passam em diversos serviços sem encontrar/receber o cuidado que precisam. Chamamos isso de Rota Crítica. Você sabe de casos assim? Sabe se isso ocorre aqui na cidade?
21. Pra você, qual o papel da área da saúde em uma rede de proteção para mulheres em situação de violência?
22. O que você acha da Lei Maria da Penha?
23. A promulgação da Lei Maria da Penha modificou o seu trabalho? De que forma?
24. Que políticas públicas para mulheres você conhece?
25. O que acha das políticas públicas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento da violência contra a mulher?
26. O que você acha que motiva a violência contra a mulher?
27. O que você entende por gênero?
28. Como você vê o papel social dos homens e das mulheres atualmente?
29. Formação:
30. Se graduação, há quanto tempo você está formado?
 - a. Se graduado, tem algum curso de pós-graduação? Qual?
 - b. Se graduado, durante sua formação profissional, alguma vez foi abordada a questão da violência contra a mulher? E questões de gênero?
31. E no seu serviço, alguma vez esses temas foram abordados?
32. O que acha da abordagem do tema da violência em cursos de formação e/ou em serviço? Por quê?
33. Qual o processo para contratação dos profissionais que trabalham aqui?
34. Sexo: F () M ()
35. Data de nascimento: __/__/__

36. Estado marital:
37. Se em união com parceiro fixo, há quanto tempo?
38. Você tem filhos? Quantos?

Check List

- () DDM
- () DP
- () Polícia
- () IML
- () SEARA
- () UE-HCFMRP
- () HCFMRP
- () Outro hospital
- () UBDS/UBS/NSF
- () Serviço de Saúde Mental
- () CREAS
- () CRAS
- () Casa Abrigo
- () Coordenadoria da Mulher
- () Conselho Tutelar
- () SEAVIDAS
- () Ministério Público
- () Fórum
- () Defensoria Pública
- () Outro(s): qual(is)? _____
- () Profissional(is): qual(is)? _____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com Resolução nº 466/2012 - item IV sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília/DF)

Meu nome é Elisabeth Meloni Vieira, sou professora associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou realizando uma pesquisa intitulada “Rede de proteção às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP conforme nº 12065313.2.00005393. O objetivo da pesquisa é conhecer como os profissionais que atuam nos serviços da rede de proteção às mulheres em situação de violência doméstica do município de Ribeirão Preto percebem seu lugar no conjunto da assistência prestada nesses casos, o que conhecem dos recursos sociais existentes no município, como se relacionam com os serviços e profissionais de outros setores, além de suas definições acerca do problema e propostas de intervenção.

Para isso, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa através de uma entrevista individual em que conversaremos sobre sua formação profissional, as atividades que realiza no seu trabalho, o papel da sua instituição no combate a violência contra as mulheres e sobre a rede de proteção de Ribeirão Preto. A entrevista, que poderá durar entre 40 minutos e uma hora e meia, será realizada em local seguro e reservado e será necessária a utilização de um gravador de voz com a finalidade de registrar integralmente seu relato.

Poderemos vir a observar a sua atuação atendendo a algum caso. Essa observação será de cunho etnográfico sem roteiro fixo de observação na qual iremos verificar principalmente os tipos de casos atendidos e como estes podem ser caracterizados. Em cada serviço poderão ser observados até cinco casos.

Durante a entrevista, se sentir necessidade e/ou algum desconforto, você poderá se recusar a responder a alguma pergunta ou ainda, se preferir, poderá interromper a entrevista a qualquer momento, sem a necessidade de explicar os motivos, como também poderá desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa sem quaisquer prejuízos ou penalizações, somente comunicando sua decisão a um dos responsáveis por esta pesquisa. Possíveis dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas logo após o término da entrevista. Se o tema da pesquisa ou alguma das questões lhe causar algum desconforto emocional e você sentir necessidade de apoio, poderá conversar com o psicólogo do grupo de pesquisa e/ou comigo. Para isso, basta entrar em contato através do telefone 36022538.

As informações obtidas através da entrevista, serão utilizadas para fins científicos, como fonte de análise e, após o uso, serão devidamente arquivadas e os resultados serão publicados. As informações obtidas poderão ser úteis para a elaboração de políticas públicas. A identificação da rede de proteção às mulheres em situação de violência, seus potenciais e dificuldades poderá ainda, aperfeiçoar a assistência prestada às pessoas que vivenciam o ciclo de violência.

Em todas as fases desta pesquisa será mantido o compromisso com o sigilo e o anonimato, preservando a sua identidade e ou de quaisquer pessoas citadas durante seu relato. Se achar

necessário, poderá pensar sobre a sua participação na pesquisa e /ou consultar alguém para discutir sobre essa possibilidade e terá o tempo que necessitar para isso.

Rubrica do Entrevistado: _____

A sua participação nesta pesquisa é absolutamente voluntária e, portanto não gerará qualquer benefício material ou financeiro. No entanto para a realização desta entrevista é necessário que você esteja de acordo e assine este documento demonstrando que você aceita participar voluntariamente e que foi suficientemente esclarecido sobre os objetivos deste estudo. Este termo será assinado em duas vias pelo entrevistado e pelas responsáveis por esta pesquisa e é seu direito manter uma cópia deste consentimento de participação.

É importante lembrar que durante toda a pesquisa estarei à disposição para maiores esclarecimentos. Você poderá entrar em contato com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa responsáveis através dos seguintes contatos:

Pesquisador responsável:

Prof. Elisabeth Meloni Vieira

HCFMRP-USP – Departamento de Medicina Social

Das 09:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP.

CEP: 14049-900

Telefone: 3602-2538

E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

EERP-USP - Secretário: Elias

Das 09:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP.

CEP: 14049-902

Telefone: 3602-3386

E-mail: compesq@eerp.usp.br

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____

RG nº _____, declaro estar devidamente informado sobre a natureza da minha participação na pesquisa intitulada “Rede de proteção às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto”. Tendo sido satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora, aceito participar, voluntariamente, desta pesquisa. Declaro ainda que estou ciente de

que os resultados serão publicados e que minha identidade e de outras pessoas por mim citadas serão absolutamente preservadas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2014.

Voluntária

Entrevistador

Prof.^a Dr.^a Elisabeth Meloni Vieira
Pesquisadora Responsável

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com Resolução nº 466/2012 - item IV sobre pesquisa envolvendo seres humanos do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília/DF)

Meu nome é Elisabeth Meloni Vieira, sou professora associada do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo e estou realizando uma pesquisa intitulada “Rede de proteção às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto”, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP conforme nº 12065313.2.00005393. O objetivo da pesquisa é conhecer como os profissionais que atuam nos serviços da rede de proteção às mulheres em situação de violência doméstica do município de Ribeirão Preto percebem seu lugar no conjunto da assistência prestada nesses casos, o que conhecem dos recursos sociais existentes no município, como se relacionam com os serviços e profissionais de outros setores, além de suas definições acerca do problema e propostas de intervenção.

Para isso, gostaria de convidá-lo a participar da pesquisa através de uma entrevista individual em que conversaremos sobre sua formação profissional, as atividades que realiza no seu trabalho, o papel da sua instituição no combate a violência contra as mulheres e sobre a rede de proteção de Ribeirão Preto. A entrevista, que poderá durar entre 40 minutos e uma hora e meia, será realizada em local seguro e reservado e será necessária a utilização de um gravador de voz com a finalidade de registrar integralmente seu relato.

Durante a entrevista, se sentir necessidade e/ou algum desconforto, você poderá se recusar a responder a alguma pergunta ou ainda, se preferir, poderá interromper a entrevista a qualquer momento, sem a necessidade de explicar os motivos, como também poderá desistir da sua participação em qualquer fase da pesquisa sem quaisquer prejuízos ou penalizações, somente comunicando sua decisão a um dos responsáveis por esta pesquisa. Possíveis dúvidas que surgirem poderão ser esclarecidas logo após o término da entrevista. Se o tema da pesquisa ou alguma das questões lhe causar algum desconforto emocional e você sentir necessidade de apoio, poderá conversar com o psicólogo do grupo de pesquisa e/ou comigo. Para isso, basta entrar em contato através do telefone 36022538.

As informações obtidas através da entrevista, serão utilizadas para fins científicos, como fonte de análise e, após o uso, serão devidamente arquivadas e os resultados serão publicados. As informações obtidas poderão ainda, ser úteis para a elaboração de políticas públicas. A identificação da rede de proteção às mulheres em situação de violência, seus potenciais e dificuldades poderá aperfeiçoar a assistência prestada às pessoas que vivenciam o ciclo de violência.

Em todas as fases desta pesquisa será mantido o compromisso com o sigilo e o anonimato, preservando a sua identidade e ou de quaisquer pessoas citadas durante seu relato.

Se achar necessário, poderá pensar sobre a sua participação na pesquisa e /ou consultar alguém para discutir sobre essa possibilidade e terá o tempo que necessitar para isso.

Rubrica do Entrevistado: _____

A sua participação nesta pesquisa é absolutamente voluntária e, portanto não gerará qualquer benefício material ou financeiro. No entanto para a realização desta entrevista é necessário que você esteja de acordo e assine este documento demonstrando que você aceita participar voluntariamente e que foi suficientemente esclarecido sobre os objetivos deste estudo. Este termo será assinado em duas vias pelo entrevistado e pelas responsáveis por esta pesquisa e é seu direito manter uma cópia deste consentimento de participação.

É importante lembrar que durante toda a pesquisa estarei à disposição para maiores esclarecimentos. Você poderá entrar em contato com o pesquisador e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa responsáveis através dos seguintes contatos:

Pesquisador responsável:

Prof. Elisabeth Meloni Vieira

HCFMRP-USP – Departamento de Medicina Social

Das 09:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira.

Avenida dos Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, Ribeirão Preto, SP.

CEP: 14049-900

Telefone: 3602-2538

E-mail: bmeloni@fmrp.usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP

EERP-USP - Secretário: Daniel

Telefone: 3602-3386

E-mail: compesq@eerp.usp.br

CERTIFICADO DE CONSENTIMENTO

Eu, _____

RG nº _____, declaro estar devidamente informado sobre a natureza da minha participação na pesquisa intitulada “Rede de proteção às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto”. Tendo sido satisfatoriamente esclarecido pela pesquisadora, aceito participar, voluntariamente, desta pesquisa. Declaro ainda que estou ciente de que os resultados serão publicados e que minha identidade e de outras pessoas por mim citadas serão absolutamente preservadas.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2015.

Voluntário

Entrevistador

Prof.^a Dr.^a Elisabeth Meloni Vieira

Pesquisadora Responsável

Roteiro de observação dos serviços

Cenário

Infraestrutura, distribuição do espaço, acessibilidade (externa e interna), funcionários e usuários presentes, sons, cheiros, elementos presentes no ambiente.

Sala de Espera

Comportamento dos presentes, como chegam, o que fazem, uso do espaço, conversas que emergem, interações estabelecidas entre eles, comentários.

Atendimentos

Interação entre usuários e profissionais: demandas, temas abordados, formas de abordagem, tempo de atendimento, processo de atendimento, comentários realizados, expressões verbais e não verbais.

Espaços internos

Interação entre funcionários, atividades realizadas, temas que emergem, expressões verbais e não verbais, comportamentos, relações estabelecidas, processo de trabalho interno (reuniões, discussões de casos), ócio.

Anexo

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902 - Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 162/2013

Ribeirão Preto, 24 de junho de 2013

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO AD REFERENDUM** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em 24 de junho de 2013.

Protocolo CAAE: 12065313.2.0000.5393

Projeto: Rede de proteção às mulheres em situação de violência em Ribeirão Preto, SP.

Pesquisadores: Elisabeth Meloni Vieira

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Claudia Benedita dos Santos
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.
Prof.ª Dr.ª Elisabeth Meloni Vieira
Departamento de Medicina Social - HCRP
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP