



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

LAÍS MELO ANDRADE

**O CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E
TRABALHADORAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Salvador – BA
2021

LAÍS MELO ANDRADE

**O CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA
DOMÉSTICA NA PERSPECTIVA DE TRABALHADORES E
TRABALHADORAS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação de mestrado entregue ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dra. Vania Nora Bustamante Dejo.

Salvador – BA

2021

Ficha Catalográfica
Elaboração Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

A554c Andrade, Laís Melo.

O cuidado às mulheres em situação de violência doméstica na perspectiva de trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família / Laís Melo Andrade. – Salvador: L.M. Andrade, 2021.

165 f.: il

Orientadora: Profa. Dra. Vania Nora Bustamante Dejo.

Dissertação (Mestrado) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Violência Doméstica contra a Mulher. 2. Estratégia Saúde da Família. 3. Atenção Primária à Saúde. I. Título.

CDU 364-055.2

FOLHA DE APROVAÇÃO



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

LAÍS MELO ANDRADE

O cuidado às mulheres em situação de violência doméstica na perspectiva de trabalhadores e trabalhadoras da Estratégia Saúde da Família

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 29 de outubro 2021.

Banca Examinadora:

Profª. Dra. Vania Nora Bustamante Dejo – IPS/UFBA (orientadora)

Profª. Dra. Ana Paula dos Reis – ISC/UFBA

Profª. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira – FMUSP

Salvador

2021

Para

Aquelas que me antecedem: minhas avós Eunice e Elena, e minha mãe Eloina.

Todas as mulheres latino-americanas.

AGRADECIMENTOS

Não estive sozinha nessa caminhada, e se assim fosse, tenho certeza de que a jornada seria muito dolorosa, impossível, na verdade. Sou grata à minha orientadora Vania Bustamante por ter acreditado em mim desde a seleção do meu projeto de pesquisa lá em 2019, me recebendo como sua orientanda. Gratidão pela paciência e presença, por sempre ter sido minha bússola, respeitando e entendendo meus desejos, dificuldades e processos. Sinto-me privilegiada por essa troca tão especial. Sou grata a todas as integrantes do grupo de pesquisa “Cuidado, Família e Saúde” pelas incontáveis contribuições e palavras de incentivo. Agradeço também a Narla, que de uma colega de mestrado se tornou uma grande amiga que esteve ao meu lado nesse trilhar pela academia e vida pessoal.

Agradeço às instituições de fomento à pesquisa que tem resistido aos ataques à ciência e ao descaso do atual governo federal, especialmente a CAPES, que me proporcionou o suporte para que pudesse me dedicar integralmente a este projeto. Também a toda comunidade do ISC, tão acolhedora.

Ao meu pai Ednilson e minha mãe Eloina, que abriram as portas sem medir esforços para que a educação fosse o caminho através do qual eu conseguisse alcançar meus sonhos. As minhas irmãs Larissa, Lara, Lavínia e Laura pelo afeto de sempre, mesmo que fisicamente distantes. Gratidão a todos os meus amigos e amigas, que de perto ou de longe, foram conforto, cuidado, suporte, sorrisos e paciência para me ouvirem falar do mestrado por mais de dois anos, sem parar! Tê-los em minha vida é um presente. Agradeço ao meu querido parceiro, Afonso, que viveu a construção dessa dissertação comigo e foi presença que me fez mais forte. Meu incentivo nos momentos de desânimo e também a minha pausa pra descansar, pra desconectar. Tê-lo ao meu lado tornou tudo mais fácil! Gratidão a Deus, a força divina na qual minha fé está ancorada.

Sou imensamente grata aos trabalhadores e trabalhadoras de saúde que participaram desse estudo, foi a partir de suas generosas contribuições que esse trabalho foi possível. Por fim, deixo meus agradecimentos a todas e todos aqueles envolvidos no enfrentamento da pandemia do coronavírus, em especial, pesquisadoras e pesquisadores, profissionais de saúde e de serviços gerais de todos os níveis de complexidade da assistência da saúde suplementar, e principalmente, do Sistema Único de Saúde. Sigamos atentos e fortes!

“Si me matan, sacaré los brazos de la tumba y seré más fuerte.”

Minerva Mirabal (1960)

RESUMO

A violência doméstica contra as mulheres é um problema do campo da saúde, que tem na Estratégia Saúde da Família uma importante via de enfrentamento, principalmente pela sua proximidade com o território onde as mulheres vivem com suas famílias. Desta forma, este estudo buscou descrever como a temática do cuidado à mulher em situação de violência doméstica se apresenta no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família a partir da visão de seus trabalhadores e trabalhadoras. A realização da pesquisa foi marcada pelo advento da pandemia do coronavírus, que impossibilitou a presença no campo, e que conseqüentemente, se mantivesse a ideia inicial, onde a observação participante seria utilizada como técnica de investigação. Assim, mantendo a opção pela metodologia qualitativa, utilizou-se a entrevista semiestruturada como principal fonte de dados, e alguns diários de campo. A partir destes, o conteúdo obtido foi analisado por meio da Análise Temática. A discussão foi elaborada a partir da articulação teórica entre os estudos do campo de Gênero, o processo de trabalho e a micropolítica do trabalho em saúde, bem como a compreensão acerca da violência modernista, considerando também o processo de construção das políticas em saúde para as mulheres no contexto brasileiro. Observou-se uma ausência de conhecimento técnico-científico acerca do tema e práticas em saúde baseadas, principalmente, nos saberes construídos a partir da experiência obtida na vivência de cada profissional. A estrutura verticalizada na qual se conforma a relação entre gestão municipal e serviço, e a dinâmica de um processo de trabalho que precisa responder às demandas do sistema capitalista são fatores que dificultam que esses saberes práticos possam ser expressos por trabalhadoras e trabalhadores em processos coletivos de construção de um modo de fazer saúde, e em articulação com o conhecimento técnico científico acerca da violência doméstica contra a mulher. Um protocolo institucional que possa nortear as práticas de cuidado às mulheres mostrou-se fundamental para que seja possível prestar um cuidado que possa garantir a segurança dos/das profissionais e a qualidade da assistência à mulher em situação de violência. Apesar de compreenderem que a violência contra a mulher possui raízes na conformação de uma sociedade machista e patriarcal, ficou evidenciada a secundarização do problema diante de outras questões de saúde. À margem desse entendimento, os/as agentes do trabalho em saúde não estão livres dos pré-julgamentos e discursos que apontam para um conhecimento existente, porém, superficial acerca das questões de gênero na sociedade, sendo fundamental o seu aprofundamento para a produção de um cuidado integral. Ao final do estudo, são trazidas reflexões e sugestões a partir dos achados, de modo que possam contribuir não somente para a discussão sobre o tema, mas também serem fontes para construção de políticas de saúde.

Palavras-chave: Violência Doméstica contra a mulher. Estratégia Saúde da Família. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Domestic violence against women is a problem in the health field, which has in the Family Health Strategy an important way of coping, mainly due to its proximity to the territory where women live with their families. Thus, this study sought to describe how the theme of care for women in situations of domestic violence is presented in the work process of the Family Health Strategy, from the perspective of its workers. The research was marked by the advent of the coronavirus pandemic, which made it impossible to be present in the field, and consequently, the initial idea was maintained, where participant observation would be used as an investigation technique. Therefore, maintaining the option for qualitative methodology, semi-structured interviews were used as the main source of data, and some field diaries. From these, the content obtained was analyzed using Thematic Analysis. The discussion was based on the theoretical articulation between studies in the field of Gender, the work process and the micropolitics of health work, as well as the understanding of modernist violence, also considering the process of construction of health policies for women in the Brazilian context. There was an absence of technical-scientific knowledge on the subject and health practices based mainly on knowledge built from the experience gained of each professional. The vertical structure in which the relationship between municipal management and service is formed, and the dynamics of a work process that needs to respond to the demands of the capitalist system are factors that make it difficult for these practical knowledge to be expressed by workers in collective processes of construction of a way of doing health, and in conjunction with technical-scientific knowledge about domestic violence against women. An institutional protocol that can guide women's care practices proved to be essential for providing care that can guarantee the safety of professionals and the quality of care for women in situations of violence. Despite understanding that violence against women is rooted in the conformation of a sexist and patriarchal society, the problem is seen to be secondary to other health issues. Aside from this understanding, health work agents are not free from pre-judgments and discourses that point to an existing, but superficial knowledge about gender issues in society, and its deepening is fundamental for the production of a comprehensive care. At the end of the study, reflections and suggestions are brought up based on the findings, so that they can contribute not only to the discussion on the topic, but also to be sources for the construction of health policies.

Key-words: Violence Against Women. Family Health Strategy. Primary Health Care.

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ADI – Ação Direta de Inconstitucionalidade

APS – Atenção Primária à Saúde

CAMSID – Centro de Atendimento a Mulher Soteropolitana Irmã Dulce

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

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

CEO – Centro de Especialidades Odontológicas

CGPS – Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde

CLT – Consolidação das Leis de Trabalho

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

CREAM – Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher Arlette Magalhães

CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social

DEAM – Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher

DS – Distrito Sanitário

ESF – Estratégia Saúde da Família

EPIs – Equipamentos de Proteção Individual

EqSF – Equipe de Saúde da Família

GEDEM - Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher e População LGBT

ILMNR – Instituto Médico Legal Nina Rodrigues

IPERBA – Instituto de Perinatologia da Bahia

NASF – Núcleo Ampliado em Saúde da Família

NUDEM – Núcleo de Defesa da Mulher

OMS – Organização Mundial de Saúde

OPAS – Organização Panamericana de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNAISM – Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNH – Política Nacional de Humanização

PNPM – Plano Nacional de Políticas para Mulheres

PNRMAV – Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SAME – Serviço de Atendimento Médico Estatístico

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SPM – Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SPMJ – Secretaria de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude

SUS – Sistema único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

VCM – Violência contra a mulher

VDCM – Violência doméstica contra a mulher

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1: GÊNERO, VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE: DISCUSSÕES TEÓRICAS.....	10
1.1 A CATEGORIA GÊNERO.....	10
1.1.1 Sobre o patriarcado.....	13
1.1.2 Consolidando a categoria gênero no âmbito da Violência Doméstica contra a Mulher.....	17
1.2 EM BUSCA DE UMA PERSPECTIVA TEÓRICA PARA PENSAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER.....	19
1.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ENQUANTO PAUTA PARA O CAMPO DA SAÚDE.....	27
CAPÍTULO 2: O TRABALHO EM SAÚDE.....	37
CAPÍTULO 3: PERCURSO METODOLÓGICO.....	52
3.1 Da natureza do estudo.....	52
3.2 Do contexto de pesquisa e participantes.....	52
3.3 Dos procedimentos de produção de dados.....	55
3.4 Dos aspectos éticos.....	57
3.5 Da análise de dados.....	59
CAPÍTULO 4: O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO.....	66
4.1 Distritos Sanitários e Atenção Primária à Saúde no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021.....	67
4.2 O Distrito Sanitário Água Doce.....	69
4.3 A USF Riachinho e seu território.....	70
4.4 O trabalho em saúde nas EqSF e no NASF de Riachinho.....	72
4.4.1 As reuniões de equipe.....	76
4.4.2 A pandemia e seus efeitos sobre o processo de trabalho.....	78
4.4.3 O acolhimento.....	79
4.4.4 Planejamento das ações em saúde da USF Riachinho junto ao Distrito Sanitário Água Doce e a Secretaria Municipal de Saúde.....	84
CAPÍTULO 5: A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER SOB O OLHAR DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA USF RIACHINHO.....	87
5.1 A caracterização da VDCM.....	87
5.2 A VDCM enquanto um problema que envolve múltiplos setores.....	93
5.3 VDCM como um problema cultural e social.....	95
5.4 A VDCM no território da USF Riachinho.....	97

5.4.1 As mulheres que sofrem VDCM no território.....	100
5.4.2 As trabalhadoras de Riachinho: agentes de enfrentamento e sujeição à VDCM.....	102

CAPÍTULO 6: PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA..... 105

6.1 A construção dos saberes e a notificação dos casos.....	107
6.2 “Protocolo intuitivo” e acolhimento.....	111
6.3 Agentes comunitários/as de saúde e profissionais do NASF: sujeitos de potência para o enfrentamento da VDCM em Riachinho.....	114
6.4 Processos de trabalho individuais.....	117
6.5 Os desafios da prática para a oferta de um cuidado resolutivo.....	119
6.6 Um “ <i>protocolo intuitivo</i> ” no cuidado com Iara.....	122
6.7 A rede de atenção à mulher em situação de violência na perspectiva dos trabalhadores e trabalhadoras de Riachinho.....	124
6.8 Atentando o olhar para o homem.....	126

CONCLUSÕES..... 130

REFERÊNCIAS..... 135

ANEXO A.....144

ANEXO B.....146

ANEXO C.....147

ANEXO D.....154

ANEXO E..... 157

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como tema central o cuidado ofertado às mulheres em situação de violência doméstica na Estratégia Saúde da Família. Entendendo que a assistência se dá no contexto de um processo de trabalho em saúde aonde há na dinâmica das relações entre sujeitos, diversas possibilidades de desfechos, e que o trabalho em saúde está situado num contexto sócio-histórico específico que deve ser considerado, questiono como essas práticas são construídas.

A motivação para a realização desse estudo parte da minha aproximação com o movimento feminista na graduação e se consolida na experiência que tive enquanto terapeuta ocupacional residente em uma Unidade de Saúde da Família (USF) entre 2017 e 2019.

Na oportunidade, junto com uma colega enfermeira também residente, tive contato com diversas mulheres que procuravam a USF em busca de vários serviços: pré-natal, consultas de rotina, planejamento familiar, preventivo, atendimento médico, entre outros. Também com as que encontrávamos nas visitas domiciliares, além daquelas que participavam de um grupo que funcionava na unidade, este inicialmente voltado para temas relacionados à alimentação e obesidade, coordenado pela nutricionista do serviço, mas que com a nossa chegada e conforme o grupo caminhava, passou a ter como tema central o empoderamento feminino.

Como nosso trabalho não estava condicionado a necessidade de produzir números e atingir metas - elementos que atravessavam muito fortemente as práticas de vários profissionais que estavam no serviço - tínhamos a oportunidade de dedicar um pouco mais do nosso tempo a cada mulher que encontrávamos. Assim, comecei a perceber que muitas mulheres que moravam naquele território, conviviam diariamente com a violência doméstica.

Conforme a conversa com cada uma fluía, as violências dos mais diversos tipos eram expressas e muitas dores compartilhadas, e se acaso nós, enquanto residentes não estivéssemos ali, a probabilidade de aquela mulher entrar e sair do serviço mantendo a violência oculta seria muito grande. Assim, comecei a perceber como o modo de produzir cuidado em saúde naquele serviço, não abria espaço para aquelas necessidades que não estavam facilmente visíveis, especialmente a violência contra a mulher (VCM).

Por meio desse trabalho, encontrei uma possibilidade de refletir e gerar contribuições para esse tema que se faz urgente para a saúde.

A VCM é uma das manifestações dos conflitos sociais relacionados às questões de gênero em uma de suas faces mais cruéis e persistentes, pois consegue ultrapassar a história e a ela sobrevive. Apresenta-se de várias formas e em diversos espaços, mas principalmente por meio da violência doméstica contra a mulher (VDCM), perpetrada por parceiros ou ex-parceiros (SCHRAIBER, 2001; VILELA; OLIVEIRA, 2016).

Apesar de ter se tornado uma questão alvo de diversas análises e estudos, principalmente estimuladas pelo movimento feminista, o enfrentamento da VDCM é um desafio permanente, pois é um fenômeno que possui, no âmbito das sociedades capitalistas, sua origem e sustentação nas próprias bases do sistema econômico: o patriarcado, a divisão de classes e o racismo (SAFIOTTI, 2011).

Dessa forma, a partir de discursos construídos e legitimados, a condição feminina é posta enquanto elemento hierarquicamente inferior à masculina, estabelecendo-se relações de poder que podem também ser entendidas como relações de opressão e de violência (IZUMINO; SANTOS, 2005; MELO et al, 2016).

De acordo com Schraiber et al (2009), na saúde, a compreensão do fenômeno enquanto problema do campo se dá de maneira tardia, tendo como uma de suas conseqüências o estranhamento de trabalhadores e trabalhadoras do setor quanto ao reconhecimento de que as práticas voltadas para as questões da violência também devem fazer parte de seu escopo profissional.

Ainda segundo as autoras, é na Saúde Coletiva aonde se vem buscando referências teóricas para sua base interdisciplinar, e onde o problema mais se aplica na saúde. Nesse sentido, é necessário desviar-se da abordagem biomédica que predomina na Saúde Coletiva desde a sua consolidação, e que dificulta a visão integralizada da saúde no que tange os danos físicos e mentais causados pela violência, suas causas e conseqüências (SCHRAIBER et al, 2009).

Além disso, o desenvolvimento de conhecimento científico que possa resultar em práticas de cuidado e que se configurem enquanto tecnologias que possam promover saberes para a prestação da assistência efetiva no âmbito da violência é demanda evidente e desafiadora para o campo (SCHRAIBER et al, 2009).

Mesmo diante de tais necessidades, a Estratégia Saúde da Família (ESF) apresenta grande potencialidade no enfrentamento do problema, por meio da detecção, abordagem e

acompanhamento qualificado das mulheres que sofrem com a violência doméstica, por estar mais próximas delas, suas famílias e comunidade, em constante contato com o território (CECÍLIO et al, 2012; PORTO et al, 2014). Por isso, profissionais e pesquisadores/as tem se empenhado na investigação e compreensão dos modos aos quais se dão a assistência às mulheres no âmbito da atenção primária à saúde, especialmente da ESF.

A literatura tem mostrado que os trabalhadores e trabalhadoras da ESF ainda não se sentem preparados para lidar com casos de VDCM nos serviços. Os estudos empíricos de Cordeiro et al (2015), Machado et al (2017), Costa et al, (2019), Silva et al (2017) e Nascimento et al (2019), trazem a dificuldade que profissionais da ESF sentem na identificação dos casos em seus territórios, o que leva à subnotificação destes, e atribuem esse problema principalmente, à falta de capacitações ofertadas nos serviços, bem como a abordagem praticamente inexistente do tema nas graduações de saúde.

Gomes et al (2015) realizaram um estudo com profissionais da ESF e do NASF, que apontam a dificuldade na condução dos casos de violência conjugal, até mesmo para fazer os devidos encaminhamentos. Reconhecem também que assistentes sociais do NASF são profissionais mais preparados para lidarem com essa questão, o que gera a transferência de responsabilidade para essa categoria. Diante dos resultados apresentados, o estudo apresenta a impressão dos profissionais de saúde de que o apoio social às mulheres vítimas de violência compete aos serviços de assistência social, e pouco à saúde.

A articulação com o CRAS¹ – Centro de Referência da Assistência Social, é apontada como importante estratégia de enfrentamento, assim como identificado no estudo realizado por Costa et al (2019), que também traz no NASF, nas figuras da psicóloga e assistente social, uma referência a ser buscada para a resolução dos casos. Esses estudos trazem ainda que a dependência financeira é entendida como principal motivo de manutenção das mulheres em relacionamentos violentos (NASCIMENTO et al, 2019).

Nesse sentido, o trabalho realizado por Moreira et al (2014) com duas Equipes de Saúde da família, psicóloga e assistente social da unidade básica de saúde e profissionais de

¹ O CRAS é um serviço de base territorial integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), que faz parte da rede de proteção social básica, visando o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, prevenindo potencial desenvolvimento de situações de risco, onde esses vínculos possam ser rompidos. Quando já existe uma situação de violação de direitos sociais instalada, o Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS), junto a outros serviços, ofertam a proteção social especial, é nesse serviço onde pode ser prestada a assistência especializada às mulheres em situação de violência, sempre em diálogo com o CRAS de seu território (BRASIL, 2005a).

outros serviços (CREAS, Conselho Tutelar e escola), aponta que diante das situações de violência, os profissionais mais solicitados no são: agente comunitário de saúde, psicóloga e assistente social.

Outro estudo de Gomes et al (2013) e o de Salcedo-Barrientos (2014) corroboram com os trabalhos já citados, pois os profissionais mais uma vez relatam dificuldades para lidar com os casos de VDCM, apontando tanto a formação acadêmica, quanto a educação continuada no serviço como principais pontos deficientes. No primeiro estudo, profissionais trazem que muitas vezes, por não saberem como proceder diante da VDCM, optam por calar-se e voltam o foco para a doença, mas identificam as reuniões de equipe como principais espaços para discutir o tema. Já no segundo, é destacado que os julgamentos morais perpassam as práticas profissionais, e gênero é um importante elemento a ser considerado nas análises sobre o tema.

A educação continuada também é trazida no trabalho de Brum et al (2013), neste estudo, profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) responderam um questionário antes e depois de receberem uma atividade de capacitação. De acordo com os resultados, após a atividade, muitos profissionais passaram a se sentir melhor informados sobre o assunto e as intervenções que podem ser feitas, no entanto notou-se que a insegurança para lidar com a questão na prática permaneceu alta, trazendo uma reflexão acerca da importância da educação em saúde e suas limitações.

Souza et al (2013) estudaram os atravessamentos de gênero e violência nas concepções sobre o cuidado prestado por cônjuges-cuidadores e profissionais de saúde no contexto da ESF, revelando, assim como Gomes et al (2013), o silenciamento que existe diante da VDCM.

Signorelli et al (2018) também abordam a teoria de gênero para refletir acerca no manejo da violência contra a mulher na Atenção Primária, e também apontam para a ausência de capacitação das equipes para lidar com os casos e a transferência de responsabilidade que acaba acontecendo em decorrência do pouco preparo dos profissionais no manejo das situações de violência (GOMES et al, 2015; SILVA et al, 2017). Além disso, o agente comunitário de saúde é identificado como uma categoria importante e essencial no enfrentamento ao problema no contexto da APS, corroborando com outros estudos (CORDEIRO et al, 2015; SILVA et al, 2017; MACHADO et al, 2017; MOREIRA et al, 2014; NASCIMENTO, 2019; COSTA, 2019).

Nesse sentido, Arboit et al (2018), realizaram uma pesquisa apenas com agentes comunitárias de saúde, onde destaca-se que a visita domiciliar é compreendida como um espaço importante no cuidado prestado às mulheres, pois é nela onde os diálogos se estabelecem e é possível detectar situações de violência. As práticas de cuidado relatadas pelas ACS eram orientações, fornecimento de escuta e encaminhamentos para demais profissionais das equipes, estas assim como nos estudos anteriores, possuem dificuldades técnicas com a abordagem do tema.

De um modo geral, a violência física e a psicológica são as mais identificadas por trabalhadores e trabalhadoras da ESF e da APS nos estudos, resultado também obtido por Oliveira et al (2020), que relacionam essa limitação ao escasso conhecimento sobre a VDCM, o que também afeta as práticas efetivas de cuidado. Neste estudo, as violências psicológicas e físicas são identificadas em associação e de modo isolado. Nascimento et al (2019) destacam a atenção que profissionais acabam dando às questões físicas, negligenciando a saúde mental das mulheres, e nesse sentido, no trabalho de Silva et al (2017), a saúde mental das mulheres é apontada em relação aos quadros depressivos que as mulheres podem desenvolver.

Estudos internacionais apontam resultados semelhantes aos trabalhos até então trazidos. Sánchez et al (2016) destacam que as atitudes de profissionais da APS na prática desenvolvem-se mais por meio de suas percepções, do que através de materiais, protocolos ou recursos técnicos, além disso, o medo de sofrer represálias por parte dos agressores é um elemento que dificulta a assistência (SILVA et al, 2017; NASCIMENTO et al, 2019).

Pitt (2018) refere um problema no que tange a subnotificação de casos, e quando estes são identificados, a baixa qualidade das informações que são produzidas. Sentimento de impotência, frustração diante da permanência de mulheres em relacionamentos abusivos e falta de tempo, são achados de Artz et al (2018). Além disso, este estudo aponta que profissionais da APS muitas vezes acreditam que intervir nos casos de violência não é de sua responsabilidade.

A revisão sistemática de literatura de D'Oliveira et al (2020), destaca os obstáculos e facilitadores para o cuidado às mulheres em situação de violência doméstica na APS. Como principais barreiras, o estudo identifica dentre as publicações nacionais: o não-reconhecimento da violência como escopo da saúde; dificuldades das equipes para abordar o tema; a violência vivida pelas trabalhadoras dos serviços; ausência de conhecimento técnico e práticas de intervenção de cunho mais pessoal; difícil implantação da notificação compulsória

e de protocolos específicos; medo de represálias; falta de tempo; desconhecimento de uma rede intersetorial; bem como a formação acadêmica e a escassez de educação continuada nos serviços.

O vínculo construído com as mulheres, a busca ativa e o não-julgamento moral, foram identificados como principais facilitadores; além destes, a presença de ACS, psicólogos e outros profissionais da saúde mental também são destacados, bem como as visitas domiciliares. Alguns estudos retratam o reconhecimento da violência como um tema inerente à saúde por parte de profissionais da APS, comprovando um avanço nesse sentido.

A revisão ainda mostra que as reuniões regulares entre equipes e o conhecimento interpessoal entre os membros dos serviços das redes intersetoriais também facilitam a prestação do cuidado. O trabalho em equipe é visto como essencial para abordar a VDCM na APS, no entanto, como isso pode ser feito de maneira integrada ainda é uma lacuna existente, pois este ponto é afetado pelo desconhecimento de cada profissional sobre o seu papel, rotatividade de pessoal, horários e salários diferenciados, e metas específicas de produtividade estabelecidas para cada categoria.

Observa-se então que muitas são as demandas a serem superadas e um longo caminho a ser percorrido no campo, mas este é também um espaço de possibilidades iminentes que precisam ser exploradas.

A insegurança de profissionais na abordagem, o pouco conhecimento técnico-científico e conseqüente distanciamento com o tema; a concentração das responsabilidades nas psicólogas, assistentes sociais e ACS; a subnotificação; bem como a escassez de protocolos normativos, treinamentos e capacitações são problemas predominantes diante da prática assistencial no que tange a VDCM na atenção primária.

Porém, diante desses achados, algumas questões acabam ficando num segundo plano, ou até mesmo afastadas das discussões. Há uma lacuna no que tange propostas de reflexões no modo como essas capacitações estão postas na relação com os saberes práticos, considerando o trabalho vivo em ato que existe no fazer em saúde (MERHY, 1997a). Além disso, dentro dos processos de trabalho em saúde onde a assistência é prestada (MENDES-GONÇALVES, 2017a), torna-se necessária a compreensão das dimensões de cuidado que estão implicadas nas práticas e como os diversos saberes tecnológicos e práticos se articulam.

Deste modo, diante do que vem sendo observado e discutido na literatura, questiona-se: De que modos se dão as práticas de cuidado às mulheres em situação de violência doméstica no complexo e dinâmico processo de trabalho em saúde da Estratégia Saúde da Família?

No esforço de ir ao encontro possíveis respostas para esse questionamento, esta pesquisa tem como **objetivo geral**: Descrever como a temática do cuidado à mulher em situação de violência doméstica se apresenta no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família a partir da visão de seus trabalhadores e trabalhadoras.

E como **objetivos específicos**: Identificar se há um saber técnico específico acerca das políticas para mulheres em situação de violência posto nas práticas do cuidado; refletir acerca das dimensões subjetivas que norteiam o cuidado ofertado a mulheres em situação de violência pelos trabalhadores da ESF; refletir acerca da compreensão dos trabalhadores da ESF sobre as origens, causas e conseqüências da violência doméstica contra a mulher e entender como articulação em rede nos casos de violência doméstica contra a mulher é compreendida pelos trabalhadores e trabalhadoras da ESF.

O presente estudo foi realizado com quatro equipes de Saúde da Família e uma equipe NASF de uma Unidade de Saúde da Família localizada na cidade de Salvador/BA. É importante contextualizá-lo na pandemia do coronavírus², aonde a emergência de saúde pública vai provocar intensas transformações nos serviços de saúde, que passam a ter suas práticas centralizadas no problema, não sendo diferente na USF em questão. Desta forma este é um atravessamento constante que poderá ser observado, podendo também refletir-se nos achados.

A proposta inicial era de um estudo etnográfico, no entanto, em decorrência do momento de crise sanitária, o método precisou ser modificado, de modo que fosse possível garantir qualidade de interação entre mim e as pessoas entrevistadas. Assim, foram realizadas entrevistas semi-abertas de maneira online, por meio de plataformas de áudio e vídeo, entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, abordando aspectos referentes às práticas assistenciais no âmbito da violência doméstica contra a mulher.

² O novo coronavírus (SARS-CoV-2) faz parte de uma família de sete tipos de coronavírus já identificados e é o responsável por causar a doença Covid-19, que pode se apresentar clinicamente como um resfriado até uma pneumonia grave (LIMA, 2020). Os primeiros casos surgiram no final de 2019 na cidade de Wuhan, na China, disseminando-se rapidamente pela Ásia e Europa, atingindo sem demora os demais continentes e sendo assim caracterizada como uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde em março de 2020 (OPAS, 2020).

A escolha da USF se deu por conveniência da disponibilidade e receptividade para com a realização da pesquisa, bem como pelo fato da mesma ter sido a que mais notificou casos de violência contra a mulher entre 2011 e 2019, de acordo com a Secretaria de Vigilância Epidemiológica, dentro de uma escassa produção dessas notificações no município. Apoiada no Distrito Sanitário, a USF dialoga com diversos setores e serviços inseridos nas variadas políticas públicas, dentre elas, aqueles que se dedicam à atenção às mulheres em situação de violência.

Nesse sentido, Salvador possui uma rede assistencial voltada para a violência contra a mulher integrada por serviços de saúde, justiça, segurança pública e assistência social, que tem atuado no esforço de construir uma assistência integrada e efetiva, mas que ainda carece de fortalecimento e divulgação.

Os principais aportes teóricos com os quais esse trabalho dialoga são: o campo dos estudos de **Gênero** (PISCITELLI, 2009), compreendido enquanto categoria que junto às questões de raça e classe, perpassam as práticas assistenciais e o modo como a violência se expressa na sociedade; a **violência modernista** (CORRADI, 2009) como possível modo de pensar a VDCM na sociedade atual; a compreensão do **processo de trabalho em saúde** e a **micropolítica do trabalho em saúde** à luz dos estudos de Mendes-Gonçalves (2017a, 2017b) e Emerson Merhy (1997a, 1997b, 2000), considerando ainda a concepção de cuidado de Ricardo Ayres (2001, 2004, 2007).

Assim, o estudo está organizado em dois capítulos teóricos iniciais, o primeiro intitulado “Gênero, violência contra a mulher e saúde: questões teóricas”, e o segundo “O Trabalho em Saúde”. Neles, nos debruçaremos sobre os referenciais acima citados, localizando-nos ainda no contexto brasileiro de conformação da violência como objeto da saúde, e na construção e consolidação de políticas públicas no âmbito da VDCM. No capítulo 3 são desenvolvidos os aspectos éticos e o percurso metodológico inerentes à realização da pesquisa.

No capítulo 4, nos aproximaremos da USF e das equipes que participaram do estudo, buscando conhecer seu processo de trabalho de maneira geral, considerando ainda, os reflexos gerados pela pandemia. Em seguida, no capítulo 5, trataremos da VDCM a partir das vivências e percepções destes profissionais, para então, no capítulo 6, refletirmos acerca do processo de trabalho em saúde no que tange a violência doméstica contra a mulher, bem como

os diversos atravessamentos aos quais as práticas estão sujeitas. Por fim, são apresentadas as conclusões do estudo.

1. GÊNERO, VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER E SAÚDE: DISCUSSÕES TEÓRICAS

A fim de garantir que as reflexões desse estudo estejam consolidadas de modo coerente, neste capítulo são apresentadas importantes fundamentações teóricas sob as quais esse trabalho se constrói. Neste momento, a perspectiva é de um esforço para a construção teórica de um fenômeno sócio-historicamente constituído e localizado: a violência doméstica contra a mulher.

Para isso, considera-se o gênero enquanto um campo de atravessamento das relações sociais; o patriarcado como categoria política consolidada pelo feminismo na sociedade capitalista; a violência doméstica contra a mulher como uma das expressões da violência de gênero contra a mulher; a violência modernista enquanto uma possível perspectiva sociológica para pensar sobre o problema da VDCM e a constituição desta como uma pauta própria do campo da saúde no Brasil.

1.1 A CATEGORIA GÊNERO

Gênero é uma categoria para análise das relações sociais formulada principalmente no campo dos estudos feministas a partir da década de 60 (HARAWAY, 2004). Desde então, o desenvolvimento do conceito se deu em um campo que contou com a contribuição de diversas pensadoras de diferentes correntes teórico-metodológicas, embora nem sempre em concordância entre si.

Donna Haraway (2004) aponta que a primeira conceitualização do termo foi introduzida pelo psicanalista Robert Stoller, em 1963, formulando a ideia de “identidade de gênero”. A partir da diferenciação entre biologia e cultura, Stoller determinava que o sexo estivesse relacionado ao biológico e o gênero à cultura, desta forma, a partir da ação da cultura sobre o biológico, formava-se o gênero e as pessoas se reconheciam enquanto homem ou mulher.

Apesar de importância inicial nos estudos de gênero, mais tarde, esse dualismo entre natureza e cultura proposto por Stoller e estudos posteriores, foi criticado por pensadoras feministas, pois “este discurso estrutura o mundo como objeto do reconhecimento em termos da apropriação, pela cultura, dos recursos da natureza” (HARAWAY, 2004, p. 2017).

Ainda na primeira onda feminista, a diferença sexual entre homens e mulheres construída socialmente foi discutida por algumas estudiosas, como a antropóloga Margareth Mead, a partir da noção de papéis sociais culturalmente estabelecidos, desta forma, aquilo que era designado enquanto papel feminino e masculino era determinante para o que viria a ser homem ou mulher no âmbito social, e aqueles que desviavam de tais padrões, seriam sujeitos que passaram por problemas em sua socialização (PISCITELLI, 2009).

A compreensão de papéis sociais desenvolvida por Mead em seus estudos, não alocava a mulher em posição de uma subordinação imposta socialmente, mas esta era variável e flexível, dependendo de como se organizava cada sociedade (PISCITELLI, 2009). Mais tarde, a ideia de “construcionismo social” em oposição a um possível “determinismo biológico” das diferenças sexuais continua sendo desenvolvida, e nessa perspectiva Simone de Beauvoir faz sua análise partindo do entendimento de uma construção que se dá a partir da dominação masculina (HARAWAY, 2004; PISCITELLI, 2009).

Desta forma, a categoria “mulher” é elaborada socialmente a partir de imposições que as colocam em um local de subordinação em relação aos homens. Nesse ínterim, as instituições patriarcais são aquelas nas quais os homens exercem o seu poder, sendo então, o patriarcado um elemento presente na sociedade que a atravessa historicamente (PISCITELLI, 2009). Destarte, Haraway (2004) afirma que apesar das diferentes concepções, os significados modernos de gênero estão enraizados na concepção de que “não se nasce mulher” elaborada por Beauvoir e na construção de um sujeito coletivo: a mulher.

Gayle Rubin, que em “Traffic in Women: Notes on the political and economical sex” (1975) vai analisar como a construção da sexualidade e do gênero na sociedade acaba por instituir normas e padrões de comportamentos femininos e masculinos que colocam as mulheres em posição de subordinação. O sistema sexo/gênero elaborado pela autora procura explicar como a sexualidade biológica é transformada em produtos da atividade humana principalmente por meio do casamento obrigatoriamente heterossexual e da divisão sexual do trabalho (HARAWAY, 2004; MAYORGA et al, 2013). Para Rubin:

“(…) A divisão sexual do trabalho, fundamental para o parentesco, cria o gênero, porque, para garantir o casamento, instaura a diferença, a oposição entre os sexos. Ou seja, os sexos não são tão diferentes em termos naturais, mas a divisão sexual do trabalho constrói a necessidade de tarefas femininas diferentes das masculinas. Com esse fim, essa divisão acentua, no plano da cultura, as diferenças biológicas entre sexos” (PISCITELLI, 2009).

Diante de uma construção da identidade da “mulher”, as feministas negras e de países colonizados vão apontar que as suas vivências se diferenciam daquelas que estão sendo consideradas na perspectiva das mulheres brancas. “Ser mulher” não se enquadrava na experiência de mulheres negras como Sojourner Truth, por exemplo, ou das mulheres latino-americanas, das mulheres lésbicas ou das mulheres transexuais (DAVES, 2016; HARAWAY, 2004; PISCITELLI, 2009).

Desta forma, tornou-se necessário pensar que esta mulher não é uma, mas sim várias, sendo atravessada pelo gênero, pela classe, sexualidade e pela raça, e por isso, são diferentes. Para além disso, as concepções mais recentes de gênero vão ainda buscar ultrapassar as ideias binárias de “homens” e “mulheres” e eliminar qualquer possibilidade de naturalização da diferença sexual (PISCITELLI, 2009). Nesse sentido, Judith Butler acusa a necessidade de desconstrução de categorias identitárias, desconstruindo a “mulher universal”³, que é elaborada a partir de um feminismo racista e de ficções da coerência heterossexual (HARAWAY, 2004; LAGE; NASCIMENTO, 2014).

“A tarefa é ‘desqualificar’ as categorias analíticas, como sexo ou natureza, que levam à univocidade. Isto exporia a ilusão de um centro interior organizador do gênero e produziria um campo de diferenças de gênero e raça aberto a resignificação” (HARAWAY, 2004, p. 2019).

Assim, torna-se possível pensar o gênero de modo a não limitar-se ao homem ou a mulher cisgênero e heterossexual, mas incluir todas as pessoas que “fogem” ao que está fixado socialmente, como as pessoas intersexo, as travestis, mulheres e homens transexuais, pessoas não-binárias, entre diversos outros grupos, compreendendo que a discriminação e a violência de gênero - além de afligir as mulheres alocadas num padrão normativo - também atinge tais sujeitos, que são agredidas/os e assassinadas/os por conta da sua identidade de gênero (PISCITELLI, 2009).

Heleieth Safiotti, socióloga marxista, defende que para além de uma categoria de análise, gênero é também uma categoria histórica, que pode ser concebida de várias formas:

“(...) como aparelho semiótico (LAURETIS, 1987); como símbolos culturais evocadores de representações, conceitos normativos como grade de interpretação de significados, organizações e instituições sociais, identidade

³ A desconstrução do conceito universal de uma “mulher”, não significa a abolição do termo, pelo contrário, Butler reconhece a necessidade política do feminismo de se falar em nome das *mulheres*. O que a autora discute é a abertura de um conceito que esteja sempre em movimento, se tornando poroso e capaz de abranger as diversas maneiras de se identificar enquanto mulher, a fim de romper com qualquer possibilidade de naturalização de uma identidade, que seja, por isso, excludente (LAGE; NASCIMENTO, 2014; OLIVEIRA; NORONHA, 2016).

subjéitiva (SCOTT, 1988); como divisões e atribuições assimétricas de característicos e potencialidades (FLAX, 1987); como, numa certa instância, uma gramática sexual, regulando não apenas relações homem–mulher, mas também relações homem–homem e relações mulher–mulher (SAFFIOTI, 1992, 1997b; SAFFIOTI e ALMEIDA, 1995) etc” (SAFIOTTI, 2011, p. 45).

A autora aponta que apesar das possibilidades de análises e compreensões teóricas acerca do termo, existe o consenso de que a categoria gênero vai possibilitar a reflexão acerca da construção social do feminino e do masculino (SAFIOTTI, 2011).

Destarte, compreendendo a complexidade da construção e importância política da categoria, utilizo a elaboração da antropóloga Adriana Piscitelli (2009) em seu texto “Gênero a história de um conceito”:

“(...) O conceito de gênero requer pensar não apenas nas distinções entre homens e mulheres, entre masculino e feminino, mas em como as construções de *masculinidade e feminilidade* são criadas na articulação com outras diferenças, de raça, classe social, nacionalidade, idade; e como essas noções se embaralham e misturam no corpo de todas as pessoas, inclusive pelas que, como intersexos, travestis e transexuais não se deixam classificar de maneira linear em homens ou mulheres” (PISCITELLI, 2009, p. 146).

No campo da saúde, essa compreensão é essencial, visto que é a partir da teoria de gênero que se torna possível visualizar como as relações entre homens e mulheres são construídas social e historicamente, evidenciando desigualdades de valor, com vistas ao seu enfrentamento, a fim de alcançar a equidade de gênero. O que compreende também as diferentes necessidades de saúde desses sujeitos, e conseqüentemente, diferentes formas para buscar superá-las (SCHRAIBER, 2012). No contexto do que ainda pode ser observado nas práticas, a autora destaca:

“É de se esperar, então, que o campo da saúde venha (re) produzindo a desigualdade de gênero e contribuindo para sua conservação em modalidades de atenção dirigidas a homens e a mulheres que apresentem aspectos comuns e divergentes entre si, assim como conservem, de modo conflituoso, a referência do maior valor das questões masculinas” (SCHRAIBER, 2012, p. 2637).

Por isso, a reflexão no campo da saúde pautada na compreensão da categoria gênero torna-se imprescindível, e não apenas neste, mas em todas as esferas das políticas públicas.

1.1.1. Sobre o patriarcado

Durante o desenvolvimento dos estudos feministas e de gênero, o conceito de patriarcado é formulado, principalmente a partir do feminismo de segunda onda entre as teóricas marxistas, como explicativo da relação de subordinação das mulheres para com os

homens. Porém, conforme as compreensões acerca do gênero progridem, o patriarcado passa a ser criticado pelo seu “esvaziamento” teórico e pela sua incapacidade de ser aplicado a diferentes períodos históricos e modelos de sociedades (PISCITELLI, 2009).

No entanto, não é estranho ainda hoje na nossa vida cotidiana, escutarmos dentro e fora do discurso da academia, que o patriarcado representa, essencialmente, a dominação do homem sobre a mulher e que essa construção formulou a nossa sociedade atual, uma *sociedade patriarcal*. Tal compreensão não foi diferente nesse estudo, pois, esse discurso surgiu na fala de diversas pessoas entrevistadas, se apresentando como um importante elemento presente no senso comum que se relaciona à violência doméstica contra mulher.

Por isso, ciente de que a dominação patriarcal não é suficiente para explicar os diferentes papéis e comportamentos assumidos pelas mulheres diante dos contextos de violência (IZUMINO, 2003), mas possui grande relevância enquanto um conceito difundido popularmente, que tem contribuições explicativas importantes nas sociedades capitalistas, e que ajuda teoricamente a desnaturalizar a subordinação feminina (PISCITELLI, 2009), compreende-se a importância de trazê-lo para a discussão.

Compreendido enquanto uma especificidade das relações de gênero, Safiotti (2011) define o patriarcado como o sistema de dominação-exploração que os homens exercem sobre as mulheres, estabelecendo-se assim, relações hierárquicas. Nesse sentido, o patriarcado, bem como o racismo, está intrinsecamente ligado ao modelo de sociedade capitalista, pois todo esse sistema está sustentado por essas bases (SAFIOTTI, 2011).

Comumente, o poder patriarcal está inicialmente relacionado ao poder paterno no ambiente familiar, ao qual o patriarca possui o controle reprodutivo e sexual do corpo da mulher. Nas sociedades feudais e mais tarde, nas capitalistas, a organização social é construída a partir dessa hierarquia produzida na estrutura familiar, onde os espaços públicos estão para os homens e as mulheres relegadas ao campo privado (PISCITELLI, 2009).

Com a conquista dos espaços sociais pelas mulheres, e as diferentes possibilidades de conformações familiares, aquém do casal obrigatoriamente heterossexual, Safiotti (2011) afirma que existe a compreensão de que na atualidade as desigualdades existentes entre homens e mulheres são resquícios de um patriarcado que já não existe mais, no entanto, para a autora, o patriarcado apenas se transformou, e atravessa toda a estrutura social.

“Se, na Roma antiga, o patriarca detinha poder de vida e morte sobre sua esposa e seus filhos, hoje tal poder não mais existe, no plano *de jure*. Entretanto, homens continuam matando suas parceiras, às vezes com requintes de crueldade, esquarterando-as, ateando-lhes fogo, nelas atirando e as deixando tetraplégicas etc. O julgamento destes criminosos sofre, é óbvio, a influência do sexismo reinante na sociedade, que determina o levantamento de falsas acusações – devassa é a mais comum – contra a assassinada. A vítima é transformada rapidamente em ré, procedimento este que consegue, muitas vezes, absolver o verdadeiro réu...” (SAFIOTTI, 2011, p. 46).

Pateman (1993) aponta que muitas feministas que defendem o abandono do uso do conceito de patriarcado, o fazem por considerarem o termo inoportuno e a-histórico e isso ocorre quando se fazem interpretações equivocadas da palavra que, a autora não nega, é cheia de controvérsias.

Em sua obra “O contrato sexual” (1993), Carole Pateman apresenta três formas diferentes de argumentação acerca do patriarcado. A primeira delas a autora chama de pensamento “patriarcal tradicional”, ou seja, aquele que incorpora todas as relações de poder ao regime paterno, alicerçado na família sob a figura de autoridade do pai. A segunda, chamada de “patriarcalismo clássico”, advoga que o poder político é paternal, originado no poder de reprodução do pai, desta forma o direito político é natural e não originário de um contrato social, e assim os filhos já nascem submetidos politicamente aos pais. A terceira e última forma apresentada por Pateman é o chamado “patriarcado moderno”, que é fraternal, contratual e estrutura a sociedade civil capitalista, ou seja, é oriunda do contrato social que rege a sociedade civil.

Nessa perspectiva, a autora faz uma crítica ao contrato social de Rosseau, que segundo a mesma é o “meio pelo qual se constitui o patriarcado moderno” (p. 17). A liberdade civil não é universal, é um atributo masculino, e nesse sentido, o contrato social é também um contrato sexual, que institui a liberdade do homem e sujeição da mulher. Assim, a história da mulher nesse contexto vem sendo sufocada pelos estudiosos do contrato social, que ignoram o fato de que a sociedade civil que se legitima através do contrato social é uma ordem social patriarcal (PATEMAN, 1993).

Pateman prossegue em seu texto apontando algumas interpretações que podem ser atribuídas ao conceito de patriarcado, a primeira delas diz respeito ao entendimento de “patriarcado” em seu sentido literal enquanto “poder do pai” ou direito paterno. No entanto é necessário observar que a figura do marido é anterior à do pai, sendo aquele legitimado enquanto agente dominante no momento do contrato social original (SAFFIOTI, 2011). Na

perspectiva do contrato sexual, é a partir do poder conjugal advindo do casamento que o homem exerce seu poder sobre a mulher antes mesmo de exercer o poder paterno (PATEMAN, 1993).

Outra preposição criticada por Pateman (1993) é a de que as relações patriarcais são familiares, e isso se relaciona diretamente ao pensamento anterior, do patriarcado reduzido ao poder paterno, todavia, enquanto poder legitimado pela sociedade civil a partir do contrato social e sexual, o patriarcado tem sua gênese dentro de um contexto social e político, não apenas privado.

Assim, é necessário compreender o patriarcado enquanto uma categoria política de análise como um tipo hierárquico de relação que invade os espaços da sociedade e representa uma estrutura de poder que se baseia tanto na ideologia quanto na violência (SAFIOTTI, 2011).

Izumino (2003) aponta que a principal crítica feita por algumas teóricas ao patriarcado, da qual a autora compartilha, é que ao compreender a relação de violência em uma constante de dominação/subordinação do homem para com a mulher, esta se encontra enquanto “não-sujeito”, à deriva da situação e, portanto, incapaz de sair dela. No entanto, ao advogar pelo uso do patriarcado nas análises, Saffioti (2001) coloca que as relações que se estabelecem não são determinadas apenas pelas concepções do gênero, assim, as mulheres conseguem oferecer resistência ao processo exploração-dominação que está posto a elas de maneira anterior à violência.

“Faz-se necessário, contudo, atentar para o fato de que a indeterminação parcial dos fenômenos sociais deixa espaço para a operação de esquemas cognitivos capazes de tornar transparente a tela que o androcentrismo interpõe entre a sociedade e as mulheres. Isto equivale a dizer que nem todo o conhecimento é determinado pelas lentes do gênero. Graças a isto, mulheres podem oferecer resistência ao processo de exploração-dominação que sobre elas se abate e milhões delas têm procedido desta forma. Não apenas no que concerne às relações de gênero, mas também atingindo as interétnicas e as de classes, pode-se afirmar que mecanismos de resistência estão sempre presentes, alcançando maior ou menor êxito” (SAFIOTTI, 2001, p. 119-120).

Ainda nesta perspectiva, ao propor o abandono do paradigma do patriarcado, Izumino (2005) alega que este é insuficiente para explicar as mudanças de papéis sociais e os comportamentos das mulheres nas situações de violência. De fato, a mulher também pode perpetrar a violência, que se estabelece num contexto dinâmico e relacional (IZUMINO,

2005) e de maneira complexa, uma vez que resulta das hierarquias de gênero, etnia e classe (SAFFIOTTI, 2011).

Neste aspecto, apesar de Safiotti (2011) propor uma explicação acerca da “síndrome do pequeno poder”, onde, por exemplo, o exercício do poder patriarcal pode ser exercido pelas mulheres sobre os filhos, concordo com Izumino (2005) que o conceito do patriarcado é limitado e pode não dar conta de explicar todos os fenômenos da violência interpessoal.

De todo modo, não se pode desconsiderar a influência do patriarcado enquanto elemento balizador na constituição de sociedades. Nesse sentido, Pateman (1993) coloca que abandonar o conceito de patriarcado representa a “perda do único conceito que se refere especificamente à sujeição da mulher, e que singulariza a forma de direito político que todos os homens exercem pelo fato de serem homens” (p. 39). A autora ainda aponta que isso significaria a perda de uma história política que ainda precisa ser mapeada pelo feminismo.

Desta forma, compreendendo que a violência doméstica contra a mulher é um dos desdobramentos de um dos tipos de relações de gênero, o patriarcado, e que este exerceu influência na construção do modo de sociedade capitalista ao qual vivemos, considera-se que tal elemento não deve ser descartado. Por isso, entende-se que a sociedade brasileira foi construída dentro dos moldes patriarcais, racistas e de classe, e infelizmente isso se reflete até hoje nos discursos e comportamentos que devem ser combatidos.

1.1.2. Consolidando a categoria gênero no âmbito da Violência Doméstica contra a Mulher

A partir da compreensão de gênero é uma categoria complexa e que abrange uma gama diversa de grupos e especificidades, Izumino e Santos (2005) apontam para a necessidade de maior rigor ao se utilizarem alguns termos como “violência de gênero”, “violência contra as mulheres”, “violência familiar” e “violência doméstica” de modo que as especificidades de cada uma delas não sejam perdidas, e assim se possa refletir de modo profundo sobre cada problemática⁴. Por isso, entendo que é importante fixar alguns conceitos nesse trabalho.

⁴Nesse sentido, as autoras fazem o alerta os frequentes estudos que utilizam o termo “violência de gênero” como sinônimo para “violência contra a mulher” sem uma devida reflexão conceitual. Do mesmo modo, Costa e Sardenberg (1991) referem que a importante inserção do conceito de gênero nos estudos feministas, que visa a ampliação do entendimento relacional de categorias para além do sexo, acaba muitas vezes por tornar a

Compreende-se a **violência de gênero** como uma categoria mais geral, que está posta como um pano de fundo para as demais categorias de violências, e está alocada dentro das relações de gênero na sociedade (SAFFIOTI, 2011), relações estas que sujeitam algumas pessoas, como mulheres e a população LGBTQIA+, a um local de maior vulnerabilidade.

A autora salienta que “o vetor mais amplamente difundido da violência de gênero caminha no sentido homem contra mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura” (p. 71). Por isso, se observa tanto no senso comum como dentro da academia, a automática associação com a violência perpetrada contra a mulher quando se pensa na violência de gênero. Todavia, neste estudo, deixo especificada a compreensão de que toda a **violência contra mulher** seja ela cis ou transexual, e independente de sua sexualidade ou identificações de gênero, está alocada dentro do espectro da violência de gênero, como uma de suas expressões, sendo então designada também como **violência de gênero contra a mulher**.

Ainda de acordo com Saffioti (2011), a **violência intrafamiliar**- compreendida dentro da violência de gênero - é aquela que envolve membros de um núcleo familiar seja por afinidade ou consanguinidade, podendo ocorrer dentro ou fora do domicílio, extrapolando esse espaço físico, ela pode ocorrer entre parentes mais distantes, mas que se identificam enquanto membro daquele grupo, por exemplo, um avô que agride um neto.

Já a **violência doméstica**, segundo a autora, apresenta pontos de sobreposição com a violência familiar, no entanto também engloba membros agregados à família e trabalhadores/as domésticos/as e assim como a violência intrafamiliar, pode ocorrer para além do domicílio.

O Caderno de Atenção Básica nº 8 - Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em serviço (BRASIL, 2002) - utiliza as mesmas definições para violência doméstica e violência intrafamiliar trazidas por Saffioti, englobando dentro desta categoria especialmente, mulheres, crianças e idosos enquanto principais alvos deste tipo de violência, onde relações de poder são estabelecidas.

Tratando especificamente da **violência doméstica contra a mulher** (VDCM), a Lei Maria da Penha a define como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause

discussão “genérica”, invisibilizando as mulheres e despolitizando o feminismo na academia. Para isso a compreensão acerca do gênero não deve camuflar as especificidades da categoria mulher.

morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” (BRASIL, 2006, p. 1).

Dentro da VDCM se enquadram a **violência física**, enquanto qualquer conduta que ofenda integridade física e saúde corporal da mulher; a **violência psicológica**, qualquer conduta que cause na mulher dano emocional, prejudique sua autoestima, prejudique seu pleno desenvolvimento ou tenha objetivo de degradação ou controle de suas escolhas e modos de levar a vida; a **violência sexual**, enquanto qualquer conduta que obrigue a mulher a presenciar ou participar de relação sexual não desejada, que a induza a utilizar ou comercializar sua sexualidade, que a impeça de utilizar-se de métodos contraceptivos ou a force ao matrimônio, gravidez, aborto ou prostituição, ou que limite ou anule o exercício dos seus direitos sexuais e reprodutivos; **violência patrimonial**, entendida enquanto subtração, retenção ou destruição de bens patrimoniais da mulher; e a **violência moral**, ou seja, qualquer conduta que configure calúnia, injúria ou difamação (BRASIL, 2006).

A legislação ainda especifica que para qualquer uma dessas tipificações, é considerada violência doméstica e familiar contra a mulher aquela que ocorra **no âmbito da unidade doméstica**, compreendida enquanto espaço de convívio entre pessoas que possuam ou não vínculo familiar, incluindo aquelas esporadicamente agregadas; **no âmbito da família**, ou seja, comunidade constituída por pessoas que são ou se consideram aparentadas, sejam por laços naturais, afinidade ou vontade própria; e **em qualquer relação íntima de afeto**, onde o agressor conviva ou não com a mulher, independente da coabitação (BRASIL, 2006).

Desta forma, consolidamos uma terminologia para este estudo que, concordando com Cecília Santos e Wânia Izumino (2005), é importante de ser especificada para que seja possível pensar a violência doméstica contra a mulher dentro da perspectiva de gênero, evitando possíveis processos de exclusão de pessoas que também vivenciam as dores e lutas geradas pelas desigualdades socialmente construídas.

1.2 EM BUSCA DE UMA PERSPECTIVA TEÓRICA PARA PENSAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER

Para pensar a violência contra a mulher, é necessário compreender o que significa e o que representa essa violência a qual estamos discutindo. O campo da saúde usufrui principalmente das discussões das ciências sociais e humanas na busca por esse entendimento.

A socióloga Maria Cecília Minayo, traz que a violência é um fenômeno complexo e multifacetado, que deve ser pensado de maneira sócio-histórica, pois carrega consigo elementos culturais, sociológicos e até mesmo econômicos, que precisam ser considerados em sua compreensão. Nesse sentido, a violência pode se apresentar tanto quanto a manifestação da dinâmica de uma sociedade, como um elemento estruturante ou parte da conjuntura de tal; quanto “como fenômeno específico que se destaca e influencia essa mesma dinâmica social” (MINAYO, 2006, p. 7-8).

Minayo (2006) traz a diferenciação entre duas visões de violência importantes de serem consideradas quando se busca compreender como ao fenômeno é assimilado pela sociedade. A primeira é a *visão popular*, que se refere ao aspecto moral que a violência implica no campo social, entendida enquanto crime, corrupção ou pecado, que não é tolerada pelas pessoas. Assim, a violência é compreendida em três tipos: a violência física, que é central e atinge diretamente a integridade física; a violência econômica, aquela onde a apropriação de bens é feita de maneira violenta, como o furto; e a violência moral e simbólica que ofende a dignidade e os direitos do outro.

Já na segunda – *visão erudita* – é possível distinguir três correntes de pensamento no campo filosófico e sociológico. A **primeira** delas entende a violência enquanto expressão de crises sociais, assim, em meio a uma situação onde não é possível manter a estabilidade, as classes menos favorecidas se revoltam em busca de respostas às suas demandas.

A **segunda corrente** aponta o caráter racional do uso da violência, enquanto um meio utilizado de forma consciente pelos indivíduos para alcançar um fim, nessa perspectiva Hannah Arendt é uma importante teórica, que considera a violência como um meio para tentar se alcançar o poder, assim a violência tem caráter instrumentalista. A **terceira corrente** aponta para a relação entre violência e cultura, que considera a agressividade enquanto elemento instintivo do ser humano, mas que é controlada pelas normas civilizatórias.

Nesse sentido, destaco nesse estudo as concepções sobre violência trazidas pelo filósofo e psiquiatra Frantz Fanon, que se enquadra na primeira corrente de pensamento apontada e pela filósofa alemã Hannah Arendt, que como já apontado, tem suas ideias alocadas na segunda corrente.

“A violência é a parteira de toda sociedade velha que está prenhe de uma sociedade nova. Ela mesma é uma potência econômica” (MARX, 2013, p. 533). Esta frase de Karl Marx

trazida em seu livro “O Capital”, bem como toda a sua obra, inspirou estudiosos e estudiosas ao se debruçarem no estudo da violência e seu papel na construção da sociedade capitalista a qual vivemos.

Na conformação do mundo capitalista, a violência que se apresenta na forma de exploração e colonização de sujeitos e é perpetrada por aqueles que detém o poderio financeiro, é a base para a sustentação do modelo econômico desde a acumulação primitiva do capital (RIBEIRO, 2017). Assim é também através da violência que acontece a transformação social por meio da luta de classes, o momento aonde trabalhadores e trabalhadoras se percebem num local de não-sujeito e passam a reivindicar pelos seus direitos.

“(…) A violência é um exercício ativo de luta contra as diversas formas de opressão relacionada ao conteúdo das emoções humanas, tendo em vistas a tomada de posição diante das opressões, sem desconsiderar, contudo, o processo histórico. Neste ínterim, a violência é o mal-estar que toma conta da sociedade, como um impulso de resistência, e adverte sobre o que podemos considerar um “não lugar”. Engendra os espaços políticos, seja por sua afirmação no contexto de resistências ativas, ou pelo uso da força, para contenção de um ‘mal maior’...” (RIBEIRO, 2017, p. 2).

Nesse sentido, Frantz Fanon, ao denunciar a relação imperialista entre Europa e países africanos, descreve como a violência é a única forma através da qual o colonizado pode libertar-se do colonizador. O autor ressalta que o colonialismo é a representação da violência em sua forma mais bruta, aquela que desumaniza o colonizado e apenas o uso de uma violência ainda maior é capaz de superá-lo (FANON, 1968; FONSECA, 2015).

Desta forma, a cabo da violência a qual se manteve durante sua vida, “o colonizado descobre o real e transforma-o no movimento de sua práxis, no exercício da violência, em seu projeto de libertação” (FANON, 1968, p. 44). Ainda de acordo com o autor, nessa atmosfera de contraviolência iminente, uma elite intelectual e econômica surge enquanto mediadora da situação, buscando uma negociação a partir da “não-violência”, no entanto, o que de fato acontece é que esse grupo na verdade está “do outro lado da luta”, e seus interesses se aproximam aos da burguesia colonialista.

A religião, mais especificamente o cristianismo, também é um elemento que ajuda o colonizador a manter o seu controle sobre os colonos, Fonseca (2015) aponta o papel que religiosos exerceram por anos nos territórios colonizados como agentes que reforçavam para os colonizados a sua condição histórica, senão, “natural” de indivíduos subjulgados. “Todos os santos que estenderam a outra face, que perdoaram as ofensas, que receberam sem

sobressalto os escarros e os insultos, são explicados e dados como exemplo” (FANON, 1968, p. 51).

Fanon ainda defende a característica maniqueísta da sociedade colonial, desta forma, ao tempo em que o colonizador explora, despreza e desumaniza o colonizado, este quer tomar o lugar daquele, e faz uma crítica ao “neutralismo”: “Essa manifesta recusa ao compromisso, essa vontade inflexível de não se associar lembram o comportamento dos adolescentes altivos e despojados, sempre prontos a se sacrificar por uma palavra” (FANON, 1968, p. 64).

Desta forma, sem que haja uma distinção conceitual dos termos, compreende-se que a violência é uma forma de expressão de poder, o modo como ele se manifesta e se sustenta. Seja pela força daqueles que colonizam, seja pela força dos colonizados em sua revolução.

Porém, Hannah Arendt discorda dessa perspectiva marxista trazida por Fanon, a autora afirma que é inegável a necessidade de ser reconhecer o papel que a violência exerceu na construção da sociedade, no entanto, esse papel não é o de protagonismo:

“Certamente, Marx tinha consciência do papel desempenhado pela violência na História, mas esse papel era para ele secundário; não a violência, mas sim as contradições inerentes à velha sociedade, iriam conduzi-la ao seu próprio fim. O surgimento de uma nova sociedade era precedido, mas não causado por interrupções violentas, que ele relacionou às dores que precedem – mas certamente não causam – o evento do nascimento orgânico. Na mesma via ele considerou o Estado como um instrumento da violência sob o controle da classe dominante, mas o poder real da classe dominante, não consistia nem se assentava na violência. Ele era definido pelo papel desempenhado pela classe dominante na sociedade, ou mais exatamente, por seu papel no processo de produção” (ARENDR, 1994, p. 18).

Desta forma, a violência é um precedente para o surgimento de uma transformação social, mas não a causa, esta na verdade está a cargo do poder que é investido a um grupo e que lhe dá a condição de dominante.

Arendt se preocupa em diferenciar “poder” e “violência”, compreendendo que estes são para além de distintos, dois elementos que se opõem, pois onde há poder de fato não pode haver violência, e esta só surge quando o poder está sob ameaça (ARENDR, 1994).

O **poder**, de acordo com Arendt, refere-se à capacidade humana de agir em grupo por meio de um consenso. Um indivíduo sozinho não pode deter o poder, ele apenas está investido de um poder que lhe foi atribuído em nome de um grupo. O poder ainda se reveste da capa da **autoridade**, que também se distingue, pois esta é reconhecida entre os sujeitos

sem que haja questionamento de sua legitimidade, o que ocorre, por exemplo, na relação entre pai e filho. Para que haja autoridade, necessariamente deve haver o respeito, e seu contrário, o desprezo, a ameaça.

Já a **violência** está próxima ao **vigor**- algo que é individual, inerente a pessoas ou objetos, e que pode ser manifesto diante de situações, coisas ou pessoas, de modo independente destes. Em seu caráter instrumental, “os implementos da violência, como todas as outras ferramentas, são planejados e usados com o propósito de multiplicar o vigor natural, até que em seu último estágio de desenvolvimento, possam substituí-lo” (ARENDDT, 1994, p. 37).

“A própria substância da ação violenta é regida pela categoria meio-fim, cuja principal característica, quando aplicada aos negócios humanos, foi sempre a de que o fim corre o perigo de ser suplantado pelos meios que ele justifica e que são necessários para alcançá-lo” (ARENDDT, 1994, p.14).

Desta forma, o poder é dado como um fim em si mesmo, que não necessita de uma justificativa para existir, diferente da violência, que tem à luz dos seus objetivos almejados a razão para sua manifestação.

“A violência é, por sua própria natureza, instrumental; como todos os meios, ela sempre depende da orientação e da justificação pelo fim que almeja. E aquilo que necessita de justificação por outra coisa não pode ser essência de nada” (ARENDDT, 1994, p. 41).

Tais perspectivas, mesmo que distintas, precisam ser compreendidas para que se reflita sobre a violência, e se construa uma percepção sobre ela. No entanto, concordo com Minayo (2006), quando ela aponta que nenhuma teoria sozinha detém a palavra final para explicar o fenômeno, especialmente porque, as subjetividades de cada indivíduo precisam ser consideradas.

A era globalizada em que vivemos é aquela aonde os grupos sociais antes marginalizados se levantam e buscam o reconhecimento de seus espaços, são movimentos de mulheres, de pessoas LGBTQIA+, o movimento negro, indígena, pessoas em sofrimento psíquico, dentre outros. Essas lutas trazem para a realidade cotidiana das pessoas, a discussão acerca da violência que sempre se manteve no campo formal das relações políticas (MINAYO, 2006). Nesse sentido, a referida autora aponta que:

“Ao colocar a subjetividade na discussão da violência, ressalto a importância de levar em conta a micropolítica, mostrando que ela afeta existências singulares e coletivas. Por isso é preciso que existam mecanismos e formas de proteção das vítimas de segregação e de

discriminações na vida pública e privada, tanto quanto é necessária a segurança pública no sentido tradicional, voltada para conter a violência social” (MINAYO, 2006, p. 22).

Desta forma, Minayo (2006) acredita que a violência traduz problemas sociais que não foram trazidos para discussão em sociedade, afim de que soluções pudessem ser buscadas. Se a violência é boa ou má, dependendo de sua posição histórica, ou se é negativa sob qualquer circunstância são perspectivas que são discutidas pelos pensadores do tema.

Por isso, para pensar a violência doméstica contra a mulher neste trabalho, concordo com Lourdes Bandeira (2017), com o uso da **violência modernista** formulada pela socióloga Consuelo Corradi, como uma concepção analítica que pode ser eficaz na compreensão da violência de gênero contra a mulher.

Apesar de compartilhar do pensamento de Arendt acerca do caráter instrumentalista da violência, Corradi (2009) sugere que é necessário se formular uma compreensão de violência a qual a autora vai denominar de modernista, “segundo a qual a violência é uma força social carregada de sentido e dotada de uma capacidade estruturante da realidade” (CORRADI, 2009, p. 1, tradução minha) ⁵.

A autora explica que na atualidade temos vivenciado a violência de uma forma onde ela se confunde com o poder, assumindo aspectos tão extremos que não pode ser reconhecida apenas como um “instrumento”, mas uma forma (ainda que assustadora) de poder, ou seja, um fim em si mesmo. O que caracteriza a violência modernista é que ela mesma é uma potência, uma força social, que atua de modo estruturante das relações entre inimigos e modulando os corpos das vítimas e dos abusadores (CORRADI, 2009).

Quatro elementos ajudam a definir a violência modernista. O **primeiro** deles é que essa violência, que se apresenta de maneira extrema, não está a serviço de um projeto político ou social, como ocorre nas revoluções do proletariado. Ao que parece, a matriz das ações violentas está na luta por recursos simbólicos identitários, ou seja, a violência é guiada pela ilusão de produção e definição de identidades em contextos onde as diferenças são incertas. A violência modernista é alimentada pelo ódio, pelo excesso de raiva, pela construção de inimigos, que são exemplificados pelos genocídios contra um povo, missões suicidas contra uma população civil, ou estupros de mulheres em massa (CORRADI, 2009).

⁵ “(...) selon laquelle la violence est une force sociale chargée de signification et douée d’une capacité structurante de La réalité (CORRADI, 2009, p.1)”

O **segundo** elemento é a centralidade que o corpo da vítima possui nas ações da violência modernista, pois na ilusão de construção de identidade, o corpo enquanto alvo principal é imprescindível. Um corpo muito bem especificado, já que a violência não se manifesta aleatoriamente, ela é cultural, étnica, sexuada e de gênero. Assim, ao olharmos para o objeto ao qual a violência é destinada, este sempre será o corpo humano, ou o que restou deste diante do trabalho de violência atroz ao qual este é submetido (CORRADI, 2009; BANDEIRA, 2017).

“A implacabilidade no corpo da vítima e a criatividade em inventar práticas de manipulação do corpo para infligir dores prolongadas não são alheias à interpretação do fato. (...) A morte é, por assim dizer, um dano colateral da ação violenta, uma consequência inevitável, mas a ação incide dramaticamente nos corpos humanos, como se fossem moldáveis, um magma que pode assumir várias formas” (CORRADI, 2009, p. 6, tradução minha).⁶

O **terceiro** elemento que qualifica a violência modernista é a mistura de razão e emoção que a guia, sentimentos como raiva, humilhação, vergonha e orgulho são desencadeadores da ação violenta e a alimenta. O aspecto emocional é um dos principais fatores que nutrem a violência e a tornam contagiosa, uma ação violenta é respondida com outra ação violenta e assim por diante, gerando uma progressão de violência onde os elementos racionais, como a consciência de causa e consequência das ações, estão intimamente ligados aos elementos irracionais, tais como o sentimento de prestígio, a conquista, ou a emoção (CORRADI, 2009).

O **quarto** elemento refere-se à obrigatoriedade que a violência modernista conduz a sociologia a enxergar o agente da violência de uma forma diferente, não enquanto alguém que usa da ação violenta de maneira racional e objetiva, mas compreendendo o que está posto ali de maneira transversal, como as emoções e crenças, como exemplo, a autora destaca:

“As regras de vida, a ideologia, as prescrições de uma comunidade (orgulho nacionalista, reivindicação étnica, treinamento para uma missão suicida) são elementos necessários para o protagonismo do homem-bomba. Elementos que o ligam ao intragrupo, fortalecendo sua solidariedade,

⁶ “L’acharnement sur le corps de La victime et La créativité dans l’invention de pratiques de manipulation du corps afin d’infliger une douleur prolongée ne sont pas des éléments étrangers à l’interprétation du fait. (...) La mort est, pour ainsi dire, un dommage collatéral de l’action violente, une conséquence inévitable, mais l’action se concentre sur les corps humains de manière spectaculaire, comme s’ils étaient de La pâte à modeler, un magma qui *peut prendre une variété de formes*. (CORRADI, 2009, p. 6)”

pertencimento e as fronteiras entre ‘nós’ e ‘eles’” (CORRADI, 2009, p. 7-8, tradução minha).⁷

Desta forma, considera-se a violência modernista e sua perspectiva de violência enquanto estruturante das relações interpessoais e coletivas, compatível com o modo como se concebeu a violência de gênero e contra a mulher ao longo da história, entendendo que esta é uma força social herdada a partir do patriarcado, capaz de ser estruturante da realidade social (BANDEIRA, 2017).

“As manifestações da violência presentes nas relações interpessoais e de gênero são estruturantes, seja pelo fato de normatizar, modelar e regular as relações interpessoais entre homens e mulheres em nossa sociedade, seja pela forma indistinguível de poder que assumem, seja pela dimensão quantitativa que apresentam” (BANDEIRA, 2017, p. 20).

A violência contra a mulher se expressa socialmente com uma grande carga simbólica, em relações sociais que se estabelecem através da presença da dominação e do poder como condutores dessa relação. Nesse sentido, essa violência está posta como uma força que estrutura as relações de gênero, fixando, ou com a ilusão de fixar, as identidades tanto do agressor quanto da agredida, diferenciando-os enquanto sujeitos que “naturalmente” devem estar em posições diferentes (BANDEIRA, 2017).

Nesse sentido, Chauí (1984) aponta que na constituição de um discurso histórico *sobre* as mulheres e não *das* mulheres, se elabora e legitima uma “natureza feminina” de submissão, procriação, maternidade e sensibilidade. A naturalização de determinações sociais e históricas, bem como a interiorização dessa naturalidade sempre foi essencial para a aceitação da violência como não-violência. Assim, por considerarem os elementos da “natureza feminina”, os membros dessa sociedade (tanto os homens quanto as mulheres) não se consideram autores da violência, nem alvos dela.

Desta forma, a violência modela culturalmente, étnicamente e socialmente os corpos tanto das vítimas quanto dos agressores, e no contexto atual, os elementos que a violência carrega como a relação entre emoção e razão, o protagonismo do agressor, a disponibilidade do corpo da vítima, a invenção de um inimigo, bem como o trabalho midiático que transforma a violência em espetáculo, ilustram os paradoxos da modernidade, e transformam a violência em um “*locus* de uma força estruturante da realidade social” (BANDEIRA, 2017, p. 19).

⁷ “Les règles de vie, l’idéologie, les prescriptions d’une communauté (l’orgueil nationaliste, la revendication ethnique, l’entraînement à une mission suicidaire) sont des éléments nécessaires au protagoniste du kamikaze, éléments qui le rattachent à l’*in-group* en renforçant la solidarité, le sens d’appartenance et les frontières entre “nous” et “eux” (CORRADI, 2009, p. 7-8).

Deste modo, compreende-se que num primeiro momento, a violência pode ser utilizada enquanto um meio pra se conseguir atingir determinado objetivo. No entanto, no contexto da violência de gênero contra a mulher, onde partimos de um construto histórico de sociedades patriarcais e capitalistas, que mantém predominantemente as relações entre homens e mulheres desniveladas, a violência perpetrada contra os corpos femininos, seja na dimensão física, psicológica, moral, sexual ou financeira, é a expressão vívida de um poder que foi produzido ao longo da história em favor da figura daquilo que simboliza a masculinidade.

1.3 VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER ENQUANTO PAUTA PARA O CAMPO DA SAÚDE

A violência é um fenômeno consolidado enquanto objeto primeiro de estudo das ciências humanas e da filosofia e de intervenção dos setores da segurança pública e do judiciário quando pensada em relação ao campo da saúde. Essa compreensão, por muito tempo limitou a possibilidade da atuação dos profissionais de saúde de maneira mais ampliada às questões da violência e o reconhecimento de que é de responsabilidade deste setor (SCHRAIBER, 2009).

A violência não é, originalmente, uma questão da saúde pública, mas suas implicações práticas afetam diretamente este campo, e desse modo o setor saúde introduziu este tema em sua pauta, reconhecendo a importância da sua discussão (MINAYO, 2006). Nesse sentido, Schraiber (2009) destaca o reconhecimento do desafio que se constitui a construção da violência enquanto objeto da saúde, tendo em vista a complexidade e pluralidade do tema e a necessidade de consolidação de um conhecimento técnico-científico acerca da violência, que seja capaz de trazer respostas sociais por meio da formulação de políticas públicas na saúde.

Apesar dos avanços, a inserção da discussão do tema no campo da saúde tem se estabelecido ainda de maneira lenta. Nos anos 60 a discussão acerca da violência é inserida na saúde primeiramente a partir dos debates voltados para a violência contra crianças e adolescentes, partindo dos próprios profissionais de saúde a reivindicação acerca da problemática. Já a violência contra os idosos foi mencionada pela primeira vez em um artigo inglês, no ano de 1975, sendo incorporado aos poucos em estudos e ações na saúde (MINAYO, 2006; MINAYO, 2018).

Diferente do que aconteceu com as crianças e adolescentes, que tem sua aproximação com a saúde trazida pelos próprios atores e atrizes desse campo, a violência contra a mulher se torna alvo de discussão a partir da atuação do movimento feminista, que passa a pressionar o setor saúde a trazer para sua discussão e atuação prática, estratégias de enfrentamento no que diz respeito não somente a abordagem física e biológica, mas também agindo sobre as causas do problema. Esse movimento se reflete na inserção da pauta em diversos documentos internacionais do setor saúde na década de 90 (MINAYO, 2006). No Brasil, é na década de 80 que as discussões acerca da violência passam a vigorar no campo da saúde.

Minayo (2006) aponta que a violência era comumente abordada dentro das “causas externas (acidentes e violências)” e é na década de 1990 que a Organização Panamericana de Saúde (Opas) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) passam a designar o termo “violência” de modo específico.

As resoluções da Conferência sobre Violência e Saúde convocada pela Opas em 1994 e da 49ª Assembleia Mundial de Saúde que ocorreu em 1996, foram importantes momentos onde o reconhecimento da responsabilidade da saúde sobre a violência foram demarcados, a partir da compreensão da crescente manifestação do problema e suas repercussões para o setor (MINAYO, 2006; OMS, 2002).

Firmada enquanto uma questão de saúde pública, em 2002 o Relatório Mundial da OMS sobre Violência e Saúde traz as recomendações para os países acerca do enfrentamento do problema, dentre elas a construção de um plano nacional de ação para prevenção da violência, aprimoramento da capacidade de coleta de dados, promoção de respostas de prevenção primária, fortalecimento de respostas para as vítimas e integração da prevenção contra a violência às políticas sociais e educacionais para a promoção da igualdade de gêneros e social (KRUG et al, 2002).

No contexto brasileiro, a entrada oficial do tema como pauta da saúde ocorre em 2001 com a promulgação da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), em consonância com a agenda internacional da Organização Mundial de Saúde, passados cinco anos da Assembleia Mundial em 1996 (MINAYO, 2018). Assim, a partir da criação da Política:

“Os tópicos principais da progressiva pauta brasileira foram: violência contra a criança e o adolescente; violência de gênero; violência contra a pessoa idosa; violência no trânsito; violência no trabalho e, mais

recentemente, violência étnica, contra a população portadora de deficiências e LGBT” (MINAYO, 2018, p. 2008).

Transversalmente à consolidação da violência enquanto fenômeno da saúde, o movimento feminista se destaca nos espaços de discussão, apontando para as especificidades das vivências das mulheres e importância da construção de políticas públicas que tragam gênero, raça e classe enquanto vias norteadoras de planejamento e de ações.

O movimento feminista tem em suas raízes a criação da União Nacional das Sociedades de Mulheres pelo Sufrágio no Reino Unido no Século XIX, que inicia a **primeira onda do feminismo**, momento em que as mulheres lutavam principalmente pelo direito ao voto (BLIGIARDI et al 2016), conhecido também como movimento das Sufragistas e expandindo-se pelo resto da Europa e Américas.

Nesse sentido, Sojourne Truth foi uma importante figura nas lutas das mulheres pelo sufrágio, ela vai denunciar o racismo presente no movimento de mulheres predominantemente brancas e de classe média, que apesar de abolicionistas, temiam que o sufrágio para os homens negros os colocasse no “mesmo patamar” que as mulheres brancas. Denuncia ainda, a dupla opressão que as mulheres negras sofriam, de gênero e raça (DAVIS, 2016), trazendo para o campo de discussão o que mais tarde se tornaria a categoria teórica da interseccionalidade, apresentada pelo movimento feminista negro.

Na década de 60, as reivindicações das feministas passam a ser mais abrangentes quanto ao papel social da mulher, indo para além dos espaços de trabalho, vida pública e educação, mas também pelo direito de decidir sobre sua vida e seu corpo, com liberdade e autonomia. É também nesse período onde começam a ser elaboradas as teorias de análise das relações entre sujeitos com base no conceito de gênero (PINTO, 2010; PISCITELLI, 2009) – **a segunda onda do feminismo**.

Este momento é marcado pelo fortalecimento do feminismo negro, onde a condição da mulher negra na sociedade é posta em pauta e o conceito de interseccionalidade é desenvolvido (SILVA, 2019). Assis (2019), ao discutir sobre o tema, apresenta a definição de Kimberlé Crenshaw, onde a interseccionalidade é compreendida enquanto uma metodologia que “trata especificamente da forma pela qual o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios criam desigualdades básicas que estruturam as posições relativas de mulheres, raças, etnias, classes e outras” (CRENSHAW, 2002 apud. ASSIS, 2019).

Em consonância com o crescimento e influência do feminismo, a Primeira Conferência Mundial sobre a Mulher ocorre em 1975, na Cidade do México (MELO et al, 2016), seguida em 1979, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, conhecida como CEDAW, fundamentando nesta, um amplo programa de ação para as mulheres com base nos princípios da não discriminação e da igualdade de direitos (PRÁ, 2014).

Na década de 90, a **terceira onda do feminismo** é marcada pelo feminismo pós-moderno, momento em que as discussões sobre os sexos dão espaço ao aprofundamento do debate sobre gênero e se busca o abandono das dicotomias em favor da análise das diversidades entre grupos e indivíduos (LAGE; NASCIMENTO, 2014).

Motivadas pelo fortalecimento do movimento na busca pelo reconhecimento das mulheres enquanto cidadãs, as feministas brasileiras, principalmente no contexto pós-ditadura, começam a trazer para o debate público a reflexão acerca do papel social da mulher e suas vivências com relação aos seus corpos, desejos, sexualidade e saúde, tendo na criação Conselho Nacional dos Direitos das Mulheres, em 1985, uma importante via de identificação das necessidades das mulheres através de estudos, e incentivo à capacitação profissional e assistência jurídica (GONÇALVES; ABREU, 2018). E é nesse mesmo ano que se dá a criação da primeira Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher - DEAM (PIMENTA, 2011).

No âmbito da violência contra a mulher, é a partir da criação do **PAISM** (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), lançado em 1984, onde começa a ser demarcada uma perspectiva de atenção à saúde da mulher com vistas à integralidade. Nesse sentido, a atenção ao câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, climatério e as infecções sexualmente transmissíveis fazem parte de um conjunto mais amplo de responsabilidades da saúde no que diz respeito à saúde da mulher (COELHO et al, 2009; BRASIL, 1984; BRASIL, 2004).

Até então, os programas de atenção à mulher que foram incorporados no Brasil nas primeiras décadas do século XX, tinham como enfoque de suas ações a saúde materno infantil, trazendo uma visão que restringia a mulher apenas ao papel de mãe, cuidadora e esposa (BRASIL, 2004). É por ação do movimento feminista brasileiro impondo fervorosas críticas a essa perspectiva da mulher enquanto um não-sujeito, que os avanços são conquistados:

“Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos” (BRASIL, 2004, p. 15).

A implantação do PAISM se dá no contexto da proposição do SUS no final da década de 80 e início da década de 90 e seus desdobramentos nos anos posteriores com vias a municipalização da assistência em saúde e reorganização da APS por meio do Programa Saúde da Família. Nesse sentido, algumas avaliações apontavam dificuldades técnicas e administrativas nos níveis municipais para se alcançar a implementação do programa (BRASIL, 2004).

O turbulento momento político pós-ditadura militar que o Brasil vivenciava foi desfavorável para a consolidação do programa, e somente a partir de 1995, impulsionada pelas recomendações da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, ocorrida em 1994 no Cairo, é que as ações propostas pelo PAISM voltam a ser rearticuladas no nível federal. No entanto, com o enfoque de conseguir integrar a saúde da mulher na agenda da estruturação do SUS, não alcançando as pautas reivindicadas pelas feministas (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Assim, entre 1998 e 2002 predomina uma abordagem que apesar de estar comprometida com a integralidade na atenção à saúde da mulher, ainda acaba por priorizar ações no âmbito da saúde reprodutiva, especialmente na mortalidade materna, o que dificultou o alcance das ações transversalizadas, contemplando raça e gênero (BRASIL, 2004).

Nesse período, alguns marcos importantes para os debates acerca da violência são a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher, em 1994, e a 1ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres ocorrida no Brasil, no ano de 2004, ocorrendo em 2007, 2011 e 2016 suas edições seguintes (MELO et al, 2016).

No campo legislativo, através da lei 10.778/2003 é instituída a Notificação Compulsória da Violência Contra a Mulher, onde os serviços de saúde, sejam públicos ou privados são responsáveis pela realização da notificação no atendimento a mulheres vítimas de violência (MELO et al, 2016), bem como a Lei 11.340/2006, ou Lei Maria da Penha que é uma das maiores conquistas no combate à violência contra a mulher, e com sua

instituição, o fenômeno deixa ser um problema particular para se tornar um problema legítimo e de interesse público (BANDEIRA; ALMEIDA, 2015).

Em 2004, o PAISM se consolida enquanto política, a **PNAISM** – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a considerar o enfoque de gênero como um dos determinantes da saúde na formulação de políticas públicas, entendendo que as desigualdades históricas entre homens e mulheres e que as relações desiguais de gênero se refletem nas leis, políticas e práticas sociais, o que gera impactos profundos na saúde das mulheres (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, a assistência à mulher em situação de violência é posta como uma das pautas prioritárias, tendo como objetivos a serem alcançados: a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; a articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/AIDS e a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

A criação da Secretaria Especial de Política para Mulheres (SPM) em 2003, mais um fruto da trajetória do movimento feminista no país, representa grande avanço na conquista do reconhecimento das desigualdades de gênero na implementação de políticas públicas para mulheres no Brasil (GONÇALVES; ABREU, 2018).

“Os grandes desafios assumidos pelo poder público, na visão da SPM, a começar pelo combate a todas as formas de discriminação, exigem necessariamente que se compreenda a determinação de gênero, raça e etnia no conjunto dos problemas sociais a serem enfrentados e superados” (GONÇALVES; ABREU, 2018, p.757).

A SPM pôs em prática as propostas formuladas na 1ª Conferência Nacional de Políticas para Mulheres, lançando em 2005 o Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM) que trouxe quatro linhas de atuação principais: autonomia, igualdade no mundo de trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres; direitos sexuais e reprodutivos e o enfrentamento à violência contra as mulheres (BRASIL, 2005b).

Ainda na gestão do ex-presidente Luiz Inácio Lula da Silva, uma segunda versão do Plano é elaborada em 2008, sendo atualizada na gestão da ex-presidenta Dilma Rousseff, o PNPM 2013-2015, que traz novas linhas de atuação que se somam àquelas definidas no primeiro plano, dentre elas o fortalecimento e participação da mulher nos espaços de poder e decisão; o enfrentamento do racismo, sexismo e lesbofobia e igualdade para mulheres jovens,

idosas e mulheres com deficiência (BRASIL, 2008; BRASIL, 2013; GONÇALVES; ABREU, 2018).

No entanto, a partir do golpe de 2016 e consequente início da gestão do ex-presidente Michel Temer, os avanços alcançados até então acabam perdendo força, com a extinção do Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos e sua incorporação ao Ministério da Justiça, bem como cortes orçamentários a serviços de atendimento às mulheres em situação de violência e políticas de incentivo à autonomia das mulheres, por exemplo (GONÇALVES; ABREU, 2018).

As autoras acima citadas apontam também a falta de representatividade de mulheres na conformação dos ministérios e o papel relegado à mulher enquanto aquela que cuida da casa e da família nos discursos do então presidente, que refletem o ideal machista que predomina no campo das políticas públicas.

Com o início do governo do então presidente Jair Bolsonaro a partir de 2019, uma verdadeira demonização da categoria “gênero”, representa um retrocesso ainda maior diante de uma discussão que vinha sendo posta como lente através da qual deveriam ser pensadas as políticas não só para mulheres, mas também para a população LGBTQIA+.

“As declarações do governo, por conseguinte, além de representarem uma contraproposta aos conteúdos de documentos internacionais sobre direitos humanos e igualdade de gênero (...), têm um peso simbólico inferido que se plasma pragmaticamente nas práticas de governo que vêm sendo consumadas. O discurso criado em torno ao gênero oculta propósitos assertivos de despromoção da igualdade de gênero (rebatizada por “ideologia de gênero”), indo além do seu mero caráter de ferramenta de discurso político” (CUNHA, 2020).

Além disso, pautas importantes como a questão do aborto seguro e legal passam a ser minadas por discursos conservadores e de cunho religioso, e temos como representante do chamado Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos, uma pastora evangélica que traz em seu discurso frases como: “uma nova era estava começando no Brasil, uma era em que meninos vestiam azul e meninas vestiam rosa” (CUNHA, 2020, p. 51).

Assim, diante do obscurantismo ao qual vem se constituindo as políticas públicas na atualidade, e nesse sentido, o cuidado à mulher em situação de violência doméstica, refletir sobre o papel da saúde nesse contexto é primordial na busca por alternativas coerentes de cuidado efetivo, acolhedor e integral a quem passa pelas situações de violação de seus

direitos, compreendendo que nessa trajetória o olhar do e para o profissional de saúde é essencial.

Destarte, para que o campo da saúde consiga alcançar o êxito a nível macropolítico, através das proposições da PNAISM, Villela e Monteiro (2005), vão trazer alguns desafios que se mantêm atuais e necessitam ser superados. O primeiro deles diz respeito às ações voltadas para os Direitos Sexuais e Reprodutivos que devem estar inscritos numa proposta de saúde, e não apenas nesse setor, mas sim integrados a educação, economia e trabalho por exemplo, para que de fato as mulheres possam ter autonomia sobre seus corpos e garantia do exercício pleno de sua sexualidade.

O segundo desafio relaciona-se a integração dos princípios da reforma sanitária com a proposta de integralidade nas ações na saúde da mulher, nesse sentido, as autoras exemplificam:

“(...) se formos usar os critérios epidemiológicos de prevalência e magnitude para a definição de prioridades, considerando a ideia de que é impossível atender a todas as necessidades de saúde de todas as mulheres, fatalmente retrocederemos para uma proposta materno-infantil” (VILLELA; MONTEIRO, 2005, p. 24).

Desta forma, é preciso garantir a atenção à saúde sexual e reprodutiva às mulheres com deficiências, garantindo sua acessibilidade aos serviços, bem como a presença de profissionais capacitados, com conhecimento da linguagem de sinais, por exemplo. Bem como o acesso qualificado e acolhedor para as mulheres lésbicas, transexuais e outros grupos populacionais que não costumam freqüentar os serviços de saúde por não encontrarem respostas a suas demandas (VILLELA; MONTEIRO, 2005).

Ainda de acordo com as autoras, o terceiro desafio diz respeito à noção de integralidade, que desde a formulação do PAISM estava relacionada ao reconhecimento da cidadania das mulheres, de sua existência para além da maternidade, ou da posse de um útero; mas que na perspectiva da construção do SUS, volta-se mais para a perspectiva de integração de redes e serviços, confundindo-se com a universalidade do acesso.

No nível micropolítico, Schraiber e d’Oliveira (2008) apontam que o campo da saúde ainda precisa superar a dificuldade existente na prática assistencial dos profissionais de saúde, que não conseguem incorporar a violência enquanto objeto de cuidado, o que as autoras chamam de ‘recusa tecnológica’. Isso se dá porque para os/as profissionais, nenhuma tecnologia assistencial na saúde consegue ter a mesma qualidade técnica que as intervenções

voltadas para o adoecimento que tradicionalmente já são aplicadas, e que se mostrem concretamente eficazes.

Por isso, constitui-se como um desafio para a saúde, o reconhecimento da violência enquanto um **tema complexo**, que demanda da interdisciplinaridade e integração com conhecimentos vindos de outras ciências, especialmente as Ciências Sociais e Humanas, para que se possa estudar e compreender a violência contra a mulher; e enquanto um **tema sensível**, porque viola o direito à existência das mulheres, negando-lhe a sua humanidade, e também pelo seu potencial mobilizador de emoções que acabam sendo revividas em quem relata e também sentidas por quem escuta (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008).

Nesse sentido, as autoras apontam para a importância do reconhecimento das diversidades contextuais as quais a violência contra a mulher podem se apresentar para os profissionais de saúde. Por isso, para a construção de um conhecimento técnico-científico:

“(...) devemos pesquisar na Saúde, aprofundando o conhecimento em termos de realidades empíricas diversas, para podermos conhecer, e posteriormente reconhecer nas práticas de intervenção em saúde, a pluralidade de situações que compreendemos e nomeamos por violência, assim como seus contextos sócio-culturais e desdobramentos em sofrimentos ou danos à saúde” (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008, p. 234).

Destarte, no reconhecimento da complexidade e sensibilidade do tema, cabe aos serviços de saúde e profissionais a capacidade de ver e fazer-ver a violência; o desenvolvimento de um agir ético e comunicativo; a formulação e a implementação técnica apropriada; e organização e gestão dos serviços integrando a violência como tópico essencial na prática assistencial (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2008).

A consolidação de uma assistência em saúde no âmbito da violência, e em especial da violência contra a mulher é atravessada por dificuldades desde a concepção da construção do conhecimento e formulação de políticas, constituindo-se uma questão que necessita estar sempre em voga na saúde para que esta consiga superar os desafios que se apresentam, seja no campo da micropolítica das relações, da construção e aplicação prática do conhecimento técnico-científico ou do contexto sócio-histórico onde ela se apresenta. Ademais, é importante a compreensão de que a violência não é uma questão que atravessa a saúde, mas faz parte dela e deve ser pensada não apenas diante de suas conseqüências para o campo, mas enquanto uma responsabilidade deste.

Por isso, no capítulo seguinte, iremos refletir acerca do processo de trabalho em saúde, para que possamos localizar a oferta do cuidado para mulheres em um campo de complexidade sob a qual as práticas em saúde estão postas.

2. O TRABALHO EM SAÚDE

A partir da compreensão de que as ações de cuidado em saúde à mulher em situação de violência doméstica serão estabelecidas no campo das relações de trabalho, torna-se importante perceber como estas se dão e como o movimento dessas relações de trabalho se coloca como elemento importante diante da análise do cuidado prestado.

Nesse sentido, uma vasta produção teórica se apresenta na busca pela compreensão do trabalho em saúde, onde Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves é grande referência. Inspirado pelos estudos iniciais de Cecília Donnangelo, Mendes-Gonçalves elabora sua análise na década de 90 a partir da perspectiva marxista do trabalho que, segundo Paim (2017) foi conhecimento de grande importância no momento onde o Brasil vivenciava um contexto de pós-ditadura e iniciava seu caminho na busca pela efetividade de uma Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e construção do SUS, que se consolida com a Lei Orgânica da Saúde em 1990.

Outros estudos importantes nesse contexto são os do professor Emerson Elias Merhy, o qual realiza uma análise da micropolítica do processo de trabalho, discutindo conceitos como os de “trabalho morto” e “trabalho vivo em ato” e seus efeitos dentro de processos institucionalizados. Desta forma, o esforço neste capítulo será o de promover a reflexão acerca do processo de trabalho articulando as principais ideias dos referidos autores e dos trabalhos de Lilia Schraiber, Denise Pires, Marina Peduzzi e Deborah Malta.

No entanto, antes de falarmos especificamente do trabalho em saúde, é importante compreender que a dinâmica desse trabalho acompanha os modos de produção do trabalho de maneira geral. Nessa perspectiva, Pires (2000) aponta que a partir da década de 70 nos países desenvolvidos, e no Brasil na década de 90, passa a operar um modo de produção que se caracteriza principalmente pelas inovações em tecnologia, intensificando-se o uso da tecnologia microeletrônica, e pela descentralização do trabalho, que se torna cada vez mais especializado, com crescimento da terceirização dos serviços, além das mudanças na organização e gestão das empresas.

Nesse sentido, Peduzzi (2002) apresenta alguns estudos que corroboram com as características do trabalho apresentadas acima, além do surgimento de novas relações interpessoais no seu interior, exigindo a presença de trabalhadores e trabalhadoras com qualificações que se adequem a tais demandas, sendo assim capazes de estabelecer bons

processos de comunicação, habilidades para atuar em grupo, multifuncionalidade, iniciativa, criatividade e que possua disponibilidade para adquirir novos conhecimentos e ampliar suas funções dentro do serviço, que se tornam cada vez mais integralizadas com os demais atores e atrizes.

O processo de trabalho em saúde “compartilha características comuns com outros setores da economia, por estar marcado por uma direcionalidade técnica e envolver o uso de instrumentos e força de trabalho” (MALTA; MERHY, 2003, p. 62). Desta forma, os trabalhadores de saúde que estruturalmente se alocam no setor de serviços (setor terciário da economia), passam a desenvolver suas atividades que seguem a lógica do avanço das tecnologias de ponta, condições contratuais de emprego diversas e valorização da qualificação e especialização (PIRES, 2000), assim como os demais serviços.

No entanto, apesar de possuir características comuns e acompanhar as modificações dos processos de trabalho nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde possui algumas especificidades em sua concepção analítica.

Em sua tese de livre-docência onde analisa o trabalho em saúde na perspectiva dos gerentes de serviços de saúde, Marina Peduzzi (2007) apresenta a conceitualização de trabalho em saúde elaborada por Mendes-Gonçalves a partir do pensamento de Karl Marx. Este último caracteriza o processo de trabalho a partir de três elementos que o constituem: a atividade com finalidade, ou seja, o próprio trabalho; a matéria sobre a qual o trabalho será incidido, o objeto de trabalho; e finalmente os meios, ou instrumental de trabalho.

Nesse sentido, duas noções são importantes de serem consideradas no entendimento do trabalho humano: a de “energia” e de “transformação”. Desta forma, através da aplicação de determinada quantidade de energia sobre o objeto, o ‘algo’ que havia antes, transforma-se no ‘algo’ depois, de modo intencional (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

O processo de trabalho em saúde é então discutido a partir de uma compreensão de que a medicina e suas tecnociências deveriam ser retiradas de um local de neutralidade e caráter quase ‘sacerdotal’, e analisadas enquanto elementos que estão postos historicamente na sociedade e por ela são influenciados (AYRES, 2015).

“(…) A medicina aparece como prática reiteradamente efetivada nas sociedades humanas, como ação humana, como atividade de uma parte dos membros de uma sociedade através da qual se definem como pertencentes a

ela (...). A medicina aparece então, em primeiro lugar, como trabalho” (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p 55-56).

Por isso, o trabalho em saúde é também ideológico e político, e quando analisado, não deve ser desvinculado dos demais fatores constituintes do momento histórico ao qual ele está inserido.

A partir dessa concepção de trabalho, Mendes- Gonçalves irá apontar que o trabalho em saúde se distingue dos demais no seu objeto, instrumentos, finalidade e agentes.

O **objeto** do trabalho em saúde não está posto no ambiente de maneira “natural”, mas enquanto elemento que se constitui social e historicamente (MENDES-GONÇALVES, 2017a), para que ele exista é preciso que seja identificado pelo trabalhador ou trabalhadora de saúde enquanto algo possuidor de uma necessidade, que é detectada por meio dos saberes que esse trabalhador/trabalhadora possui. A identificação desse objeto pressupõe então a elaboração de um projeto, ou seja, “o reconhecimento de uma necessidade, o produto virtual gerado por sua transformação e os meios e instrumentos através dos quais o homem pode intervir sobre ele” (PEDUZZI, 2007, p. 21).

Ao referir-se às *necessidades*, Mendes-Gonçalves (2017b) afirma que em sua relação com a natureza, o ser humano precisa “necessariamente” ter necessidades, algo que precisa ser satisfeito para que este venha a existir enquanto um ser, e é por meio do trabalho, “como forma naturalmente humana de vir a ser” (p. 326) que essa relação se objetiva.

Essas “*necessidades necessárias*” se constroem sócio-historicamente, e possuem características específicas, que garantem a reprodução social dos seres humanos em certo período, local e grupo de sujeitos. O autor exemplifica com o ato de alimentar-se, que precisa ser feito de determinada forma, com ingestão de determinados alimentos e de uma maneira determinada.

Há ainda as “*necessidades radicais*”, oriundas do modelo de sociedade capitalista, que também são sócio-históricas e objetivadas, porém não são necessidades de reprodução social, mas sim, necessidades que existem para promover o enriquecimento humano, que representam para os sujeitos algo além de uma necessidade, um “dever moral”.

Ambas são necessidades individuais que se estabelecem nas relações entre sujeitos, e nesse sentido, Ricardo Bruno problematiza o uso do termo “necessidade social” entendendo este enquanto demanda produzida individualmente por cada sujeito, que precisa ser suprida

dentro do contexto social, e “necessidades da sociedade”, onde o conjunto das relações que conformam a sociedade faz dela própria, sujeito de necessidades (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

Ainda segundo o autor, o elemento possuidor de uma necessidade entra no processo de trabalho transformado de maneira parcial em um objeto, que ao final do processo, não se determina apenas enquanto um produto, mas sim enquanto o mesmo elemento portador de necessidades que por hora foram supridas. Nesse sentido, Pires (2000) coloca que esse objeto pode ser o indivíduo ou coletividades, que estejam expostos ou não a riscos, necessitando de medidas curativas, preservação da saúde ou prevenção de agravos.

Os **instrumentos ou meios de trabalho** utilizados no processo de trabalho em saúde são selecionados de acordo com as demandas do objeto, podendo ser materiais ou imateriais, destarte, Mendes-Gonçalves (2017a) distingue os instrumentos de trabalho em três categorias, como veremos adiante.

A primeira é aquela dos instrumentos que possibilitam a apropriação do objeto, correspondendo à *dimensão intelectual* do trabalho que permite a elaboração de um conhecimento sobre o objeto. De acordo com o autor, esses instrumentos permitem “um passo intermediário, que não interfere na natureza do objeto a não ser na consciência que o trabalho toma dele” (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 96), permanecendo assim, com sua necessidade que o caracterizou enquanto objeto do trabalho, até que esta venha a ser modificada pela segunda categoria de instrumentos. Nesta, estão os instrumentos que permitem a execução da transformação do objeto, possibilitando o alcance das finalidades do trabalho, desta forma, pode ser relacionada à sua *dimensão manual*.

A terceira categoria é caracterizada pelas condições materiais que não participam diretamente do processo de trabalho, mas que sua ausência inviabiliza a execução do trabalho em saúde, como o local de trabalho. Mendes - Gonçalves utiliza o hospital como exemplo nesse sentido, visto que historicamente foi um importante local onde se desenvolveu o trabalho médico.

O autor ainda destaca que a instrumentalização do conhecimento não pode ser compreendida fora da prática do trabalho, pois para além da sua compreensão epistemológica, é na própria prática que este conhecimento é produzido em um determinado momento histórico, constituindo um *saber*. Este compreendido enquanto “generalizações conscientes e

estruturas obtidas a partir da prática, e que expressam tanto nos instrumentos quanto nos discursos a sua materialidade, de forma diversa” (MENDES-GONÇALVES, 2017a, p. 104).

Desta forma, Peduzzi (2002) traz a definição de *saber* de acordo com Foucault, enquanto:

“(...) o conjunto de elementos formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência; (...) o domínio constituído pelos diferentes objetos que adquirirão ou não um estatuto científico; o espaço em que o sujeito pode tomar posição para falar dos objetos de que se ocupa em seu discurso; e ainda o campo de coordenação e subordinação dos enunciados, em que os conceitos aparecem, se definem, são aplicados e se transformam” (PEDUZZI, 2002, p. 81).

Portanto, é fazendo uso desse *saber* que o trabalhador opera seu processo de trabalho, um saber operante que media a conexão entre objeto, instrumentos e a atividade do trabalho (MENDES-CONÇALVES apud. PEDUZZI, 2002). É o *saber operante*, “também denominado tecnológico, que orienta a aplicação da ciência, da perspectiva da racionalidade do trabalho” (SCHRAIBER et al, 1999).

Já a **finalidade do trabalho em saúde** refere-se ao que se deseja alcançar por meio das ações que compõem o processo de trabalho (PEDUZZI, 2007), ou seja, é a própria prestação da assistência terapêutica, de cuidado, que é consumida ao mesmo tempo em que é produzida (PIRES, 2000; MALTA, MERHY, 2003).

O quarto e último elemento do processo de trabalho destacado por Mendes-Gonçalves é o/a **agente**, ou seja, o trabalhador e a trabalhadora de saúde, que só podem ser observados a partir de sua relação com os demais elementos de trabalho, e que torna este possível (PEDUZZI, 2007).

Nesse sentido, é importante compreender que o trabalho em saúde na atualidade se dá principalmente de maneira coletiva, realizado por diversos agentes, com diferentes especialidades, treinados para manter a estrutura institucional (PIRES, 2000). Novas formas organizacionais, que acompanham o desenvolvimento industrial do modelo capitalista, são postas aos trabalhadores e trabalhadoras e com elas, desafios nas relações dentro da prática cotidiana principalmente no que se refere ao caráter multiprofissional do trabalho, interdisciplinaridade nas ações, autonomia profissional, considerando não somente a dimensão técnico-científica, mas ético-política, inter-relacional e de comunicação (PEDUZZI, 2002).

Segundo Mendes-Gonçalves (2017b), com a virada para o sistema capitalista a partir do século XVI e a construção de uma nova racionalidade especialmente em decorrência das modificações nas estruturas sociais, o campo da saúde se depara com novas necessidades decorrentes desse novo sistema econômico, que precisam ser respondidas. Nesse sentido, os corpos dos sujeitos que constituem essa sociedade ganham novas representações diante dos modos de se levar a vida, compreendidos assim pelo sistema, enquanto força de trabalho que é então vendida e necessária tanto em quantidade quanto em qualidade para responder às demandas de produção.

O autor coloca ainda que a conformação das estruturas das sociedades capitalistas só é possível a partir de princípios político-ideológicos, como o da igualdade. Nesse sentido, Mendes-Gonçalves salienta que não significa que as sociedades capitalistas sejam igualitárias, mas baseiam-se na crença de que através desse sistema, a igualdade entre os grupos sociais pode ser alcançada (apesar de ser evidente que a desigualdade é um elemento estruturante desse tipo de sociedade). Desta forma, a ampliação da busca por esse princípio avança e se expressa de modo bastante evidente através do crescimento do consumo de bens pelas classes subalternas.

A partir dessas concepções, então, o trabalho em saúde se desenvolve de modo que possa abordar três aspectos:

“(…) como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala, e finalmente, como forma de ampliar efetivamente o direito de consumo das classes subalternas” (MENDES-GONÇALVES, 2017b, p. 351).

Para que fosse possível a concretização das ações em saúde visando responder de modo eficaz tais demandas, dois modelos de atenção se estabelecem de modo complementar, um voltado para o controle da doença – o modelo epidemiológico, e o outro com ênfase na recuperação dos doentes, ou da força de trabalho – o modelo clínico (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

De acordo com o autor, partindo de uma concepção de doença enquanto fenômeno coletivo, o modelo epidemiológico se constitui a partir das experiências históricas com as epidemias e desenvolvimento do raciocínio matemático na ciência moderna. Assim, tornava-se possível prever a ocorrência de fenômenos em um dado tempo e espaço, bem como fazer uma análise da associação entre fatores socioambientais e a ocorrência de doenças.

O desenvolvimento deste conhecimento permitiu que nas práticas de saúde, um determinado ‘objeto de trabalho’, que pode ser um conjunto de casos de uma doença, com fatores associados que o caracterizam, possa ser transformado em ‘produto’, ou seja, o controle do número de novas ocorrências. Para isso, alguns instrumentos de trabalho em saúde como o saneamento ambiental e a educação em saúde surgem (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

Já o modelo clínico se consolida no século XX, trazendo uma visão biologicista e individualizante a partir do desenvolvimento de instrumentos de trabalho que possibilitaram a transformação dos ‘objetos de trabalho’ (os trabalhadores e trabalhadoras doentes) em ‘produtos’ (mão de obra apta para exercer suas funções), como a farmacêutica e as técnicas de cirurgia (MENDES-GONÇALVES, 2017b).

Neste momento, o autor aponta para a centralidade do trabalho do médico, que é então responsável por todas as etapas do processo, mas que a partir da constituição dos hospitais modernos e sua característica institucional passa a compartilhar a execução do trabalho com os profissionais da enfermagem e posteriormente com as demais profissões que detinham conhecimentos especializados como a odontologia, fisioterapia, terapia ocupacional e serviço social.

Ambos os modelos coexistem especialmente na virada do século XIX para o século XX, mas sua integração neste e nos períodos que se seguiram se deu por meio de sobreposições de um modelo sobre o outro e vice-versa, compreendidos como opostos na prática (MENDES-GONÇALVES, 2017b). De acordo com Franco e Merhy (2013), no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), essa oposição foi construída pelos seus idealizadores, partindo de um imaginário que gerou a divisão simbólica e discursiva entre o modelo preventivista e o modelo clínico⁸.

“Essa falsa polaridade vigilância e clínica é transmitida pelos diversos dispositivos de construção do SUS, a formação, educação em saúde, regulação do sistema, protocolos de serviços, etc... e assim forma-se no âmbito da produção do cuidado uma subjetividade que opera coletivamente na produção de serviços altamente implicados com a promoção e prevenção da saúde, e por outro lado pouco comprometidos com uma prática clínica cuidadora” (FRANCO & MEHRY, 2013, p. 134).

⁸ De acordo com os autores, a polarização desses modelos no âmbito da RSB, se dá principalmente porque a clínica foi associada ao modelo biomédico, e desta forma colocam: “Fazemos questão de ressaltar que não precisaria necessariamente significar isto, pois a clínica pode ter várias conotações e práticas diferentes e pode inclusive constituir vários campos” (FRANCO & MERHY, 2013, p. 134).

Nesse sentido, várias tentativas de inovação em modelos de atenção no Brasil têm se solidificado, como as Ações Programáticas em Saúde, Clínica Ampliada, Distritos Sanitário, Acolhimento e Vigilância em Saúde (PAIM, 2017; TEIXEIRA & VILASBÔAS, 2014), sendo aqui importante salientar a observação feita por Mendes-Gonçalves (2017b) de que se desprovida de um pensamento político que norteie as técnicas, os modelos podem cair num local apenas de práticas burocráticas e estéreis.

Diante dessas dimensões do trabalho em saúde, Emerson Elias Merhy faz a sua reflexão acerca da micropolítica deste trabalho. O autor parte dos trabalhos de Ricardo Bruno como um dos principais aportes teóricos, no entanto, faz uma crítica à sua análise, pois considera que esta não alcança elementos mais profundos que se apresentam na dinâmica do trabalho.

Merhy acusa um “aprisionamento do processo de trabalho em saúde a uma lógica instituída e dada estruturalmente” (MERHY, 1997a, p. 31), a lógica capitalista. Ou seja, para explicar os processos de trabalho, aquilo que já está posto institucionalmente se apresenta de modo bastante influente – como se observa na distinção entre os modelos tecnológicos de atenção apontados acima - o que leva à percepção de que a possibilidade de mudanças vem de um lugar externo ao processo de trabalho, limitando o potencial transformador do “trabalho vivo em ato” (MERHY, 1997a).

De acordo com o autor, na sua micropolítica, o processo de trabalho em saúde se apresenta em uma dinâmica de disputa entre o que é instituído – a representação do trabalho morto – e o trabalho onde se desenvolvem novos processos, com diferentes possibilidades – o trabalho vivo em ato (MALTA & MERHY, 2003).

Para melhor compreensão destes e de outros conceitos desenvolvidos por Merhy em seus estudos, neste momento, retornaremos a uma análise mais geral do processo de trabalho. Nesse sentido, o autor faz uma alusão ao trabalho de um artesão marceneiro na produção de uma cadeira, como veremos a seguir.

O “**trabalho vivo**” é o trabalho criador do marceneiro, aquele que está posto em ato e dará origem à cadeira, já os recursos utilizados como ferramentas ou matéria-prima são identificados como “**trabalho morto**” dentro do processo de trabalho do marceneiro, pois esses recursos entram na produção da cadeira como uma “cristalização” de um trabalho vivo

anterior, assim como a cadeira produzida poderá ser identificada como um trabalho morto dentro de um posterior processo de trabalho (MERHY, 1997a).

Quando o trabalho vivo está em ação, o trabalhador é detentor de certa autonomia para fazer uso do trabalho morto que está disponível e conduzir o processo, o que Merhy vai denominar de um “**autogoverno**”. No entanto, a forma como este elemento se desenvolve no processo de trabalho recebe influência da “**dimensão tecnológica**”⁹ onde o trabalho está inserido, a qual se encontra no grupo do trabalho morto.

Nesse sentido, ainda pensando no artesão-marceneiro e a construção de uma cadeira, o autor exemplifica o elemento da dimensão tecnológica pensando no contexto ao qual essa cadeira será construída: para uso próprio ou para ser vendida. Na primeira dimensão, o marceneiro terá mais liberdade para escolher a cor, formato, finalidade do uso e até mesmo o tempo que será gasto para sua produção. Já na segunda, essa possibilidade é reduzida, pois o marceneiro precisa construir uma cadeira que responda às necessidades do mercado. Assim, a dimensão tecnológica “captura” partes do trabalho vivo do marceneiro de diferentes maneiras.

Essa analogia é interessante para facilitar a compreensão no momento em que nos detemos ao trabalho em saúde, onde podemos pensar no trabalho institucional em saúde guiado sob determinados modelos de atenção, como a dimensão tecnológica que vai fazer a “captura”¹⁰ do trabalho vivo e influenciar na autonomia do trabalhador ou da trabalhadora de saúde.

Em comparação aos outros setores da economia, na saúde, há maior possibilidade do exercício dessa autonomia ou “autogoverno” e a consequente manifestação do trabalho vivo, visto que:

“Um operário numa fábrica tem o seu processo de autonomia controlado, pois previamente se decide o produto do seu trabalho. Já no setor saúde, mesmo que o "trabalho vivo" seja "capturado" pelas tecnologias mais estruturadas, (...) ou se estiver também submetido ao controle empresarial,

⁹ Merhy e Mendes-Gonçalves concordam com a noção de que a tecnologia em saúde não se limita à materialidade dos instrumentos envolvidos no processo de trabalho, ou ao equipamento tecnológico, mas sim ao saber fazer que é construído, expressando o conjunto de técnicas sob as quais o processo trabalho se organiza. (MERHY, 1997a; SCHRAIBER, 2017). “A tecnologia representará, assim, o arranjo de práticas de saúde tecnicamente reprodutor, no trabalho assistencial em saúde, do tipo histórico determinado de arranjo do conjunto das práticas sociais em que se insere na contínua produção da sociedade capitalista” (SCHRAIBER, 2017, p. 255).

¹⁰ Nesse sentido, Merhy (1997a) coloca que determinadas forças instituídas capturam o trabalho vivo em ato, sendo estas: as tecnologias duras (recursos materiais) e leve-duras (saberes estruturados); e os modos como as necessidades são produzidas e supridas.

no encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o "**espaço intercessor**" com possibilidades de danças, de atos criativos" (MALTA & MERHY, 2003, p. 64).

Para pensar o espaço intercessor no trabalho em saúde, Merhy utiliza em seus textos a ilustração de duas elipses que se cruzam, representando cada uma, os agentes que estão participando daquele momento, e o espaço que se forma onde as elipses se conectam, é o espaço intercessor. Este é produzido em ato, na relação entre os dois sujeitos (e/ou coletividades), onde acontece a troca, o encontro das necessidades¹¹ de ambos, enquanto forças instituintes são postas e podem se apresentar de maneiras distintas, podendo ser conflituosas ou não (MALTA & MERHY, 2003; MERHY, 1997a).

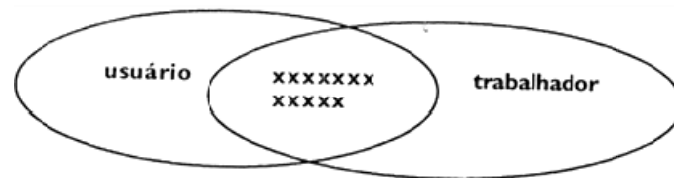


Figura 1. Espaço Intercessor produzido no processo de trabalho em saúde (MERHY, 2002).

Ainda segundo a autora e o autor acima citados, é na relação estabelecida neste momento, onde surge a possibilidade de mudança, de desenvolvimento da criatividade, e geram-se processos que “fogem” do instituído, criando novas formas de transformação em saúde: os “**ruídos**”, a manifestação do trabalho vivo em ato na sua potência. Por outro lado, dentro de uma perspectiva institucional que “captura” e “cristaliza” o trabalho vivo em trabalho morto, aquilo que é ruidoso é compreendido como uma disfunção no processo de trabalho.

Na saúde, tais intercessões que se estabelecem na relação entre o trabalhadores/as e usuários/as são sempre “partilhadas”¹², constituídas por sujeitos portadores e elaboradores de

¹¹As necessidades, estabelecidas histórico e socialmente, não são compreendidas aqui apenas de modo negativo, como “carências”, ou ausência de algo. Mas também de uma maneira positiva, enquanto uma “expressão de um ser que em potência ‘deseja’ ser, deseja positivamente existir, ser mundo e parte dele, deseja como uma vontade de ‘potência de ser’, como uma ‘máquina desejante’” (MERHY, 1997a, p. 15). Como exemplo, o autor pensa em um usuário que procura o serviço de saúde buscando ajuda para conquistar maior autonomia no seu modo de levar a vida e encontra essa possibilidade nos espaços intercessores que são construídos.

¹²Merhy (2002) descreve dois tipos de intercessões que podem ser estabelecidas nas relações de trabalho. A intercessão do tipo “objetal” é aquela que se dá na maioria dos processos de trabalho, onde a relação de quem produz com quem consome o que é produzido é mediada pelo produto, e o consumidor é externo ao processo. Como exemplo pode-se ainda utilizar o marceneiro, que entrega a cadeira pronta para o consumidor e tem seu momento de intercessão no processo de trabalho, com a madeira. Na relação entre o trabalhador ou trabalhadora de saúde e o usuário ou usuária do serviço, o consumo do produto se dará ao mesmo tempo em que ele é produzido, estabelecendo-se uma relação onde quem consome e quem produz estão participando de maneira simultânea do processo, uma relação do tipo “partilhada”.

necessidades. Ainda que o modelo tecno-assistencial vigente seja, de maneira direta ou indireta, silenciador dos agentes consumidores, colocando apenas os agentes da prática em posição de protagonismo, os processos ruidosos existirão, mesmo que ele se manifeste, por exemplo, na busca do usuário por outro serviço, por não ter suas necessidades atendidas inicialmente (MERHY, 1997b).

Aqui, cabe uma breve reflexão acerca dos diversos saberes operantes enquanto instrumentos construídos no trabalho vivo em ato, como vias que possibilitam esse movimento contrário às forças instituintes de maneira ética, que permitam a transformação da prática na presença e por meio dos ruídos. Nesse sentido, Schraiber (1996) vai apontar para a subjetividade enquanto um elemento também presente, entendendo que os trabalhadores da saúde para além de agentes da técnica, também se apresentam enquanto sujeitos do trabalho.

A autora vai apontar que no trabalho, os profissionais de saúde fazem escolhas e tomam decisões que não são somente guiadas pela técnica, mas expressam valores éticos, projetos ou interesses políticos através das ações técnicas. Na tecnologia de trabalho em saúde se expressam tensões que tornam esse processo instável através da necessidade de se articular a aplicação do conhecimento técnico-científico pelo agente do trabalho e a construção de éticas comportamentais diante das diversas demandas, tanto de quem necessita do cuidado, quanto do/da próprio/a agente.

Schraiber afirma que a adequação da ciência a ser aplicada diante da diversidade de cada caso “tensiona a objetividade da ciência e sua aplicabilidade em técnica¹³” (SCHRAIBER, 1999, p. 47), exigindo assim que o/a agente sintetize o que é normativo com a sua particularidade, o que envolve juízo subjetivo e escolhas de cunho pessoal.

Deste modo, a possibilidade de transformação constante na aplicação do técnico-científico na prática amplia a possibilidade de exploração das subjetividades de agentes do trabalho, ainda que dentro do campo operacional, mas também põe em evidência aspectos importantes que norteiam as práticas de trabalhadores e trabalhadoras em saúde, como a ética e a moral (SCHRAIBER, 1999).

Nesse sentido, ao retomar o conceito de energia colocada no processo de trabalho, Merhy (1997a) vai questionar que tipo de energia é essa que está posta, se é somente aquela

¹³ De acordo com a autora, os trabalhos são atos técnicos. A técnica é um saber-fazer que pode ser transmitido entre os/as agentes do trabalho. Quando essa técnica possui base na ciência, sua aplicação no trabalho vem de um “conhecimento do tipo teoria”, que é anterior ao agir prático, mas não externo a ele (SCHRAIBER, 1999).

apropriada pelo trabalho morto, que solidifica aquilo que está instituído, ou se é também aquela manifesta pelo trabalho vivo em ato, na sua potência, que está constantemente presente e gerando processos ruidosos.

“Não será que a subjetividade em ato, como essencialidade do homem em ação, não extravasa o sujeito da prática, das atividades, se esta for só entendida exclusivamente como momento capturado? Por que será que aquele, como um processo em ato, tem que ser permanentemente capturado?” (MERHY, 1997a, p. 32).

De acordo com Franco e Merhy (2013), na produção do cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), apesar de estarem sendo guiados por normativas institucionais, os trabalhadores atuam de modo diferente, de acordo com suas singularidades. Nesse sentido, apesar de seguirem normas padronizadas pela ESF, estas acabam sendo limitadas no ato da prestação de cuidado, pois é no encontro com o usuário ou usuária que será definido o modo como o cuidado se dará de fato.

Tomando como referência os estudos de Suely Rolnik sobre a cartografia, os referidos autores colocam que nos processos de trabalho apresentam-se os mais diversos “*territórios existenciais*”, ou seja, “o que tem dentro de cada um, e define sua forma de significar e interagir com o mundo” (FRANCO; MERHY, 2013, p. 131), que estão constantemente se construindo e desconstruindo. Esses territórios existenciais podem significar valores diversos, como o de acolhimento e vínculo, mas também o oposto, e são eles que irão apontar o modo como o cuidado será produzido. Ou seja, são os territórios existenciais que habitam cada trabalhadora e trabalhador, individual ou coletivo, constituindo-os enquanto agentes com seus valores ético-políticos, que vão definir a maneira como se oferta o cuidado, para além dos territórios físicos.

“A produção subjetiva do meio em que se vive e trabalha é marcada por uma constante desconstrução e construção de territórios existenciais, segundo certos critérios que são dados pelo saber, mas também e fundamentalmente seguindo a dimensão sensível de percepção da vida, e de si mesmo, em fluxos de intensidades contínuas entre sujeitos que atuam na construção da realidade social” (FRANCO; MERHY, 2013, p.123).

Desta forma, a subjetividade humana ultrapassa o que está posto institucionalmente se apresentando em forma trabalho vivo e em ato, o que significa que não há a possibilidade do trabalho vivo ser completamente absorvido, “capturado”, e por isso, no campo do trabalho em saúde haverá sempre a possibilidade de se pensar em novas práticas e construção de cuidado, principalmente por meio das tecnologias leves.

Portanto, na micropolítica do trabalho em saúde “não cabe a noção de impotência” (p. 61), pois ele está sempre sujeito à intervenção gerada pelo trabalho vivo em ato, podendo se apresentar por meio de processos criativos capazes de romper com a lógica do instituído (MERHY, 2002).

Para que esses processos catalisadores de mudanças se manifestem, o autor vai defender a construção de *trabalhadoras e trabalhadores coletivos* no campo da saúde, que sejam capazes de levantar vínculos solidários na relação entre si e para com os usuários, pois “sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem colocar todas as suas sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para a produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (MERHY, 1997b, p. 126).

Assim, é necessário também que os modelos de atenção aos quais as práticas do trabalho em saúde se inserem permitam a absorção do trabalho vivo de modo que ele não se transforme apenas em trabalho morto, sem que seja feito uso de seu potencial crítico e transformador.

“Para Campos, tal tarefa passa pela busca da construção de um modelo tecnoassistencial, que não pode desprezar nenhum recurso tecnológico, clínico e, ou, sanitário para sua ação, no qual ocupa lugar estratégico o trabalho médico, comprometido e vinculado com os usuários, individuais e coletivos, atuando em equipes multiprofissionais, operadores de conhecimentos multidisciplinares” (MERHY, 2002, p.33).

Desta forma, é importante que se estabeleçam processos de trabalho em saúde que valorizem a produção do trabalho vivo em ato e a construção de saberes operantes que promovam novos modos de promover o cuidado em saúde.

Para isso, é necessária ainda a compreensão trazida por Ricardo Ayres de que as práticas de saúde se dão no encontro das intersubjetividades, entre sujeitos que estão em permanente estado de transformação e construção de suas identidades. E que por isso, a experiência em saúde é espaço de compartilhamento de diferentes noções do que é o ‘bem-viver’ (AYRES, 2001; AYRES, 2007). Destarte, assim como em qualquer caso no campo, a oferta do cuidado prestado às mulheres em situação de violência doméstica, deve ir além da busca pelo êxito técnico, ao encontro do sucesso prático.

Ayres (2001, 2007) refere que o **êxito técnico** se relaciona ao caráter instrumental da ação, ou seja, o alcance de uma finalidade por meio do que já está previamente estabelecido, que orienta o *como fazer*. Já o **sucesso prático** está vinculado às dimensões significativas e

simbólicas que as ações podem ter na vida de cada pessoa, “diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações” (AYRES, 2007, p. 54).

O autor questiona a busca pelo êxito técnico, ou seja, o controle, tratamento ou cura da patologia e adverte sobre a possibilidade desta preocupação levar a uma relação objetificadora do cuidado. O que Ayres (2001) aponta é a necessidade de uma compreensão de sujeito enquanto aquele dotado de identidade e capacidade transformadora, que para além de sua subjetividade é um ser intersubjetivo, aquele que se constitui na presença do Outro, entendendo “o caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos” (p. 65).

Deste modo, para além do êxito técnico, as práticas voltam-se para a busca do sucesso prático, aquele voltado para a existência humana, o alcance da felicidade dentro de um projeto (AYRES, 2001). Assim, êxito técnico e sucesso prático podem caminhar juntos, de modo que os encaminhamentos de uma mulher vítima de violência doméstica aos serviços de assistência especializados (êxito técnico) podem ser conquistados por meio de uma escuta qualificada ou um acolhimento, onde a voz da mulher seja valorizada, sua história de vida, desejos, anseios e medos, de modo que esta se sinta sujeito do cuidado (sucesso prático), por exemplo. Do mesmo modo que a partir do sucesso prático, o êxito técnico pode ser atingido. Destarte, Ayres (2004) aponta para a “permeabilidade do técnico ao não técnico” (p. 22) que deve estar presente nas práticas humanizadas de cuidado.

Assim, a oferta do cuidado está muito mais implicada em *o quê fazer*, do que no *como fazer*, frente ao caráter constante de mutação da vida. O que não significa que os instrumentos no trabalho em saúde não são importantes, pelo contrário, são elementos essenciais, mas que devem ser repensados e re-colocados diante da prática, de modo que favoreçam a construção de novos saberes práticos (AYRES, 2007).

Nessa perspectiva, a referência normativa para o alcance do sucesso prático, é o **projeto de felicidade** construído pelos sujeitos, sejam estes indivíduos ou coletividades, e que se apresentam no contato com o outro, nesse caso, um trabalhador ou trabalhadora de saúde, gestor/a, equipes, entre outros.

“Pela expressão *projeto de felicidade*, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas

ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação” (AYRES, 2007, p. 54).

Se os projetos de felicidade são conformados pelos modos como as pessoas consideram que a “Boa Vida” pode ser vivida, diante das práticas de saúde, eles também possuem dimensões éticas e estéticas que estão pujantes na oferta o cuidado. Por isso, compreender como se dá a busca da felicidade, não implica a passividade e conformismo no momento da assistência, mas sim o potencial papel de agente colaborador e incentivador da transformação (AYRES, 2001, 2007).

Para alcançar tal tarefa, Ayres (2001) enfatiza que o diálogo é a principal via de aproximação e conexão, não somente de modo verbalizado, mas por meio de um olhar e uma postura que permita a construção de espaços, estes chamados por Merhy (1997a) de espaços intercessores, dotados de possibilidades.

Compreende-se então que o cuidado ofertado à mulher em situação de violência doméstica na saúde se dá num campo onde o processo de trabalho está sendo constantemente movimentado por forças da ordem do técnico-científico e das subjetividades humanas, que precisam estar articuladas em espaços e momentos históricos, sociais, econômicos e políticos que influem diretamente nas práticas, e tornam o processo do trabalho um constante estado de dinamicidade e complexidade.

Assim, cientes do referencial teórico sob os quais esse estudo está embasado, seguimos no texto com a descrição do percurso metodológico atravessado.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Da natureza do estudo

Este estudo caracteriza-se como um estudo qualitativo. De acordo com Minayo et al (2002), a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Assim, ela “trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos” (p.22).

Ainda de acordo com os autores, os/as pesquisadores/as que utilizam a abordagem qualitativa buscam o aprofundamento da compreensão dos significados das ações e relações humanas. Para isso, trabalham com a vivência, com o cotidiano, com as experiências e a compreensão das estruturas e instituições enquanto resultados da ação humana.

Numa perspectiva Dialética, o método qualitativo:

“(...) Abarca não somente o sistema de relações que constrói o modo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados” (MINAYO, 2004, p. 11).

Desta forma, considera-se que os fenômenos são determinados socialmente, mas também estão sujeitos a transformações impostas pelos indivíduos. Por isso, é necessário compreender a exterioridade e interioridade como elementos que constituem estes fenômenos (MINAYO et al, 2002), sendo então inseparáveis e interdependentes, superando dicotomias qualitativo/quantitativo, macro/micro, interior/exterior (MINAYO, 2004).

3.2 Do contexto de pesquisa e participantes

Este estudo foi realizado junto a trabalhadores de uma Unidade de Saúde da Família de Salvador, Bahia. Trata-se de um município que possui cerca de 2.938.092 habitantes (Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, 2018). Sua organização territorial em saúde é feita em 12 Distritos Sanitários (DS). De uma maneira geral, 2.986 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde estão distribuídos nestes territórios, sendo que desse total, 432 são vinculados ao SUS, onde 30,09% é constituído pela rede complementar e 69,91% pela rede pública, e destes últimos, mais de 80% estão sob a gestão municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, 2018a).

Com relação à rede de Atenção Primária à Saúde, Salvador dispõe de 121 Unidades de Atenção Primária à Saúde, destas, 46 são Unidades Básicas de Saúde sem Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 75 são Unidades Básicas com ESF. A rede conta com 250 equipes de Saúde da Família – EqSF implantadas; 03 equipes de Consultório na Rua e 11 Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, 2018a).

Segundo dados de dezembro de 2020 do Sistema de Informação e Gestão da Atenção Básica (e-Gestor AB), o município possui uma cobertura da Atenção Primária à Saúde (APS) de 56,36% e da Estratégia Saúde da Família (ESF), de 40,24%, ainda de acordo com dados do e-Gestor.

No que tange a violência contra a mulher, Salvador conta com uma rede de serviços assistenciais no enfrentamento: o Centro de Referência Loreta Valadares, que presta atendimento psicológico, social e jurídico para mulheres em situação de violência; assim como o Centro de Referência Especializado de Atendimento à Mulher Arlette Magalhães (CREAM); o Centro de Atendimento a Mulher Soteropolitana Irmã Dulce (CAMSID) que oferece acolhimento e abrigamento temporário para mulheres em situação de violência e o Serviço Viver/IMLNR – Serviço de Atenção a pessoas em situação de violência sexual.

Também fazem parte da rede, o Núcleo de Defesa da Mulher (NUDEM) vinculado à Defensoria Pública do Estado da Bahia, onde é ofertada orientação jurídica, apoio psicológico, requerimentos de medidas protetivas e encaminhamentos para outros serviços da rede; o Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher e População LGBT (GEDEM), vinculado ao Ministério Público da Bahia, que tem por finalidade a integração e intercâmbio entre os órgãos do MP que atuam na defesa e proteção da mulher.

A Secretaria de Políticas para Mulheres, Infância e Juventude (SPMJ); a Coordenadoria da Mulher do Tribunal de Justiça do estado; duas Delegacias Especiais de Atenção à Mulher (DEAM); quatro Varas de Violência Doméstica e Familiar; a Ronda Maria da Penha, realizada pela Polícia Militar da Bahia e as Promotorias de Justiça e Combate a Violência Doméstica.

Por fim, os Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros Especializados (CREAS); as Casas Abrigo, sob responsabilidade da Secretaria de Justiça, Direitos Humanos e Desenvolvimento Social; o Hospital da Mulher Maria Luzia Costa dos

Santos e o Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA) que assiste a mulheres vítimas de violência sexual a partir da oferta de profilaxia para IST's/AIDS, contracepção de emergência e abortamento legal. Todos estes serviços citados propõem-se a estar em articulação com os demais serviços de saúde, assistência social e segurança pública.

Contando a devida aprovação pela Secretaria Municipal de Saúde, a pesquisa foi realizada com trabalhadores e trabalhadoras integrantes da Estratégia de Saúde da Família de uma Unidade de Saúde da Família, localizada em um dos Distritos Sanitários de Salvador. Esta se destaca por ter sido a USF do município de Salvador que mais realizou notificações de violência contra a mulher entre 2011 e 2019, um total de 12 registros, segundo dados da Secretaria de Vigilância Epidemiológica do município.

A Unidade de Saúde da Família em questão acompanha cerca de 16 mil indivíduos e conta com 4 Equipes de Saúde da Família (EqSF) e 1 Núcleo Ampliado em Saúde da Família (NASF).

Participaram do estudo 16 servidores/as, sendo: 6 agentes comunitários/as de saúde, 4 enfermeiros/as, 2 cirurgiões/ãs dentistas e 1 auxiliar de saúde bucal integrantes das 4 EqSF e 1 psicóloga, 1 assistente social e 1 fisioterapeuta do NASF. Uma dificuldade encontrada foi a adesão dos profissionais da medicina das EqSF ao estudo, sendo então a única categoria da equipe mínima que não foi entrevistada.

O vínculo empregatício predominante dos/das participantes é o de empregado público do município, regido pela CLT e com aprovação em Concurso ou Processo Seletivo Público, apenas uma pessoa possui cargo de comissionado.

Predominou no estudo pessoas que se identificam com o gênero feminino, compreendendo 81,25% do total de participantes, restando 18,75% do gênero masculino. 50% dos participantes possuem entre 30 e 40 anos, 37,5% possuem entre 41 e 50 anos, e 12,5% possuem 51 anos ou mais.

No quesito raça/cor, 43,75% se autodeclararam pardos/as; 37,5% pretos/as, e 18,75% brancos/as. Quanto à religião, 43,75% são católicos; 12,5% evangélicos e outros 43,75% não possuem. A metade dos/das participantes trabalham na USF há cerca de 6 a 10 anos, 25% há 21 anos ou mais, 12,5% estão no serviço há cerca de 11 a 20 anos e outros 12,5% possuem menos tempo, até 5 anos de atuação.

A seguir, a **tabela 1** traz o perfil desses participantes de maneira sistematizada:

Tabela 1: Perfil dos participantes na pesquisa (autoria própria).

Gênero	N	%
Feminino	13	81,25
Masculino	3	18,75
Idade		
30 a 40 anos	8	50%
41 a 50 anos	6	37,5%
51 anos ou mais	2	12,5%
Raça		
Branca	3	18,75%
Parda	7	43,75%
Preta	6	37,5%
Estado Civil		
Casada/o	7	43,75
Solteira/o	4	25%
Convive com parceira/o	4	25%
Divorciada/o	1	6,25%
Religião		
Católica	7	43,75%
Evangélica	2	12,5%
Não possui	7	43,75%
Formação		
Médio Completo	5	31,25%
Superior Completo	11	68,75%
Área de Atuação		
Psicóloga/o	1	6,25%
Fisioterapeuta	1	6,25%
Assistente Social	1	6,25%
Enfermeira/o	4	25%
Cirurgiã/ão Dentista	2	12,5%
Auxiliar de Saúde Bucal	1	6,25%
Agente Comunitária/o de Saúde	6	37,5%
Tempo de trabalho na Unidade		
Até 5 anos	2	12,5%
6 a 10 anos	8	50%
11 a 20 anos	2	12,5%
21 anos ou mais	4	25%

3.3 Dos procedimentos de produção de dados

Para que os dados desse estudo pudessem ser construídos, inicialmente seria utilizada a técnica de observação participante na USF, combinada com entrevistas semi-estruturadas também in loco. No entanto, em decorrência da pandemia do novo coronavírus, foi necessária uma readequação nesse processo, de modo que a qualidade das informações e o alcance dos

objetivos não fossem prejudicados. Dessa forma, a entrevista semi-estruturada realizada de maneira remota foi escolhida como principal fonte de dados.

Segundo Minayo (2004), a entrevista é a técnica mais utilizada no trabalho de campo, seja no seu uso mais amplo de comunicação verbal, seja no sentido mais restrito de coleta de dados sobre um determinado tema. A autora traz a definição de entrevista de pesquisa elaborada por Kahn e Cannell:

“Conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo” (KAHN; CANNELL, 1962 apud MINAYO, 2004, p.108).

Por meio desta conversa, é possível obter tanto dados “objetivos” ou “concretos”, ou seja, aqueles que podem ser obtidos por meio de estatísticas, censos e registros civis de diversas naturezas; quanto dados que se referem diretamente ao entrevistado, como valores, ideias, crenças e sentimentos, sendo assim, elementos mais subjetivos (MINAYO, 2004).

Quanto à estruturação da entrevista, uma das possibilidades que Minayo apresenta é a entrevista semi-estruturada, que se caracteriza pela combinação de perguntas abertas e fechadas, onde se permite que o entrevistado possa discorrer sobre determinado tema sem que o entrevistador estabeleça condições prefixadas. Na medida em que proporciona um direcionamento da conversa, a entrevista semi-estruturada também permite que o entrevistado realize uma auto-reflexão acerca do assunto abordado, compreendendo que os discursos e ações dos sujeitos vão se construindo na comunicação com o outro, ampliando assim, o potencial transformador do diálogo (FRASER; GONDIM, 2004).

Para construção do roteiro de entrevista (ANEXO A), consideraram-se as contribuições de Minayo (2004), na perspectiva de que esse instrumento é orientador do que ela chama de “conversa com finalidade” – a entrevista, devendo ser facilitador durante todo o processo. Na elaboração do roteiro de entrevista devem-se considerar alguns critérios: delineamento do objeto a cada questão; possibilidade de ampliação e aprofundamento na comunicação; e garantia de que as opiniões e pontos de vista dos interlocutores surjam durante a conversa.

Desta forma, foram realizadas 16 entrevistas de maneira remota em dia e horário previamente combinado com o/a participante, seguindo um roteiro semi-estruturado, por meio de plataformas que permitiram comunicação ao vivo em áudio e vídeo via conexão por

internet, com duração média de 1 hora. A plataforma utilizada foi de escolha de cada participante, dentre as possibilidades oferecidas: *Whatsapp*, *Google Meet* ou *Zoom*, sendo 14 entrevistas feitas através da primeira plataforma citada, e 2 através da segunda.

Através da comunicação em áudio e vídeo, foi possível obter entrevistas com qualidade proporcional a entrevistas realizadas pessoalmente, visto que esta possibilita a conversa em tempo real, sendo possível a observação das mais diversas emoções através das expressões corporais, do olhar e das próprias falas.

A maioria das entrevistas foi realizada com os profissionais no próprio local de trabalho, utilizando o seu aparelho de celular ou o tablet da equipe, com a conexão de internet da própria USF. A entrevista remota trouxe a vantagem de poder alcançar profissionais que estavam de férias, trabalhando em Home Office por ser grupo de risco para a COVID-19, e mesmo flexibilizar horários, possibilitando algumas entrevistas fora do horário de trabalho de alguns/algumas profissionais. Como desvantagem, em alguns momentos a conexão da internet seja da pesquisadora, seja do/da entrevistado/a apresentou instabilidade, mas nada que tenha gerado grandes transtornos durante as entrevistas.

Além disso, foram utilizados diários de campo elaborados por mim, através de 2 visitas realizadas à Unidade de Saúde da Família antes do início da pandemia, ainda no momento de aproximação com o serviço, e na participação em 4 reuniões de equipe para fazer o convite aos participantes, estas, seguindo os protocolos de segurança recomendados pela Organização Mundial de Saúde, como uso de máscara, higienização das mãos e distanciamento social. Também foram feitas anotações baseadas em conversas via *Whatsapp* com algumas trabalhadoras do serviço, sendo denominados de “diários de campo remotos”, que também serviram como fonte de dados.

3.4 Dos aspectos éticos

Para a realização desse estudo, foram seguidas as normativas estabelecidas pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Salvador e do Comitê de Ética e Pesquisa da UFBA. Inicialmente foi enviada à Secretaria uma Solicitação para Campo de Pesquisa junto a um Termo de Compromisso assinado por mim e pela orientadora, e uma cópia do projeto de pesquisa.

Após a análise da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da Saúde (CGPS) da SMS, a mesma aprovou a realização da pesquisa por meio da Carta de Anuência Institucional

(ANEXO B). Na sequência, a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Bahia, de acordo com as Normas e Diretrizes regulamentadoras da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos –Res. CNS466/2012.

Após a aprovação do projeto no CEP, parecer nº 4.312.300(ANEXO C), uma nova submissão foi feita à SMS, a fim de comprovar que o estudo respondia às exigências éticas e, havendo aprovação deste setor, a realização da pesquisa foi aprovada por meio de Ofício enviado ao Distrito Sanitário e por este, encaminhado à gerência da Unidade de Saúde da Família.

O estudo também foi orientado pelas recomendações do documento “Putting Women First: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence Against Women” de 2001, elaborado pela Organização Mundial de saúde, prezando pela confidencialidade das informações obtidas a fim de zelar pela segurança das mulheres que por ventura tenham participação no estudo (neste caso, as trabalhadoras da USF), encaminhamento para assistência psicológica e outros serviços especializados, medidas que possam reduzir a possibilidade de estresse e desconforto.

Em relação aos riscos, o presente estudo não apresentou riscos físicos previsíveis. Havendo a possibilidade do/da participante se sentir incomodado em algum momento durante a entrevista, me comprometi a promover a melhor estadia possível durante a pesquisa e os/as participantes tiveram a liberdade para se recusar a participar do estudo ou interromper sua participação a qualquer momento. Este estudo poderá trazer benefícios para os serviços de atenção primária à saúde, pois a produção de material científico poderá servir como subsídio para compreensão do fenômeno da violência doméstica contra mulher e para o aprimoramento das ações de cuidado, que beneficiarão tanto os/as trabalhadores e trabalhadoras de saúde quanto a população.

A todo instante foi reiterado que a participação na pesquisa é voluntária e que a qualquer momento, mesmo que já tenha sido feita alguma entrevista, os/as participantes poderiam desistir da participação no estudo, bem como que o trabalho não possui qualquer caráter avaliativo. Todas essas informações estão presentes de maneira clara e objetiva no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO D) assinado pelos/as participantes.

Todos/as os participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias (uma de posse do participante e outra minha), onde constam todas

as informações sobre o trabalho, bem como da possibilidade de retirar-se do estudo a qualquer momento. Em decorrência da pandemia, alguns termos já assinados por mim, foram deixados na sala da gerência para que os/participantes pudessem recolher sua via, ou foram enviados via e-mail. Assim que assinados os/as participantes enviaram uma fotocópia via e-mail ou *Whatsapp*.

Os Termos de Consentimento foram fornecidos previamente aos participantes e feita a leitura junto a mim antes da realização de cada entrevista, bem como a supressão de possíveis dúvidas.

A fim de garantir a confidencialidade dos dados do estudo, foram utilizados nomes fictícios para fazer referência ao Distrito Sanitário, este denominado de “Água Doce” e para a Unidade de Saúde da Família, chamada de “Riachinho”, bem como para o relato de um caso, na qual a personagem principal é chamada de “Iara”. Nos trechos onde são destacadas algumas falas, estas estão referenciadas apenas pela categoria profissional de quem as trouxe. Em alguns momentos, as falas são postas sem especificidade de categoria, um cuidado entendido como necessário para preservar a identidade do ou da entrevistada.

3.5 Da análise de dados

Compreendendo a complexidade do campo, é importante destacar o que Minayo (2004), coloca no que se refere aos desafios que os/as pesquisadores/as que realizam estudos qualitativos costumam se deparar quando partem para a análise dos seus dados. O primeiro deles é denominado por Bourdieu de “ilusão da transparência”, que se caracteriza pela impressão que o observador pode ter de que a realidade se mostra instantaneamente, principalmente quando ele possui familiaridade com o objeto. Assim o pesquisador pode projetar apenas sua própria subjetividade em detrimento das significações apresentadas pelos atores sociais.

O segundo desafio é o de “não sucumbir à magia dos métodos e técnicas” (p. 197), e acabar esquecendo-se do essencial, ou seja, de garantir a fidedignidade das significações presentes no material. Já o terceiro desafio refere-se à dificuldade em fazer a articulação entre conceitos teóricos e abstratos e os dados recolhidos no campo.

Assim, para que esses desafios sejam superados, é importante que o/a pesquisador/a consiga manter um olhar crítico e utilize-se de uma técnica coerente com seus objetivos no trabalho.

Desta forma, a Análise Temática foi escolhida como o método de análise dos dados desse estudo, seguindo a proposta elaborada por Braun e Clarke (2006). Segundo as autoras: “A análise temática é um método para identificar, analisar e relatar padrões (temas) nos dados. Ele organiza e descreve minimamente seus dados em ricos detalhes” (p. 29, tradução minha)¹⁴.

Braun e Clarke (2006) ainda apontam que esse método de análise qualitativa apresenta-se como uma ferramenta flexível e útil, que pode potencialmente fornecer um conjunto complexo de dados, com alto potencial de riqueza e detalhamento. No entanto, dependendo das decisões que o pesquisador ou pesquisadora tomam ao longo do percurso de análise, vários modos de interpretação dos dados podem ser emergentes, por isso, é importante que o processo de análise seja bem descrito.

Nesse sentido, é importante registrar alguns termos importantes trazidos pelas autoras na descrição do método, onde:

- **Corpus:** Refere-se a todos os dados coletados para um projeto de investigação específico;
- **Conjunto:** O conjunto de dados refere-se a todos os dados do corpus que estão sendo usados numa análise;
- **Item:** Cada parte individual dos dados recolhidos. Ex: uma entrevista é um item.
- **Extrato:** Um pedaço individual de dados identificado que tenha sido extraído a partir de um item. Surgirão muitos extratos, retirados de todo o conjunto de dados. Ex: Um trecho de uma entrevista é um extrato.
- **Tema:** É constituído a partir da identificação de certo conjunto de dados padronizados, e que respondem aos objetivos do estudo. Para que um tema seja relevante, ele não precisa necessariamente aparecer com maior frequência diante dos dados, mas sim trazer informações relevantes para o estudo.
- **Código:** Refere-se a uma característica dos dados que se mostra relevante para a análise, o elemento mais básico desses dados.

¹⁴“Thematic analysis is a method for identifying, analysing and reporting patterns (themes) with in data. It minimally organizes and describes your data set in (rich) detail (BRAUN, CLARKE, 2006, p. 79)”.

Os modos como os dados desse estudo foram analisados, seguem prioritariamente uma perspectiva **teórica** ou dedutiva, ou seja, sendo direcionada a partir de perspectivas teóricas previamente definidas pela pesquisadora, que auxiliam na condução dessa análise (BRAUN; CLARKE, 2006). No entanto, não houve restrição a tais perspectivas diante da emergência dos dados, considerando que estes também podem trazer novos horizontes relevantes para o estudo, abrindo-se possibilidades para o diálogo com outras teorias, caso fosse necessário.

Os temas foram identificados em um nível **semântico**/explícito, no qual os significados dos dados estão explicitamente colocados, assim, não se busca nada além do que o/a participante tenha dito de maneira explícita. Desta forma, os dados são descritos e organizados em padrões semânticos, para depois serem interpretados e teorizados, geralmente de acordo com o que a literatura já apresenta (BRAUN; CLARKE, 2006).

Deste modo, a análise temática foi realizada seguindo as orientações das autoras, em 6 fases a seguir descritas:

1. **Familiarização com os dados:** transcrição dos dados, seguida de uma leitura e releitura do material, sendo esta realizada de maneira ativa, com anotações de idéias iniciais já identificadas nesse primeiro contato.
2. **Gerando códigos iniciais:** codificação de maneira sistemática de características importantes do conjunto de dados, seguido do agrupamento dos extratos referentes a cada código.
3. **Procurando por temas:** distribuição dos códigos identificados e seus respectivos extratos entre temas potenciais.
4. **Revisando temas:** revisão dos temas de acordo com sua coerência diante dos códigos e respectivos extratos aos quais eles foram relacionados. Esse refinamento é feito em dois níveis: primeiro, a leitura de todos os extratos identificados para cada tema, observando se eles apresentam um padrão coerente, segundo, a observação se os temas designados refletem precisamente os significados trazidos pelo conjunto de dados.
5. **Definindo e nomeando temas:** maior definição e refinamento dos temas que serão apresentados, analisando se a essência do assunto de cada tema é compreendida pelos dados.

6. Produzindo o relatório: último momento de análise, onde são selecionados extratos vívidos e convincentes e relacionados com a questão de pesquisa e da literatura, produzindo assim o trabalho acadêmico.

Esse sequenciamento foi norteador da análise desse estudo, no entanto, considerando a dinâmica do processo, em alguns momentos foi necessário retornar a uma fase anterior, retomar extratos antes descartados, repensar temas levantados etc, de modo que não necessariamente o processo foi conduzido de maneira fechada e pragmática.

Desse modo, a análise de dados percorreu o seguinte caminho: após a realização de todas as entrevistas, estas foram transcritas por mim uma a uma, ao tempo em que durante a transcrição, algumas observações e anotações já foram sendo feitas. Na sequência, foi feita uma leitura rápida de todo o material; em uma segunda leitura, novas observações e anotações foram feitas, já começando a identificar possíveis padrões nos extratos que pudessem formar códigos iniciais, para isso foram utilizados marca textos e canetas coloridas, onde uma cor diferente era utilizada para destacar um extrato referente para um possível código. Uma terceira leitura foi realizada, de modo que, os códigos e seus respectivos extratos foram identificados, e a partir destes, emergiram os temas, que foram designados tanto pelo próprio referencial teórico ao qual mais adiante será descrito, quanto pelas falas dos/das participantes, e que contemplassem os objetivos do estudo.

Adiante, seguem três quadros, um para cada tema identificado, com seus respectivos códigos agrupados. Juntos aos códigos, entre parênteses, estão elementos importantes desses códigos que achei importante destacar no momento da análise. Dentro dos temas 2 e 3, foram definidos sub-temas, a fim de melhor categorizar pontos relevantes que surgiram diante da temática principal. Os temas, sub-temas e seus códigos foram revisados, de acordo com as orientações metodológicas, e assim ficaram definidos:

Quadro 1. Tema 1 levantado na análise de dados e seus respectivos códigos (autoria própria).

TEMA 1: A caracterização da ESF e seu processo de trabalho.	
	<i>Características do território</i> (população, condição socioeconômica, serviços existentes);
	<i>Caracterização do serviço</i> (o que é APS, serviços ofertados, principais demandas, desafios, dificuldades, quadro profissional, articulações no território, diferencial da ESF, vinculação com a rede de saúde e outras);
	<i>Caracterização do NASF</i> (o que é o NASF, categorias profissionais, cobertura, processo de trabalho, demandas e desafios);

CÓDIGOS:	<i>Relação entre Equipe mínima e NASF –Matriciamento;</i>
	<i>Acolhimento enquanto diretriz da PNH na Unidade (como funciona hoje, como era, como é, conflitos entre profissionais);</i>
	<i>Processo de trabalho (planejamento, reuniões gerais e de equipe, frustração com o trabalho, críticas à gestão, relação com o Distrito Sanitário);</i>
	<i>O trabalho na pandemia (funcionamento do acolhimento, reuniões de equipe, dificuldade para manter o diálogo, condições de trabalho, sentimentos dos profissionais, Teleatendimento, ausência do NASF);</i>
	<i>Rede de SM – Enfraquecimento da RAPS.</i>

Quadro 2. Tema 2 levantado na análise de dados e seus respectivos códigos (autoria própria).

TEMA 2: VDCM sob o olhar de trabalhadores e trabalhadoras da ESF.	
CÓDIGOS:	<i>VDCM enquanto problema que envolve múltiplos setores (crítica ao judiciário, papel importante da educação);</i>
	<i>Violência psicológica como um caminho para se chegar à física e como a mais negligenciada;</i>
	<i>Por que as mulheres permanecem em relacionamentos abusivos? (filhos, medo, dependência financeira e emocional, referências de um bom parceiro/a, transgeracionalidade, aspectos que colocam algumas mulheres em situação de maior vulnerabilidade que outras);</i>
	<i>Caracterização das mulheres que sofrem VD de modo geral;</i>
	<i>Responsabilização das mulheres pela agressão;</i>
	<i>VDCM na pandemia;</i>
Sub-tema 1: VDCM enquanto um problema social	
CÓDIGOS:	<i>Movimento feminista (Percepções sobre o feminismo);</i>
	<i>Machismo (criação machista dos filhos e filhas, filhos e filhas que foram criados na violência, mulheres que acreditam que aquilo é normal, mulheres machistas);</i>
	<i>Julgamento da sociedade;</i>
	<i>Posição confortável do homem diante do problema até que este chegue para alguém próximo;</i>
	<i>Momento de transição da sociedade;</i>
Sub-tema 2: Como a VDCM se apresenta no território da USF	
CÓDIGOS:	<i>VDCM no território (casos relatados, casos não chegam até os profissionais)</i>
	<i>Trabalhadoras do serviço em situação de VD;</i>
	<i>Caracterização das mulheres do território (depressão, poliqueixosas, medo de serem expostas);</i>
	<i>Tráfico de drogas e violência urbana.</i>

Quadro 3. Tema 3 levantado na análise de dados e seus respectivos códigos (autoria própria).

TEMA 3: O processo de trabalho e cuidado às mulheres em situação de VDCM.	
CÓDIGOS:	<i>Processo de trabalho das equipes na oferta do cuidado às mulheres em situação de VD no serviço (dificuldade para captar casos, protocolos, protocolo intuitivo, notificação, discussão sobre o tema, reuniões de equipe como espaços importantes, acolher, escutar, criar vínculos);</i>
	<i>Medo de represálias;</i>
	<i>Educação permanente para os profissionais;</i>
	<i>Como abordar o tema com as mulheres em situação de VD (diferença entre servidores e servidoras na abordagem e prestação do cuidado, grupo de mulheres);</i>
	<i>Abordagem com a população geral;</i>
	<i>Implicação da vítima (as mulheres desistem do acompanhamento);</i>
	<i>NASF como potencializador da assistência;</i>
	<i>Encaminhamento dos casos para o NASF, especialmente para psicóloga e assistente social (envolvimento da equipe mínima);</i>
	<i>Processo de trabalho do entrevistado (percepção de que os casos devem ser tratados em suas singularidades, como pode contribuir no enfrentamento, reflexões sobre casos e sobre sua assistência, trabalho do ACS e sua relação com as usuárias);</i>
	<i>Papel do/da profissional (profissional da APS tem a responsabilidade nessa condução, profissionais são pontes para que as redes funcionem e tem essa responsabilidade);</i>
	<i>Como a APS pode contribuir no enfrentamento ao problema (APS deve prevenir que a violência aconteça e construir redes);</i>
	<i>Pré-julgamentos dentro das próprias equipes;</i>
	<i>Reflexões do/da profissional sobre o que ele/ela pode fazer para contribuir;</i>
	<i>Para que a linha de cuidado funcione, a dependência recai sobre um profissional e não toda a instituição;</i>
	<i>Necessidade de construção de políticas públicas;</i>
	<i>Identificação é difícil, pois perpassa por julgamentos morais;</i>
<i>Apoio dos policiais da unidade – protocolo policial;</i>	
Sub-tema 1: Rede de atenção a mulher em situação de VD.	
CÓDIGOS:	<i>Conhecimento da Rede de atenção a mulher em situação de VD</i>
	<i>Ineficiência dessa rede (sofrimento das mulheres por passar em diversos setores e serem mal tratadas, críticas aos desdobramentos);</i>
Sub-tema 2: O olhar para o outro lado	
CÓDIGOS:	<i>Homens vítimas de violência;</i>
	<i>Cuidado ofertado ao agressor;</i>
	<i>“Natureza ruim” do sujeito agressor independente do meio;</i>
	<i>“Sábado do homem”.</i>

Além dos três temas principais, uma categoria especial foi identificada, na qual as falas dos trabalhadores e trabalhadoras expressam algumas reflexões acerca de como a participação nas entrevistas lhes gerou impacto e de anseios que surgiram, estas são apresentadas nas conclusões do trabalho, em diálogo com os principais achados do estudo.

Quadro 4. Efeitos da pesquisa para os/as participantes e seus respectivos códigos (autoria própria).

Efeitos da pesquisa para os/as participantes:	
CÓDIGOS:	Gostaria que a pesquisadora ofertasse algo sobre tema, especialmente em relação à rede;
	Convite à pesquisadora para fazer parte do grupo de mulheres;
	A entrevista abre o uma reflexão para o/a entrevistado/a;
	Vai tentar abordar o tema nos atendimentos;
	O/a entrevistado/a ouviu casos pela primeira vez quando a pesquisadora foi até a unidade participar da reunião de equipe;

A partir da necessidade dos/das participantes de conhecer o funcionamento e dispositivos da rede de assistência à mulher, foi elaborada uma cartilha para divulgação por meio eletrônico e enviada via e-mail e *Whatsapp* (ANEXO E).

4. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: A CARACTERIZAÇÃO DE UM SERVIÇO

A proposta desse capítulo é apresentar um panorama do serviço no qual atuam os trabalhadores e trabalhadoras que participaram desse estudo, a partir dos seus relatos, bem como de observações feitas por mim em diários de campo.

Nesse sentido, busca-se compreender como estes e estas profissionais de saúde se organizam em seu processo de trabalho. Para isso, o capítulo está organizado em quatro tópicos: “Os Distritos Sanitários e Atenção Primária à Saúde no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021”; “O Distrito Sanitário Água Doce” e “A USF Riachinho e seu território”, esses três de caráter mais descritivo, buscando trazer uma aproximação com os/as participantes do estudo, pensando a partir dos elementos macropolíticos que norteiam suas práticas, até chegar a esses sujeitos.

Um quarto tópico ainda compõe o capítulo, denominado “O processo de trabalho nas EqSF e no NASF de Riachinho”, este é subdividido em quatro subtópicos onde são apresentados e discutidos os principais componentes presentes no processo de trabalho que foram destacados pelas pessoas entrevistadas. Assim, nos inserimos nas práticas, desafios, processos organizativos e de planejamento, conflitos, dificuldades, potencialidades e modos de pensar que norteiam o processo de trabalho no serviço.

No presente capítulo argumento que o processo de trabalho em Riachinho é fortemente influenciado pelo modo de produção capitalista, o que se reflete diretamente nas relações estabelecidas por trabalhadores e trabalhadoras entre si, com a gestão municipal e com seu próprio fazer em saúde, o que gera conseqüente estruturação verticalizada de planejamento das ações e organização do serviço. Os espaços de comunicação e diálogo, como as reuniões de equipe, são valorizados, no entanto, as motivações para que eles existam, em alguns momentos, são compreendidas de maneira distinta entre profissionais.

Além disso, o advento da pandemia se apresenta como um grande modificador do processo de trabalho, que exigiu readequação e capacidade de repensar a execução das ações em saúde no serviço, sendo também nesse momento onde são trazidos para a superfície os problemas já persistentes no serviço, especialmente relacionados ao acolhimento.

Compreender como as práticas estão postas de uma perspectiva abrangente torna-se necessário dentro dos objetivos desse estudo, visto que estas irão se refletir diretamente na prestação do cuidado à mulher em situação de violência doméstica.

Nesse sentido, faz-se necessário inicialmente compreender como está estruturado o fazer em saúde no município de Salvador no campo de gestão e de práticas. Nesse sentido, o Plano Municipal de Saúde (PMS) 2018-2021 nos seus volumes I e II, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde é um importante documento que será utilizado nesse primeiro momento.

4.1 Distritos Sanitários e Atenção Primária à Saúde no Plano Municipal de Saúde de Salvador 2018-2021

A organização territorial em saúde de Salvador se dá por meio dos Distritos Sanitários (DS), sendo assim estabelecida no final da década de 80, no processo de universalização do acesso à saúde e descentralização da gestão no estado da Bahia através do SUDS- Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, 2018b). De acordo com Carmem Teixeira e Ana Luiza Vilasbôas, esse movimento foi desenvolvido em diversas secretarias estaduais e municipais do país, estendendo-se aos primeiros anos da década de 90.

“(…) Os DS constituíram uma estratégia de reorganização dos serviços que adotava a perspectiva sistêmica, enfatizando a base territorial como critério fundamental para a definição da população coberta e do perfil de oferta dos serviços, levando em conta a articulação dos diversos níveis de complexidade e, principalmente o perfil da demanda e a identificação das necessidades de saúde da população” (TEIXEIRA & VILASBÔAS, 2014, p. 295).

No âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), o Plano Municipal define a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como eixo norteador das práticas da APS em Salvador, apontando a capilaridade no território e a ruptura de um modelo de assistência centrado no médico para as possibilidades da promoção do cuidado a partir do trabalho multiprofissional, como elementos importantes à reorganização da APS no município, que são proporcionados pela ESF.

Criado inicialmente enquanto um Programa em 1994, e consolidando-se ao longo dos anos como Estratégia para a reorganização do modelo de assistência na APS no Brasil, a ESF é a principal via de universalização da cobertura da Atenção Primária e estratégia prioritária

na consolidação da APS (TEIXEIRA & VILASBÔAS, 2014). Mantendo-se assim até a divulgação da Portaria N° 2436 de 21 de Setembro de 2017, último documento oficial que dispõe sobre a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), apesar de neste, isso ser posto de maneira controversa, possibilitando novas configurações de equipes que diferem do modelo da ESF, onde as equipes mínimas são compostas por profissionais da medicina, enfermagem, técnicos/as de enfermagem, agentes comunitários de saúde e equipe de saúde bucal.

Segundo a Secretaria Municipal de Salvador (2018a), a ESF começou a ser implantada no município no ano 2000, com sete equipes de Saúde da Família (EqSF) e contava até 2019 com 239 equipes implantadas, de acordo com o Sistema E- Gestor AB do Ministério da Saúde.

Com o objetivo de fortalecer o potencial das ações e ampliar as possibilidades de intervenção na APS, em 2009 foi implantado o primeiro Núcleo de Ampliado de Saúde da Família (NASF) de Salvador, contando com 11 equipes no total, todas na modalidade tipo I (SECRETARIA MUNICIPAL DE SALVADOR, 2018a)¹⁵. No município, as equipes NASF são constituídas por psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, assistentes sociais e educadores físicos.

Sabe-se que no conjunto de Portarias e Decretos que enfraquecem a Atenção Primária, desde a publicação da nova PNAB em 2017, o NASF também foi um alvo. A Nota Técnica N° 3 de 2020, do Departamento de Saúde da Família extingue os Núcleos Ampliados, desvinculando as equipes multiprofissionais da tipologia NASF e dando autonomia aos gestores municipais para configurarem as equipes de acordo com os seus critérios, bem como seu modo de vinculação à APS, desta forma o cadastramento de novas equipes NASF se encerra. Contudo, no momento de realização desta pesquisa, as equipes NASF se mantêm em Salvador com a configuração padronizada no Plano Municipal de Saúde 2018-2021.

¹⁵O NASF foi regulamentado no Brasil em 2008, a partir da Portaria N° 154 de 24 de janeiro do referido ano, com o propósito de: “(...) ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (BRASIL, 2008). A Portaria define que equipes NASF devem ser constituídas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento, atuando em parceria com as EqSF no compartilhamento de saberes e práticas, e foram inicialmente formulados nas modalidades I, que se vincula com 5 a 9 EqSF e na II, vinculando-se com 3 a 4 equipes. Em 2012 foi criada modalidade tipo III, que atua junto a 1 ou 2 equipes de Saúde da Família.

Desta forma, compreendendo tais modelos organizativos que norteiam macropoliticamente o trabalho das EqSFs e dos NASFs, é possível nos aproximarmos ainda mais desses trabalhadores e trabalhadoras que foram entrevistados e conhecer mais especificamente o Distrito, Unidade de Saúde e equipes em questão.

4.2 O Distrito Sanitário Água Doce

O DS onde se localiza a Unidade de Saúde deste estudo será denominado de Distrito Sanitário Água Doce. Este possui uma área territorial de 25,89 km² e 421.246 habitantes, com uma população majoritariamente feminina de 52,54% e 47,46% masculina. Abrange 21 bairros de Salvador que contam com uma rede própria formada por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), nove Unidades de Saúde da Família (USF), dois Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo um do tipo II e um AD, duas unidades de Pronto Atendimento e um CEO- Centro de Especialidades Odontológicas (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018b).

O Distrito conta com nove hospitais, seja da rede SUS ou complementar, e duas grandes Universidades, uma pública estadual e outra privada, tornando-se importantes na sua relação em saúde com este território enquanto campo de práticas para a formação profissional. Além destas Universidades, o DS também é campo para diversas outras, bem como para a Universidade Federal da Bahia (UFBA).

A cobertura da Atenção Primária no distrito em questão é de apenas 35,8%, a de Saúde Bucal de 27,9% e a da Estratégia Saúde da Família de 24,6%, proporcionalmente ainda menor que a abrangência municipal, que era de apenas 37,9% no ano de elaboração do Plano Municipal¹⁶.

O Plano também apresenta os resultados de uma Oficina para Identificação e Priorização dos Problemas de Saúde do DS Água Doce, onde participaram usuários/as dos serviços, profissionais de saúde, gestores/as de unidades, agentes comunitários de saúde, representantes do Conselho de Saúde e representantes da equipe de referência do Distrito da Secretaria Municipal de Saúde (SMS)¹⁷.

¹⁶ Em 2020, a cobertura da ESF atingiu 40,24% em Salvador, segundo o Sistema E-Gestor AB do Ministério da Saúde, o que ainda é considerada uma cobertura baixa, visto que não alcança nem metade da população

¹⁷ As Oficinas foram realizadas em todos os 12 Distritos Sanitários de Salvador, como fase de preparação para a produção do Plano Municipal, a fim de ter nestas, mais um elemento para nortear o planejamento municipal.

Foram identificados dentre os principais problemas de saúde: aumento da gravidez na adolescência; dos casos de obesidade; de doenças crônicas; de deficiência física em decorrência de causas externas; de transtornos mentais; do uso abusivo de álcool; do câncer de colo uterino e de mama em mulheres em idade fértil; bem como aumento dos casos de violência, dentre elas a doméstica, sexual, maus tratos, policial e feminicídio. Nesse sentido, a taxa de incidência de Violência Doméstica, Sexual e outras violências aumentou de 47,6 por 100 mil habitantes para 87,5 no Distrito entre os anos de 2010 e 2015, segundo dados levantados na Análise de Situação de Saúde- ASIS, apresentada no Plano Municipal (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2018b).

Na Oficina ainda foram identificados pelas pessoas participantes, os principais problemas apresentados pelos serviços do DS, e dentre eles estão: baixa cobertura do NASF e da ESF; deficiência de comunicação e informação; deficiência no envolvimento comunidade/gestão; baixa cobertura dos CAPS e desestruturação da RAPS; falta de recursos materiais e equipamentos nas unidades do distrito e precarização das condições de trabalho dos trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de saúde.

Tais problemas, tanto os que se referem à saúde da população, quanto aos dos serviços, atravessam diretamente o processo de trabalho dos/das agentes do trabalho em saúde, e se apresentam enquanto desafios importantes a serem destacados. Ao longo desse capítulo, será possível observar que muitas dessas demandas trazidas na oficina realizada com o DS Água Doce, são apontadas pelos/pelas participantes desse estudo, evidenciando sua influência e necessidade de estratégias de superação das mesmas.

4.3 A USF Riachinho e seu território

Os/as participantes do estudo compõem quatro Equipes de Saúde da Família e uma equipe NASF da Unidade de Saúde da Família que será denominada de Riachinho, esta integra os serviços de saúde de atenção primária do DS Água Doce. A USF, inaugurada em 2011, se localiza em uma grande região comercial de Salvador, com acesso a importantes avenidas, próxima a shoppings, supermercados, lojas e estação de metrô.

Segundo Rossi (2018), todo espaço territorial onde se localiza a USF Riachinho e sua área de abrangência foi inicialmente constituído por quilombos e algumas fazendas. As pessoas negras escravizadas, quando conseguiam escapar, fugiam para a região que possuía uma extensa mata. Com a ilegalidade da escravidão, os quilombos permaneceram, se

constituindo como território de fixação da população negra, sendo aos poucos incorporado à cidade de maneira desorganizada.

Ainda segundo o autor, com o desenvolvimento da urbanização e a forte influência da especulação imobiliária no território, seu processo de desenvolvimento não foi homogêneo:

“As vizinhanças produzidas pelo mercado imobiliário formal (...) não são homogêneas, possuindo famílias em situações socioeconômicas e profissionais distintas; e dispendo de diferente infraestrutura e equipamentos de consumo coletivo para cada área” (ROSSI, 2018, p.115).

Deste modo, ao tempo em que o território possui áreas residenciais organizadas, também abriga aglomerados habitacionais com condições de infraestrutura mais precários, sendo alguns oriundos das “invasões” das antigas fazendas da região. É a população deste segundo grupo a que mais se apresenta nas falas como grupos assistidos pelos/pelas profissionais da USF.

Em uma das poucas visitas que pude realizar ao serviço, já durante o período pandêmico, observo o contraste quanto à localização da USF, onde logo à frente encontra-se uma grande avenida, com tráfego intenso de automóveis e pessoas, e logo atrás, toda a comunidade com ruas estreitas e movimentadas, comércios pequenos, alguns vendedores ambulantes, moradores sentados nas calçadas e outros circulando sem máscaras.

De acordo com alguns participantes do estudo, a população que reside no território da Unidade é predominantemente dependente do programa social “Bolsa Família”, e tem no forte comércio instalado na região a sua principal fonte de renda, desta forma, muitas pessoas trabalham em shoppings, clínicas e empresas, bem como em casas de família e como vendedores ambulantes.

No território da USF, apresenta-se uma rotina marcada por problemas sociais, dentre eles se destaca a violência urbana, que se apresenta com bastante frequência nas narrativas, como na de uma enfermeira ao descrever o território:

“Ó, em geral a comunidade onde a gente tem atuação é uma comunidade que ela tem violência instalada de modo geral, não somente em relação à mulher, né? Então a gente tem muita violência em relação a milícias, a tráfico de drogas...” (Enfermeira)

Atualmente a USF Riachinho é composta por 62 trabalhadores e trabalhadoras, distribuídos entre profissionais da saúde, administração e serviços gerais, além de três guardas municipais que fazem o serviço de segurança do prédio. Os serviços ofertados incluem:

clínica médica geral; programa Hiperdia, voltado para o acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes; seguimento das agendas dos programas de Saúde do Homem; da Criança; do Idoso e da Mulher, esta última compreendida pelas equipes da USF principalmente pelo acompanhamento à gestante, planejamento familiar e realização de exames preventivos; Programa Saúde na Escola; vacinação; curativos; serviços de saúde bucal. Existem ainda dois grupos na Unidade, um voltado para a prática de atividade física com adultos e idosos, sob coordenação do educador físico do NASF e outro para adolescentes, coordenado por uma enfermeira, ambos com as atividades suspensas em decorrência da pandemia do coronavírus.

A equipe NASF que atua na Unidade é constituída por uma psicóloga, uma assistente social, duas terapeutas ocupacionais, uma fisioterapeuta, um educador físico e uma nutricionista que dão cobertura para quatro Equipes de Saúde da Família deste estudo, e mais três equipes de outra USF, e seu trabalho é definido pela fisioterapeuta como *“uma equipe de retaguarda, uma equipe de categorias especialistas, que dá suporte tanto pedagógico quanto assistencial às equipes de saúde da família, pensando em ampliar o escopo de ações.”*

4.4 O trabalho em saúde nas EqSF e no NASF de Riachinho

A APS é compreendida pelos/as participantes, como fundamental na resolução dos problemas de saúde, especialmente na prevenção dos agravos, que é um elemento bastante presente nas narrativas. *“A atenção primária é a unidade que deve resolver mais de 80% dos problemas de saúde e a violência ‘tá’ dentro deles”*, aponta um enfermeiro. As agentes comunitárias enfatizam o grande diferencial que o trabalho da ESF traz na atenção primária quando o serviço de saúde adentra no domicílio das pessoas.

“A gente vai atrás daquele paciente, vai saber por que ele não retornou, não sou só eu que vou na casa, mas toda uma equipe de saúde vai estar acompanhando aquele caso daquele paciente, até resolver, até dar uma solução...” (ACS)

Será possível observar mais adiante nesta pesquisa que essa aproximação com a população no território é essencial para que se consiga perceber e acolher casos de mulheres em situação de violência doméstica, em especial através da figura das agentes comunitárias de saúde.

A importância do trabalho em coletivo também é destacada por todas as categorias profissionais, o diálogo entre profissionais é primordial para que o serviço funcione,

especialmente num serviço onde os problemas de saúde são os mais diversos e exigem que diferentes saberes estejam sempre se comunicando.

Dentre as principais demandas que se apresentam no serviço, os/as participantes fazem referência ao acompanhamento aos pacientes do Hiperdia, pré-natal e puerpério e saúde mental, especialmente os casos de depressão que se apresentam cada vez mais constantes. Nesse sentido, os/as entrevistados/as consideram que existem lacunas no que diz respeito à rede de saúde mental do município, especialmente aos CAPS cuja localização no DS fica na área de abrangência da USF, tanto o tipo I quanto o AD.

“(...) Por exemplo, os CAPS que dão apoio à Unidade tiveram metade dos funcionários desligados, eles não têm pernas pra cobrir o território, aí a gente referencia pra quem? Um caso de saúde mental, né? Eu referencio pra quem?” (ACS)

“(...) A gente ‘tá’ com CAPS desestruturado, a gente ‘tá’ com a assistência à saúde mental muito negligenciada, agora no período da pandemia nem se fala, a gente teve muitos transtornos emocionais em pacientes que não eram usuários desses serviços e que se somaram aos usuários que já estavam necessitando da rede” (Enfermeira)

“(...) A rede também de saúde mental, a RAPS, está enfraquecida né. Não é uma política que é priorizada no município” (Psicóloga)

Sabemos que esse problema é reflexo de uma política de saúde que não prioriza os serviços de saúde mental, e de enfraquecimento dos serviços de desinstitucionalização, patrocinados pelo atual governo federal. No entanto, para além dessa dificuldade, fica evidente o desafio nas articulações com outros serviços:

“Eu vou falar a você o seguinte, eu tive uma situação aqui que eu pedi ajuda ao CRAS, que foi com relação a um idoso que tava sofrendo um abuso doméstico, né? E aí a gente avisou e chegou lá uma assistente social dizendo que foi uma denúncia! E aí a família veio em cima de mim, entendeu? (...) Chega e diz que foi uma denúncia? (...) A gente ‘tá’ com uma gestante que tem lúpus, vários problemas de saúde (...) só que a gente não conseguiu fazer o encaminhamento pra o Roberto Santos (hospital), a gente mandava a paciente pra lá, a gente mandou cinco vezes pra conseguir uma consulta.” (ACS)

Nesse relato, observam-se problemas tanto a nível macro, quanto micropolítico, onde a falta de articulação entre agentes dos serviços envolvidos, gera a não resolução das necessidades de saúde do público. No nível mais macro, o enfraquecimento da articulação entre os serviços componentes da rede de saúde dificulta o acesso de uma mulher gestante ao hospital e no nível micro, a comunicação nos espaços intercessores construídos tanto entre agente/agente quanto entre agente/usuário (a) do serviço de saúde, não é utilizado em seu

potencial no caso do idoso, causando o efeito inverso do esperado (MALTA & MERHY, 2003).

A violência é um elemento importante no contexto do trabalho em saúde deste serviço, pois ela atravessa as práticas no território e o modo como os trabalhadores e trabalhadoras se relacionam com seu fazer em saúde, isso ficará bastante evidente quando partirmos para uma discussão mais aprofundada acerca do processo de trabalho diante dos casos de violência doméstica. No entanto, ela já aparece na fala de uma agente comunitária de saúde, quando questionada acerca das dificuldades e desafios do trabalho para sua equipe, e esta coloca: *“as dificuldades da gente é a acessibilidade ao paciente, a violência do bairro...”*, bem como em um relato de uma enfermeira que aponta que muitas vezes uma de suas agentes comunitárias de saúde não pode circular no território devido conflitos entre facções.

Além da violência, outras duas dificuldades aparecem com destaque: a ausência de materiais ou a baixa qualidade destes e a dependência de outros setores para que ações no trabalho possam ser efetivadas:

“A gente muitas vezes tem na nossa área, nosso poder de atuação muito limitado nesse sentido de exercer ações mais efetivas que dependem muito da intersetorialidade né, com outros atores sociais, outros setores, não somente o da saúde.” (Enfermeira)

“(...) A gente não tem condições de trabalho, falta material, principalmente pra você ter uma ideia, o mais, a maior necessidade é a odontologia, aí tem a cadeira, quebra... como é que chama? Sugador, um monte de coisa, falta material... e uma, vou dizer a você que o material que vem acho que é de terceira ou quarta, porque o profissional mal faz uma restauração, quando vai ver no dia seguinte já caiu, entendeu?” (ACS)

Em decorrência da pandemia, esses problemas se tornaram ainda mais evidentes, especialmente no início, quando faltavam equipamentos de proteção individual (EPIs), principalmente máscara, para que fosse possível realizar o trabalho com segurança.

A equipe do NASF apresenta algumas demandas e dificuldades específicas de sua prática, dentre elas, as trabalhadoras entrevistadas apontaram a necessidade de se fazer entender como o trabalho do NASF se desenvolve, diferente dos moldes de uma prática de cunho assistencial, e que exige uma co-responsabilização entre equipe mínima e equipe NASF no desenvolvimento de ações coletivas em saúde, assistência à população, promoção de educação permanente entre profissionais e organização de processos de trabalho; bem como a compreensão por parte da população de como a atuação do NASF acontece.

“(...) A gente tem que sempre ‘tá’ indo contra isso ou então falar pro profissional da equipe mínima que não, ele não ‘tá’ me encaminhando um caso e sim, a gente ‘tá’ compartilhando o caso, a gente tem que discutir.”(Psicóloga)

“(...) Eu acho que é a aceitação pela equipe e também pelos usuários, pela população porque é difícil pra população entender porque que tem psicólogo e ele não marca um horário pra me atender? Por que é que tem um fisioterapeuta e não existe uma sala toda montada de fisioterapia pra minha dor no joelho?”(Fisioterapeuta)

Além destas, a falta de espaço físico adequado e materiais para execução de atividades educativas também é trazida enquanto um problema para a equipe.

“(...) Eu acho que essa questão do espaço físico é um dificultador pra gente... é... pouco material educativo pra gente desenvolver nossas atividades, se a gente considera que o NASF é uma potência pra desenvolver trabalhos educativos, a gente precisa de subsídios, de insumos, pra que essa potência ela surja, porque não cabe ao trabalhador, a trabalhadora ta financiando essas situações!” (Assistente social)

Diante das dificuldades que se apresentam no processo de trabalho, em muitos momentos, o cansaço se faz presente, e esse elemento é trazido pelos/as ACS: *“(...) No geral os trabalhadores da saúde estão cansados. Estão cansados porque sabem que o embrulho que você faz pra chegar no macro, vai se perder pelo caminho, não vai chegar lá”*.

Também trazem o sentimento de frustração por não conseguirem solucionar os problemas dos seus/suas pacientes da forma como gostariam: *“O sistema não nos ajuda a trabalhar e a gente termina fazendo errado pra ajudar o paciente, ajudar o outro.”*

Nesta fala, a agente comunitária de saúde entende que, muitas vezes, por não possuírem recursos materiais adequados para prestarem assistência, o trabalho acaba sendo “feito errado”, apenas motivado pela coragem, pelo amor, pela vontade de ajudar o próximo e pela empatia. Mesmo que no final aquela necessidade tenha sido suprida, entende-se que para “fazer o certo”, é necessário que haja um instrumental de trabalho tecnicamente adequado, especialmente material.

Considerando o processo de trabalho na compreensão apresentada por Mendes Gonçalves (2017a; 2017b), podemos observar nos relatos anteriores, a presença dos quatro elementos centrais do trabalho em saúde que o autor apresenta: os trabalhadores e trabalhadoras que ofertam o cuidado (agentes), as necessidades da população assistida (objeto), os espaços e materiais necessários para prestar a assistência (instrumentos) e a própria prestação de assistência (finalidade), seja por meio de um encaminhamento,

atendimento, grupo, enfim... A prestação de um cuidado que pode se apresentar das mais diversas maneiras.

Todos estes elementos estão postos diante de um processo de trabalho em saúde que não se dissocia do momento sócio-histórico que é determinante no modo como as necessidades da população irão se apresentar, bem como as necessidades dos próprios agentes do trabalho, que nesse caso, também se manifestam na escassez de instrumentos de trabalho adequados para uma boa prática.

4.4.1 As reuniões de equipe

Neste serviço, um importante espaço para que o trabalho coletivo possa ser desenvolvido são as reuniões entre equipes, que ocorrem semanalmente e têm a participação do NASF a cada 15 dias; e mensalmente com todas as equipes da USF juntas, chamadas de reuniões gerais. Com o advento da pandemia, essas reuniões foram suspensas, retornando aos poucos, conforme a Unidade ia se adaptando à nova condição de trabalho, com exceção das reuniões gerais, que permaneceram em suspensão.

É no momento das reuniões de equipe onde é possível uma maior aproximação com o NASF, com a presença destes profissionais fazendo o matriciamento¹⁸, onde são feitas as discussões sobre as questões do território, dos casos clínicos, planejamento de ações e apoio pedagógico: *“A reunião é o grande momento de debate e planejamento”*. (Fisioterapeuta)

É interessante destacar que em relação ao que se objetiva alcançar com as reuniões, as trabalhadoras do NASF dão enfoque à ideia de compartilhamento de conhecimentos entre equipes, e não de transferência.

“(...) Ai não cabe somente a mim, aos profissionais do NASF, mas aos profissionais da equipe mínima, porque o matriciamento deve e pode ocorrer de lá pra cá e de cá pra lá, afinal todos nós somos em potencial, educadores em saúde”. (Assistente Social)

¹⁸ O apoio matricial, ou matriciamento como é descrito na literatura (BARROS et al, 2015) é compreendido como um “novo modo de se organizar e funcionar para produzir saúde, no qual duas ou mais equipes/profissionais operam em uma intervenção pedagógico-terapêutica compartilhada” (CAMPOS, 1999 apud BRASIL, 2014). Desta forma, equipes e profissionais podem buscar apoio entre si para discutir e lidar com casos diversos, quando necessário. Na Atenção Primária à Saúde, o NASF se insere dentro desta perspectiva, promovendo intervenções tanto com os profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família, quanto diretamente com a população. É importante salientar que o apoio matricial não é um ofício apenas do NASF, mas que pode ser realizado por quaisquer profissionais de diversos pontos da rede de atenção (BRASIL, 2014).

No entanto, esse pensamento não é observado na maioria das falas dos profissionais da EqSF que compreendem aquele espaço principalmente como um momento de encaminhamentos de demandas, quando em relação aos casos clínicos.

“(...) Então a gente passa todas as demandas né, às vezes vem da ‘odonto’, vem da enfermagem, vem da medicina né, a gente passa as demandas pro NASF, eles também passam demandas pra gente, ‘Ó, ‘tô’ atendendo um paciente, é...à domicilio que é especial, que precisa de um tratamento odontológico”, a gente vai... entendeu?”(Cirurgiã Dentista)

“(...) Através das reuniões de equipe a gente relata os problemas das famílias e aí a médica clínica retorna para algum desses profissionais do Nasf...” (ACS)

Esse impasse se reflete diretamente na assistência às mulheres em situação de violência, visto que, como veremos no capítulo 6, o NASF é compreendido pelas EqSF como principal via para a oferta de cuidado, principalmente nas figuras da psicóloga e da assistente social. Estas destacam que muitas vezes a ideia de que os casos são transferidos e não compartilhados, tiram a responsabilização das equipes mínimas sobre aquelas situações de violência.

De todo modo, é possível perceber que as reuniões de equipe são momentos valorizados pelas pessoas entrevistadas e que mesmo com a pandemia, houve um esforço para que esse espaço não fosse completamente desfeito.

Como pesquisadora, tive a oportunidade de estar presente em uma reunião de cada equipe com o objetivo de fazer o convite para a participação no estudo, e ficou evidente que por conta de afastamentos em decorrência da COVID-19 e de profissionais que são grupo de risco, bem como necessidades de que profissionais fossem prestar alguma assistência no momento da reunião, o quantitativo de pessoas presentes era reduzido, contando geralmente apenas com enfermeiras, enfermeiros e agentes comunitários e comunitárias de saúde. Somente em uma equipe, houve a participação do médico e em outra, contava-se com a presença do cirurgião dentista.

No entanto, esses encontros acabam por focar em questões pontuais relacionadas a processos de trabalho voltados para o enfrentamento da pandemia, reduzindo inclusive a participação do apoio do NASF:

“Nesse momento de pandemia, houve muito prejuízo, muito acerca de processo de trabalho (...) embora a equipe mínima é... é... faça, faça as reuniões, não tem convocado mais, e a gente fica se perguntando... Não tem demanda? O que a gente acha que é praticamente impossível... Porque a

Covid chegou, infelizmente, mas as outras questões não deixaram de acontecer ou de surgir, né...”(Assistente social)

Além disso, é um importante espaço de integração entre as pessoas das equipes que foi fragilizado, como percebe uma agente comunitária de saúde:

“A gente ‘tá’ muito distante, antes a gente sentava, conversava, discutia os assuntos, hoje não pode, que a gente tem que respeitar esse momento (...). A gente tinha... todas as reuniões, vamos dizer... a gente fazia um lanchinho, compartilhava... né? Então a gente tinha um entrosamento melhor, hoje em dia é cada um na sua...” (ACS)

4.4.2 A pandemia e seus efeitos sobre o processo de trabalho

Sem dúvidas, o advento da pandemia do coronavírus gerou transformações importantes na rotina de trabalho da USF. Nas suas falas, ao discorrer sobre o seu processo de trabalho e funcionamento do serviço, as pessoas geralmente separavam em dois momentos distintos: o antes e o depois da pandemia. Nesse sentido, dois documentos foram determinantes.

O primeiro deles é a Portaria 3.263 de 11 de dezembro de 2019, a qual dispõe sobre o incentivo financeiro para o fortalecimento do cadastramento de usuários do Sistema único de Saúde e estabelece o quantitativo de 4.000 pessoas cadastradas para cada Equipe de Saúde da Família. Desta forma, as equipes que antes acompanhavam cerca de 2.800 pessoas, precisaram expandir o número de cadastramentos de famílias, um trabalho que por vezes, demanda a busca ativa e teve que ser realizado para além das novas demandas trazidas pela pandemia.

Esse cadastramento é feito por agentes comunitários e comunitárias de saúde, responsáveis por 575 a 650 pessoas cada, agora sendo determinadas 750 pessoas por ACS. No entanto, durante o período, além das dificuldades impostas aqui já apontadas, houve o afastamento de agentes seja por diagnóstico de COVID-19, seja por possuir comorbidades que lhes colocavam no grupo de risco para a doença, o que gerou ainda mais dificuldades.

“(...) A gente não está conseguindo nos organizar, pensar, ver o que precisa ser feito né? Atropelado, obrigado a dar meta, imagine né? Num momento de pandemia a gente dar meta! Entendeu?”(ACS)

Esse trecho é bastante representativo. No momento em que falava, a pessoa entrevistada mostrava-se exaltada, com tom de voz mais elevado, e apontando o quanto essas dificuldades lhes eram adoecedoras. Aqui, retomando as categorias componentes do processo de trabalho em saúde discutidas por Mendes-Gonçalves (2017a; 2017b), podemos pensar em

quais instrumentos materiais e imateriais estão sendo ofertados para que esses e essas agentes do trabalho possam prestar um cuidado efetivo; bem como o quanto a lógica do capital permeia o processo de trabalho, pois para que o recurso financeiro chegue, o quantitativo de pessoas cadastradas deve ser alcançado, mesmo em uma situação atípica¹⁹.

O segundo documento é a Nota Técnica Nº 9 de 23 de junho de 2020 da Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, que dispõe sobre a reorientação do processo de trabalho da APS no enfrentamento ao novo Coronavírus. Essa nota estabelece o teleatendimento, a teleconsulta, telemonitoramento e a teleorientação como principal estratégia de acesso da população ao serviço, feitos através de aparelhos celulares e tablets disponibilizados para as equipes, com números telefônicos divulgados para a população, novos instrumentos de trabalho incorporados, a fim de reduzir as consultas presenciais. Também estabelece o telecadastro, de modo que o processo de cadastro mantém-se como prioritário, agora sendo feito também por via eletrônica, a fim de evitar contato físico entre ACS e demais pessoas do território que devem ser cadastradas.

O documento traz ainda diversas outras orientações quanto ao funcionamento de demais serviços ofertados, dentre eles, farmácia, consultórios odontológicos, curativo, vacinação e visitas domiciliares, sendo necessária uma rápida adaptação desses trabalhadores e trabalhadoras a um novo modo de fazer saúde e construção de novos saberes operantes.

Nesse sentido, destaca-se um elemento específico que também passou por transformações na Nota Técnica e que surgiu com grande força nas narrativas das pessoas entrevistadas: o acolhimento, evidenciando as controvérsias que já eram instaladas no serviço quanto a ele.

4.4.3 O acolhimento

Enquanto uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), lançada em 2003 pelo Ministério da Saúde, o acolhimento é compreendido como:

“(…) Um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e

¹⁹ Aqui se revela um processo interessante: ao invés do recurso financeiro chegar primeiro para que seja possível fornecer subsídios adequados para a ampliação da cobertura da ESF, amplia-se essa cobertura sem que haja também ampliação de profissionais e instrumentos de trabalho de modo que esse processo ocorra de maneira eficaz, para que depois tal recurso chegue.

pactuar respostas mais adequadas aos usuários. Implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para a continuidade da assistência e estabelecendo articulações com esses serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos” (BRASIL, 2004, p.5).

A noção de acolhimento proposta pela PNH, busca ultrapassar ideias tradicionais – mas que também são importantes - de acolhimento que compreendem sua limitação ao espaço físico da recepção dos serviços de saúde e de ambiência, bem como de triagem e repasses de encaminhamentos para especialidades. Desta forma, a construção de vínculos e responsabilização de sujeitos não é fortalecida, e seu enfoque não é dado aos indivíduos e suas necessidades, mas limita-se à doença (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, compreende-se que o acolhimento não se restringe a um momento ou local do serviço, nem é de responsabilidade de um profissional em específico, mas sim, uma postura ética que atravessa todo processo de trabalho que implica no compartilhamento de necessidades e saberes (BRASIL, 2004).

Tesser, Neto e Campos (2010) apontam que é a partir da crítica à lógica burocratizante e rígida dos serviços de Atenção Primária que o acolhimento é concebido, a fim de que os serviços sejam pensados para agir reconhecendo a individualidade de cada usuário, e trabalhem a partir dos seus problemas, mas sem deixar de fazer as ações programadas e de vigilância. E tudo isso implica repensar o processo de trabalho.

Na USF do estudo, a implantação do acolhimento aconteceu em 2019, até então, de acordo com os relatos, as pessoas que buscavam o serviço, adentravam a unidade e buscavam a recepção ou qualquer profissional que pudesse lhe ofertar ajuda, sem que houvesse um direcionamento estabelecido tanto para quem estivesse recebendo, quanto para o próprio usuário ou usuária, o que gerava a ocorrência de informações desencontradas e consequentemente a não resolução do problema. Para agendar os mais diversos atendimentos, como consultas médicas, de enfermagem e dentista, cada equipe de saúde da família possuía um dia na semana específico para que as pessoas pudessem ir à unidade fazer a marcação.

Como não havia um direcionamento de fluxos, a circulação de pessoas dentro do serviço era intensa, bem como a espera para que fosse possível ter acesso à categoria profissional para que se pudessem apresentar suas queixas. Desta forma, formou-se um grupo de trabalho na própria unidade sob a iniciativa da gerência, e a partir destes, iniciou-se a implantação do acolhimento no serviço.

Primeiro foram definidas as escalas entre as equipes para que fossem feitos rodízios de profissionais para estarem no acolhimento, englobando todas as categorias, além disso, foi criada uma pasta de protocolo onde havia os possíveis direcionamentos a serem feitos.

Com as escalas e direcionamentos definidos, as equipes se organizam em uma primeira escuta, formada por duas pessoas volantes que ficam logo na entrada da USF, onde inicialmente a demanda de quem busca o serviço é ouvida e assim, há o direcionamento dentro do catálogo de ofertas do serviço. Por exemplo, em caso de buscar vacinação, já é feito o encaminhamento para a sala de vacinas, um curativo é direcionado à sala de procedimentos, uma marcação, para o SAME (Serviço de Atendimento Médico Estatístico) e no caso de uma consulta agendada, é feito o direcionamento para o ou a profissional de saúde.

Caso a demanda não possa ser suprida naquele primeiro momento, o direcionamento é feito para uma segunda escuta, na qual é possível se ter uma conversa mais detalhada, e feita uma avaliação daquela demanda, sendo o caso de encaminhá-la para a assistência necessária. E assim vinha funcionando até o início da pandemia.

Como apontado anteriormente, tendo em vista a necessidade de se repensar o processo de trabalho em saúde no contexto pandêmico, a Nota Técnica N° 9 de 23 de junho de 2020, trouxe uma nova padronização do acolhimento à demanda espontânea nos serviços de Atenção Primária a Saúde. Desta forma, o acolhimento se subdivide em dois: Acolhimento aos (às) Usuários (as) com Síndromes Gripais e/ou Febris ou ADE 1 e Acolhimento Geral ou ADE 2. Para o ADE 1, o documento orienta que uma equipe seja definida como responsável exclusiva pra aquela atividade naquele dia.

O Acolhimento então é definido do seguinte modo: na primeira escuta, profissionais designados para aquele dia recebem os/as usuários/as do serviço ainda na entrada da USF, e questionam se aquela pessoa apresenta algum sintoma relacionado à COVID-19, em caso positivo, é feito o encaminhamento para o ADE 1, onde a partir daí serão seguidos os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde para a assistência nos possíveis casos de COVID-19.

Caso não haja sintomatologia para a doença e a pessoa esteja buscando algum serviço como curativo, vacina, agendamento, teste do pezinho etc., a primeira escuta deve encaminhá-la imediatamente para estes serviços; caso tenha algum atendimento de rotina marcado, é feito o encaminhamento para o ADE 2, que deve buscar dar resolutividade para aquela demanda

através de uma escuta qualificada, e caso necessário, encaminhá-la para a equipe de retaguarda daquele dia, responsável pelo atendimento de pessoas não sintomáticas respiratórias (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR, 2020).

Desse modo, logo ao adentrar o serviço, o usuário ou usuária passa por uma triagem específica e a partir daí segue um percurso que visa principalmente dar resolutividade de maneira imediata, a fim de reduzir ao máximo a circulação de pessoas no serviço. Assim, seguindo as determinações da Secretaria Municipal de Saúde, a USF desse estudo fez a reestruturação do seu acolhimento, que na visão das equipes limita-se à triagem para com enfoque na COVID-19.

Como apontado anteriormente, antes mesmo da sua modificação em decorrência da pandemia, a questão do acolhimento na Unidade era motivo de conflitos e discordâncias entre equipes e gerência, isso ficou claro nas diferentes narrativas trazidas, onde, para alguns profissionais, o atendimento ao público funcionava melhor no modelo anterior ao implantado em 2019, inclusive reduzindo o fluxo de pacientes na USF, e para outros, após a implantação, houve melhora significativa no acesso da população ao serviço. Dentre diversas falas dissonantes, foi possível perceber que a maior questão estava relacionada à presença dos e das ACS na USF fazendo a primeira escuta de quem chegasse ao serviço.

“(...) O acolhimento que eu vejo acontecer na minha unidade é um acolhimento que a gente agente de saúde já fez a vida toda, entendeu? (...) Porque sempre entrou paciente na unidade, a gente sempre organizou né, orientou o paciente (...). O acolhimento, a meu ver, a gente já faz, a gente acolhe desde o momento que a gente ‘tá’ na casa do paciente, que a gente recebe a escuta né, aquelas demandas do paciente, traz pra unidade de saúde e é a coisa assim que eu acho mais bonita né, do trabalho né...”
(ACS)

A agente relata que o trabalho realizado no território já se configura um acolhimento no momento em que faz a escuta e traz para o serviço as necessidades do/da usuário/usuária, e que por isso, deixar de estar no território pra estar na USF, não traz vantagens para a população. Além disso, descaracteriza o trabalho da categoria, deixando que as pessoas precisem ir até a Unidade buscar um serviço, quando este poderia ser solucionado através do/da ACS: *“(...) Eu dou um atestado de que eu não to fazendo o meu trabalho, ‘cê’ ta*

entendendo? Porque se tivesse fazendo o meu trabalho corretamente, o paciente não precisa ta na porta da unidade” (ACS) ²⁰.

Nesse sentido, a partir dos conflitos desde o momento de sua implantação, o acolhimento apresenta-se como um ponto importante a ser observado no processo de trabalho dessas equipes, sendo definido em algumas narrativas como um problema crônico do serviço, que é executado, mas carregando consigo diversos atritos.

É interessante observar que tanto na forma como o acolhimento foi estruturado no serviço, quanto na sua descrição na Nota Técnica, a discussão do seu funcionamento gira principalmente em torno da chegada do/da usuário/usuária na Unidade e de que modo sua necessidade daquele momento pode ser suprida. É evidente que a resolutividade é uma das principais prerrogativas dessa diretriz operacional, e nesse sentido, a fala da agente comunitária é assertiva quando coloca que o acolhimento já começa no contato com o território.

No entanto é necessário que o modo de fazer saúde seja repensado para que dentro da prática do acolhimento, os diferentes saberes envolvidos estejam em harmonia. Para isso, é indispensável que a operacionalização do trabalho implique:

“Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde; uma reorganização do serviço de saúde a partir da reflexão e problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e resolução dos problemas do usuário; elaboração de projeto terapêutico individual e coletivo com horizontalização por linhas de cuidado; mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de discussão/decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas; uma postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, que inclua sua cultura, saberes e capacidade de avaliar riscos; construir coletivamente propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais” (BRASIL, 2004, p. 9-10).

No entanto, essa construção não se dá de maneira pontual, mas de modo constante e sempre coletivo. Aqui, não é nosso objetivo definir se a proposta do acolhimento enquanto aquele definido pela PNH tem sido compreendido de modo correto ou errado na USF Riachinho.

²⁰ Com relação ao trabalho dos/das agentes comunitários de saúde, é interessante registrar que uma atividade importante executada por tais profissionais, a visita domiciliar, também sofreu por modificações durante a pandemia, passando a ser feita apenas para grupos compreendidos como prioritários: pessoas idosas que moram sozinhas, gestantes e pessoas em fase de recuperação da COVID-19.

Todavia, é importante compreender que a percepção da possível existência de lacunas no modo como esse elemento vem sendo pensado, pode ser um dos caminhos para fortalecer a proposta, principalmente porque o acolhimento é um dispositivo que possui a capacidade de provocar ruídos dentro da produção do cuidado em saúde, nos diversos encontros que se estabelecem entre trabalhadores/as e usuários/as de determinado serviço (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999):

“Os encontros e desencontros nessa etapa podem, ao gerar ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores), revelar uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades, no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo usuário-centrado, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva” (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999, p. 346).

No cuidado ofertado na VDCM, pensar o acolhimento seja enquanto uma diretriz normativa, ou enquanto uma atitude de cada trabalhador ou trabalhadora de saúde é muito importante, pois se compreende o quanto a invisibilidade do problema é mantida em consequência de práticas que não conseguem construir uma vinculação forte o suficiente para que a mulher sintasse minimamente confortável para falar e comecem a surgir ruídos que possam gerar práticas que fujam do comumente instituído.

Sobre o processo de trabalho diante da VDCM, trataremos de maneira mais aprofundada no capítulo 6.

4.4.4 Planejamento das ações em saúde da USF Riachinho junto ao Distrito Sanitário Água Doce e a Secretaria Municipal de Saúde.

Pensando ainda na construção coletiva do trabalho em saúde, é importante também pontuar como se dá a relação de planejamento das ações em saúde da USF junto ao Distrito Sanitário e a Secretaria Municipal de Saúde:

“É... o comando é vertical né... primeiro ‘tá’ lá a Secretaria decide (...) e aí aciona o Distrito que tem que cumprir aquela ação, o Distrito já manda pra gente (...). Se for uma informação que precisa primeiro passar pelos médicos e enfermeiros, ou só pelos enfermeiros, eu encaminho pra eles ou me reúno com eles de maneira isolada pra que a gente ajeite a situação toda e aí a gente passa para o restante da unidade. Mas assim, a gente não tem muita dificuldade com isso não, ‘tá’? Vem de lá de cima, eu mando pra eles, eles se organizam, eles já fazem né...” (Gerente)

Ou seja, existem momentos onde as equipes podem discutir suas demandas e planejar atividades in loco, no entanto, as tomadas de decisões chegam até elas de maneira

verticalizada, de modo que as pessoas que as integram não participam da formulação das ações, e sim da sua execução e logística. Essa verticalização gera em alguns trabalhadores e trabalhadoras, um sentimento de frustração.

“É tipo assim, a Secretaria tá implantando projeto, então vamos colocar aqui, mas não querem saber o que já funciona! Então é só mais um que tá chegando! (...) Então porque não aprimorar esse que não funciona? (...) Ele vem com as coisas dadas, entendeu? E eles não querem saber o que é que foi montado há 10 anos atrás, eles não querem, só querem trazer mais um novo, e aí quando a gente se coloca, a gente fica botando essas, mostrando essas dificuldades, vamo dizer né? Acha que a gente não quer o programa, acha que a gente não quer abraçar o projeto e não é.” (ACS)

Não seriam os saberes operantes desses agentes essenciais para se pensar no desenvolvimento de estratégias dentro do território? É evidente que sim, no entanto, como já apontado anteriormente, o processo de trabalho em saúde não se afasta do modo de produção capitalista.

Destarte, Pires (2000) aponta que na atualidade, uma grande parcela dos serviços de atenção à saúde são institucionalizados e sofrem influências do campo político, onde a disputa de diversos interesses acaba por determinar a lógica que será estabelecida no trabalho; na disponibilidade e aplicabilidade de tecnologias; bem como nos modelos gerenciais e administrativos.

Desta forma, questões muito maiores atravessam a prática dessas pessoas que prestam assistência em saúde pública e parece ser inviável que, dentro de um modo de atuação tão dependente do modelo econômico vigente e todas as suas implicações, possa haver transformação. Ao olhar para o exemplo do acolhimento, que exige uma construção coletiva onde a população assistida também seja ativa no processo de fazer saúde, essa tarefa parece ainda mais difícil.

Por isso, é importante a noção de que o processo de trabalho em saúde é, em sua micropolítica, um espaço constante de embates entre aquele trabalho morto que se apresenta por meio do que está formalmente instituído, seguindo um determinado modo de produção, e as forças que se apresentam em “processos imaginários e desejantes” de quem executa o trabalho e quem o consome, trabalhadores/as de saúde e usuários/as do serviço (MERHY, 1997a).

Assim, no trabalho em saúde, sempre haverá espaço para a manifestação do trabalho vivo, gerador de transformações por meio das “fissuras” que são capazes de gerar nos

processos normativos, “portanto, atuar nestes processos ‘trabalho vivo dependentes’, permite-nossair em busca da construção de distintas linhas de fuga” (MERHY, 1997a, p.25).

Pensando nessa potência que pode ser gerada no processo de trabalho em saúde, mas compreendendo suas dificuldades e desafios, este capítulo trouxe alguns aspectos importantes do trabalho em saúde na USF Riachinho sob a perspectiva de seus trabalhadores e trabalhadoras. Tais elementos estão postos na sua rotina de trabalho e influenciam diretamente na oferta de cuidado.

Não é diferente quando pensamos no modo como esse cuidado chega às mulheres em situação de violência, especificamente aqui neste estudo, de violência doméstica. Desta forma, no capítulo seguinte, a VDCM será abordada a partir da compreensão que os trabalhadores e trabalhadoras das EqSF e NASF da USF Riachinho tem do fenômeno, para mais tarde, entendermos como todas essas questões se manifestam na assistência às mulheres que são atendidas por este serviço.

5. A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER SOB O OLHAR DE TRABALHADORES E TRABALHADORAS DA USF RIACHINHO

Neste capítulo, iremos nos aproximar do modo como os/as participantes do estudo compreendem a violência doméstica contra a mulher e suas percepções sobre a questão no território. No primeiro momento, é apresentada como a VDCM se manifesta e quais fatores tornam as mulheres vulneráveis ao problema.

No tópico 5.1, é trazida uma caracterização geral da violência doméstica: o que é, seus tipos e fatores que colocam as mulheres em maior situação de vulnerabilidade; no 5.2, vamos abordar a VDCM enquanto um problema multisetorial, onde as diversas políticas públicas possuem sua parcela de responsabilização. Já no tópico 5.3, a violência é apresentada enquanto um problema cultural e social, como consequência principalmente do machismo na sociedade.

Finalmente no tópico 5.4, será abordada a violência doméstica contra a mulher no território de Riachinho diante da percepção dos/das entrevistados/as. Este se divide em dois subtópicos: no primeiro, é descrito como as mulheres em situação de VDCM no território se apresentam; já no segundo, refletimos acerca das vivências das próprias entrevistadas acerca da violência doméstica.

No presente capítulo, mostraremos que para os trabalhadores e trabalhadoras é evidente que a violência que atinge a mulher na sociedade atual possui suas raízes em processos históricos e sociais dentro de um modo de conformação de sociedade. E nesse sentido, raça e classe são fatores que influenciam na vivência que cada mulher tem com o fenômeno. No entanto, apesar de demonstrarem tal conhecimento sobre a VDCM, os discursos não estão livres do pré-julgamento e da culpabilização das vítimas com relação à violência que sofrem, o que pode se manifestar nas práticas, principalmente no que se refere à validação e efetividade do trabalho dedicado a essa questão.

5.1 A caracterização da VDCM

Tanto os/as trabalhadores das EqSF quanto do NASF, trazem uma compreensão de violência contra a mulher que ultrapassa a violência física, onde além desta, se incluem as violências sexual, psicológica, patrimonial e moral. Uma agente comunitária relata que por muito tempo acreditou que a violência era somente “a porrada”, o tapa na cara, mas que ao longo de sua atuação como trabalhadora da saúde, passou a compreender que até mesmo um

grito já pode ser compreendido enquanto uma forma de violência doméstica. Esta compreensão vai ao encontro da definição de violência doméstica e familiar contra a mulher trazida pela lei Maria da Penha, que caracteriza suas diversas formas de manifestação: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

A violência contra a mulher está presente rotineiramente, de um modo estruturante nas relações e na forma como a sociedade enxerga o papel da mulher, aponta uma agente comunitária. Nesse sentido, a violência doméstica se manifesta no que a mesma denomina de um “trabalho escravo doméstico”, onde as mulheres são as únicas responsáveis pela manutenção da ordem nos mais diversos aspectos da vida familiar, e sua responsabilidade é ainda mais considerada quando se manifesta em forma de culpabilização: seja por um filho que está indo pra escola “maltrapilho”, ou pela gravidez precoce de uma filha, pelo atraso no almoço ou pela sujeira da casa.

“(...) Convive o tempo todo numa panela de pressão e é por todos os lados, porque vem a vizinhança ‘tá vendo aquela mulher ali? Os filhos saem sempre tarde pra ir pra escola!’ (...) Então é uma pressão, uma cobrança no total, entendeu? A violência doméstica é muito grande, é uma proporção que não tem noção, até ela respirar já é um incômodo, imagine!”(ACS)

*“(...) O cansaço do terceiro turno pra mulher é uma violência, né?”
(Dentista)*

Nestas falas, as pessoas entrevistadas denunciam que a obrigação imposta à mulher em lidar com todas as atividades domésticas e filhos não é considerada, nem reconhecida também como um trabalho, quando esta ainda necessita trabalhar fora de casa, o que gera uma sobrecarga na sua rotina que também é compreendida como uma violência.

O enfermeiro, o ACS e o cirurgião dentista, únicos homens que participaram do estudo, compartilham da ideia de que a VDCM está diretamente relacionada à conformação da vida em sociedade e onde a figura de tudo o que está ligado ao feminino é colocada. O ACS traz que a violência contra a mulher está baseada no gênero, ou seja, a principal motivação para que a violência ocorra parte do princípio de que para o homem, é legítimo “fazer o que quiser”, apenas porque ele se reconhece numa posição de superioridade diante da mulher.

É interessante salientar aqui, a concepção apresentada pelo entrevistado de que as relações de gênero na vida em sociedade estão pautadas na compreensão dos locais atribuídos ao que é posto enquanto representação do masculino e do feminino, sendo este último alocado

em posição de subalternidade, parecendo legitimar a violência exercida pelo homem, que é o próprio símbolo de masculinidade.

Nessa perspectiva, o cirurgião dentista coloca que a violência de uma maneira geral é uma forma de expressão de poder, e não diferente ocorre na violência perpetrada contra a mulher. Esta então se torna mais suscetível à violência por conta do machismo que está culturalmente enraizado na sociedade. Destarte, Lourdes Bandeira aponta que:

“O uso da violência contra a mulher, e de gênero, visa controlar e dominar as mulheres, pois, historicamente, as raízes do exercício de poder são desiguais entre homens e mulheres; e nesse sentido, a expressividade da violência masculina não se manifesta frente ao que é visto como seu igual, ou a aquele que está nas mesmas condições de existência e de valor que o perpetrador” (BANDEIRA, 2017, p. 29).

O cirurgião dentista faz ainda uma relação entre a relação de dominação-subordinação entre homens e mulheres com início da conformação da propriedade privada, quando o homem deixa de ser coletor e passa a se dedicar ao cultivo da terra, defendendo assim o seu território físico – sua terra e sua família, mas que também se configura enquanto um território emocional ²¹.

Outro ponto importante trazido está relacionado ao que se pode configurar a violência que a mulher sofre enquanto doméstica. Fica evidente em todas as falas que a VDCM é aquela que ocorre dentro do domicílio da mulher e frequentemente ocorre entre casais heterossexuais.

No entanto, algumas pessoas trazem que essa violência não precisa ocorrer necessariamente em casa, pois também se considera violência doméstica aquela que é perpetrada por alguém com qualquer grau de parentesco com aquela mulher, podendo ser um

²¹ Nesse sentido, é importante localizar historicamente o conceito de propriedade privada mais adiante em relação ao período citado pelo entrevistado. A constituição da propriedade privada foi importante elemento na acumulação primitiva do capital para a conformação das sociedades capitalistas. Na Europa, as terras ocupadas por camponeses nas quais se mantinham a agricultura voltada para uma economia de subsistência, passam a partir do século XV por um processo de privatização e monopolização por quem detinha o poderio econômico (FEDERICI, 2017; ANDRADE, 2018). A separação do campesinato da terra e a consequente comercialização da sua mão de obra, tem como uma de suas consequências, a desvalorização econômica do trabalho de reprodução que já passa a ser relegado às mulheres. Nesse sentido, Silvia Federici (2017) aponta: “(...) A importância econômica da reprodução da força de trabalho realizada no âmbito doméstico e sua função na acumulação do capital se tornaram invisíveis, sendo mistificadas como uma vocação natural e designadas como ‘trabalho de mulheres’. Além disso, as mulheres foram excluídas de muitas ocupações salarizadas e, quando trabalhavam em troca de pagamento, ganhavam uma miséria em comparação com o salário masculino médio” (p. 145). Desta forma, o espaço público perdido pelas mulheres desde a privatização das terras comunais, torna-se ainda mais distante destas, sendo então dominado pelos homens (FEDERICI, 2017). Além disso, a valorização do trabalho capaz de gerar riqueza, aquele realizado fora do ambiente doméstico, coloca os homens assalariados na posição de provedor, portanto, aquele detentor de mais poderes e direitos perante a sociedade e a família.

pai ou irmão, por exemplo, que não resida necessariamente junto com ela, entendimento que está em sintonia com as definições apresentadas na lei Maria da Penha (BRASIL, 2006).

Apesar dessa compreensão, ao discorrer sobre a temática, naturalmente o referencial tornou-se os relacionamentos conjugais, por serem os casos mais comuns no território, havendo alguns poucos envolvendo filhos ou pais agressores.

A assistente social destaca que ao pensar na violência contra a mulher, é importante que se inclua mulheres cis e transexuais, e que ambas estão cobertas pela Lei Maria da Penha, pois esta não faz distinção de identidade de gênero em seu texto. Essa garantia de proteção legal para as mulheres transexuais é também importante, pois estas estão sujeitas a outras violações específicas por sua transgeneridade, que são motivadas pela transfobia.

Dentre o espectro de todos os tipos de violência doméstica, uma auxiliar de saúde bucal (ASB) aponta a violência psicológica como um caminho para se chegar à violência física: “(...) o agressor, antes dele te agredir fisicamente, ele vai te agredir no psicológico né?”. Assim o agressor vai atingindo aquela mulher nos mais diversos aspectos, seja criticando sua aparência, sua capacidade para cuidar dos filhos, ou sua inteligência, e deste modo aquela mulher passa a acreditar que aquilo é verdade, conclui.

Já a fisioterapeuta acredita que a violência psicológica é a mais negligenciada, apesar de ser a mais frequente: “do tipo, ah, isso é bobagem, um grito ou um palavrão, isso é bobagem... mas isso surte um efeito muito grande na mulher.” Nesse sentido, é unânime entre as narrativas a compreensão de que as mulheres que estão sob situação de violência doméstica estão emocionalmente fragilizadas, o que torna muito difícil o rompimento com o agressor.

Deste modo, a dependência emocional é um dos principais fatores que mantém as mulheres em relacionamentos abusivos, essa dependência pode ter uma origem ainda na vivência em família, se essa mulher não teve um referencial positivo de relacionamentos, foi criada em ambientes onde a violência doméstica era naturalizada e não teve um espaço saudável para a construção de uma boa autoestima, apontam algumas narrativas.

Apesar de não ser objetivo desse trabalho o aprofundamento dos aspectos psicológicos que envolvem as relações violentas, é interessante pontuar que essa dependência emocional é bastante complexa, como traz a psicóloga entrevistada. Ela destaca elementos como transgeracionalidade, que está relacionada às questões familiares anteriormente citadas, o apego e a vinculação.

No entanto, o fator que mais sujeita as mulheres a permanecerem com os agressores é o financeiro, sendo trazido por todos/as participantes. Muitas mulheres não possuem uma renda própria, acabando por depender financeiramente do companheiro, e essa situação é ainda mais agravada quando o casal tem filhos.

Tais achados também são feitos por Gomes et al (2015), em estudo realizado com profissionais da ESF, onde a dependência financeira e o medo de ser afastada dos filhos se revelam como principais fatores de permanência das mulheres nos relacionamentos violentos, as autoras apontam que esses fatores são assinalados na literatura nacional sobre o tema.

“Quando a mulher depende do homem, quando ela não tem um serviço, ela não tem casa, não tem parente, não tem nada, tudo bem a gente até entende em termo, mas desde quando eu tenho meu patrimônio, sou independente, não tem lógica a pessoa passar por isso...” (ACS)

No trecho acima a ACS aponta que ainda é possível compreender a sujeição da mulher à VD quando ela depende financeiramente do homem, mas quando ela não depende, isso “não tem lógica”. Essa fala é trazida em um momento onde ela conta um caso de uma vizinha que encontrou sangrando na rua porque tinha sido agredida fisicamente pelo parceiro, e ela tinha emprego, a casa onde ela residia era dela e não havia filhos.

“Você não vai na delegacia? Você não vai prestar queixa? ela disse ‘amanhã’, eu disse ‘amanhã? Tu vai deixar pra amanhã?’”, prossegue a ACS em seu relato, demonstrando o quanto ficou inconformada com a situação.

A conformação social a qual nos inserimos, também é problematizada por outra ACS nesse sentido, pois o capitalismo e o patriarcado dificultam o acesso das mulheres a oportunidades de trabalho de maneira igualitária aos homens, e que de fato possam lhes emancipar financeiramente.

“(…) A gente vive num país capitalista, tudo precisa de dinheiro pra sobreviver, uma mulher que precisa de uma ajuda no financeiro, ela é sempre refém de outro (...). Então, aí não é que eu seja contraditória, eu tô falando de uma sociedade patriarcal, uma sociedade que não dá oportunidade pra mulher, então como é que a mulher vai sair desse ciclo de violência se ela não tem oportunidade... Entendeu?” (ACS)

Há ainda a diferenciação entre as mulheres “ricas e pobres”, pois estas últimas precisam se manter no relacionamento por não possuírem uma alternativa para sua subsistência, já as “ricas” temem mais o julgamento da sociedade: *“Essas mulher mesmo que*

tem dinheiro que são de classe alta, elas já pensam na sociedade, o que é que a sociedade vai pensar dela?”(ACS).

Além do fator financeiro, a ausência de uma rede familiar e de amizades que possam dar suporte à mulher também é algo presente. Trazendo para o território, as ACS, relatam que muitas mulheres vêm de outras cidades da Bahia e só possuem o parceiro e os filhos por perto, e como muitas vezes suas atividades estão bastante restritas ao domicílio e ao próprio bairro, não conhecem muitas pessoas que possam servir de referencial para falar sobre seus problemas e buscar uma possível ajuda.

Ou seja, todas as mulheres que vivenciam a VD são atravessadas por fatores que se transformam em barreiras para que elas consigam a desvinculação daquele relacionamento, no entanto, as mulheres pobres se tornam mais vulneráveis ainda, por não terem uma condição econômica que as favoreça.

Além de pobre, quando essa mulher é negra, a sua vulnerabilidade é ainda maior, a ASB coloca que as mulheres negras, para além de todas as opressões que lidam, ainda sofrem com o racismo no seu dia-a-dia. Uma ACS coloca: *“Porque a mulher ela é condicionada a viver num mundo violento e a gente tem vários patamares, a negra e a branca... E aí existe o que? Uma forma de ser condicionada, de ser orientada...”*. Este trecho é trazido por ela num momento onde a mesma relata que ela enquanto uma mulher negra foi criada para cuidar de sua família, do marido e da sua casa. *“(...) Eu fui condicionada a ser uma escrava do lar!”*

O racismo e a sua relação com a violência que mulheres pretas e pardas sofrem em comparação com mulheres brancas é um fato evidenciado em diversos estudos brasileiros e em dados de pesquisas realizadas nacionalmente, que revelam, por exemplo, um aumento nos casos de feminicídio de mulheres negras em 54%, enquanto para mulheres brancas, houve queda de 9,8% entre 2003 e 2013. (BERNARDES, 2020; CARRIJO; MARTINS, 2020).

Ainda segundo a ACS, para as mulheres negras não são apresentadas alternativas de um papel social de mulher, o que as sujeitam ainda mais a sustentar relações em que vivam sob opressão, a não ser que estas se rebelem: *“(...) é isso, então eu me rebelei!”*, diz a agente.

Em suma, predomina a compreensão de que a violência doméstica contra a mulher pode estar presente em qualquer classe social e atingir mulheres de qualquer raça/cor, mas existem vulnerabilidades diferentes entres as mulheres destes grupos. Por isso, não é possível elaborar um perfil geral para caracterização das mulheres em situação de VD.

No entanto, existe um perfil de mulheres que acessam os serviços públicos de saúde, dentre eles a USF Riachinho, sendo principalmente as mulheres de classes sociais mais baixas, com pouco grau de escolaridade, dois ou mais filhos, negras e heterossexuais.

Apesar de trazerem a diversidade das características que as mulheres em situação de VD podem ter e os fatores que as tornam vulneráveis à violência, em alguns discursos ainda surgem a culpabilização da mulher pela violência que sofre: “*Assim... uma parte da violência, as responsáveis somos nós mesmas mulheres que permitimos...*”, traz uma participante.

Em alguns relatos é posto que muitas vezes as mulheres possuem rede de apoio familiar, bem como independência financeira, mas preferem permanecer com o agressor. Deste modo, a partir do momento em que lhe são fornecidas oportunidades e ela “não quer” sair daquela relação, também passa a carregar a sua parcela de culpa.

5.2 A VDCM enquanto um problema que envolve múltiplos setores

Outro elemento que foi abordado diz respeito à responsabilidade que as políticas públicas têm diante da violência doméstica contra a mulher. Nesse sentido, a maioria concorda que a saúde, educação, assistência social e a justiça são os setores que devem estar mobilizados na prevenção e enfrentamento do problema, cada um dentro de suas atribuições.

No entanto, em algumas falas, principalmente das ACS, ressoa a justiça como a principal política pública a qual está atribuída a responsabilização pela VDCM, pois é a ela que cabe a proteção às mulheres e a punição dos agressores. Segundo uma dessas agentes, muitas vezes o ato de prestar uma queixa acaba por deixar a mulher ainda mais vulnerável, pois pode ser que “não dê em nada” e ela ainda precisa retornar para o convívio com o agressor. Já outra ACS pontua: “*Quantas mulheres a gente vê que morreu, quando vai ver tinha 5, 6 queixas na delegacia contra esse homem... Eu acho falho... machista, esse sistema que nós temos, entendeu?*” (ACS)

Nesse sentido, as profissionais apontam o processo falho de proteção às mulheres que denunciam a VDCM, principalmente com relação à medida protetiva.

“(...) A justiça que é muito falha, porque desde quando eu dou uma medida protetiva pra uma paciente, a uma vítima mesmo... você sabe que aquela vítima não tá protegida, você diz ao homem não chegue perto dela 1 metro, 2 ‘metro’... Não adianta, pô!”(ACS)

A medida protetiva não é suficiente para garantir a proteção daquela mulher e faltam recursos humanos e tecnológicos que possam de fato garantir que o agressor não se aproxime da vítima, de acordo com uma profissional do NASF. Além disso, o sentimento de impunidade dá aos homens agressores mais autoconfiança para praticarem os mais diversos tipos de violências, já que muitas vezes paga-se uma fiança e se tem a liberação, relatam.

Uma das ACS coloca que agora que a violência contra a mulher pode ser denunciada por qualquer pessoa, pode ser que com relação ao campo da justiça, possa haver algum avanço. Ela se refere à Ação Direta de Inconstitucionalidade (ADI) n. 4.424, julgada em 2012 pelo Superior Tribunal de Justiça que determina que a ação penal de crimes de lesão corporal causado por violência doméstica contra a mulher torna-se pública e incondicionada.²²

A crítica ainda é feita com relação ao tratamento que é dado a essas mulheres, e como processos judiciais que deveriam ser de acolhimento acabam sendo ainda mais violentos²³, trazendo pra essa mulher a sensação de que mesmo sendo ela a pessoa agredida, é ela quem está “pagando o preço”.

“(...) Mas aí eu fico pensando, a gente sabe que tem muitos casos que o que é que a justiça faz? Tira a mulher de dentro de casa né, muitas vezes até do convívio com seus filhos e coloca ela em algum abrigo, um abrigo, um lugar... aí eu não sei qual a violência é pior, a violência psicológica também de você ter um lar... Aí eu pensei assim, mas se tivesse acontecido isso comigo, como eu ficaria? Eu me ver longe da minha casa, longe da minha família, escondida e ele subindo e descendo, trabalhando, tendo a vida dele e tal...” (ACS)

Desta forma, apesar de não ter uma responsabilidade exclusiva, a justiça é apontada como principal via de enfrentamento, mas que ainda não consegue responder de maneira satisfatória as demandas trazidas pela VDCM.

Em um caráter mais preventivo, a educação também é trazida pelos/as participantes, de modo que a escola é compreendida enquanto um importante espaço para se discutir a violência contra a mulher. A cirurgiã dentista coloca que é muito mais fácil educar uma

²² Penna e Belo (2016) explicam: “A ação penal pública incondicionada se caracteriza por ser uma denúncia promovida pelo Ministério Público (representante do Estado nas ações públicas). Essa iniciativa é “incondicionada” porque não depende nem se subordina a nenhuma condição ou vontade da pessoa atingida, sendo irrelevante a oposição desta ou de quem quer que seja”. Dessa forma passa a ser uma responsabilidade do Estado a efetivação da denúncia, independentemente do desejo da mulher que tenha sofrido a violência doméstica. Estudos problematizam a ADI, questionando em que medida a responsabilidade estatal pode contribuir para o real enfrentamento do problema, visto que aspectos sociais e culturais impedem, muitas vezes, que as mulheres prossigam com a denúncia ao agressor, e em que medida tira das mulheres sua autonomia para fazer escolhas e as coloca numa posição de subordinação e passividade (PENNA; BELO, 2016; SENRA; 2018).

²³Sobre o percurso da mulher em situação de violência doméstica na rede de assistência, abordaremos melhor no capítulo 6.

criança que ainda está em formação de seu caráter do que um homem já na fase adulta, que pode estar trazendo possíveis experiências de naturalização da violência. O papel da educação também é importante na identificação do que é a violência e suas manifestações, para que seja possível perceber quando se está passando por uma, destaca uma enfermeira.

5.3 VDCM como um problema cultural e social

A violência doméstica contra a mulher e suas diversas formas de manifestação são reflexos de uma sociedade machista. Esse é o principal argumento trazido nas narrativas quando os/as participantes foram convidados a refletir acerca da relação entre violência e sociedade.

Uma ACS coloca que esse problema começa desde a criação machista que é dada às crianças, tanto aos meninos, quando não são educados para realizarem tarefas domésticas e para ser um “pegador”; quanto para as meninas que são ensinadas a buscarem um marido e permanecer com ele incondicionalmente, por exemplo.

Esse machismo aparece em alguns discursos como herança de uma sociedade patriarcal, compreendida como aquela onde o homem está acima da mulher numa escala de poder: *“A gente tem uma herança do patriarcado aí né, veja, se nós formamos filhos machistas sejam eles homem ou mulher, então assim quem vai querer abrir mão dos seus privilégios né?”* (ACS).

Dois dos três homens que participaram do estudo trazem que é necessário o reconhecimento de que são machistas para que a partir disso eles possam refletir sobre suas atitudes e praticar o “antimachismo”. Um deles aponta que a forma como o machismo se manifesta não atinge somente aos homens, mas também as mulheres e determina normas sociais baseadas numa cultura machista.

Nesse sentido, uma profissional do NASF coloca que diante da problemática, o homem se encontra numa posição que ela considera confortável por não ser atingido diretamente pela VD e por vezes, a reflexão sobre o seu papel só surge quando alguma mulher que ela tenha algum vínculo forte sofre uma agressão física.

“(..) A gente na nossa cultura foi construída numa sociedade machista, né? Onde era natural o homem violentar a mulher, como se fizesse isso, era visto como o homem, o machão, aquele que tinha o poder, a nossa cultura sempre permitiu isso e validou isso como a masculinidade,

então assim, é meio complicado você ver assim o homem como culpado, eu penso que isso tudo é fruto de uma sociedade já adoecida...” (Enfermeira)

Nesta fala, a enfermeira traz a sua impressão do modo como o machismo na sociedade contribui para a construção de um homem que deve ser agressivo, no entanto, segundo a mesma, isso não tira a sua culpa e responsabilidade, mas é necessário entender que o problema tem raízes culturais em um contexto social.

De acordo com algumas falas, a sociedade machista ainda culpabiliza a mulher pela violência sofrida, pois encontra nas suas normas (que são machistas), meios de torná-la responsável por ter cometido alguma transgressão em seu comportamento esperado enquanto mulher. Esse julgamento da sociedade surge tanto quando a mulher permanece com o agressor: *“muitos que acham que a mulher é descarada, que a mulher ‘tá’ ali porque ela gosta sabe de apanhar...”*, quanto se ela consegue se separar: *“o julgamento pela sociedade é bem pesado... Se aquela mulher sair daquela casa, largar o homem, ‘ai... largou o homem, largou a casa, largou tudo!’”* (ACS)

Ou seja, não há escapatória para o julgamento que vem da sociedade, sendo esta também uma responsável pela manutenção da violência doméstica contra a mulher. Uma agente comunitária coloca que as mulheres sabem que serão apontadas por vizinhos ou pela família, e por isso não se sentem seguras para se desvincular do seu agressor.

No entanto, mesmo diante de um quadro de sociedade que é tão desfavorável para as mulheres, compreende-se que já houve momentos piores na história e que hoje vivemos um momento de transição que é positivo.

“(...) Mas a gente vem, eu acho, a gente ‘tá’ passando por um momento de transição grande, porque a gente tá numa sociedade que tem pessoas que pensam ainda muito... né, pessoas com 50, 60, 70 anos que pensam ainda daquela forma antiga mesmo e influenciam as outras mais jovens e a gente ‘tá’ com uma geração que ‘tá’ mais, com a cabeça mais aberta, então a gente tá nessa transição...” (Fisioterapeuta)

Na fala de um ACS, o movimento feminista surge como um dos responsáveis nesse processo de mudança, principalmente quando promove o empoderamento feminino para que as mulheres reconheçam seu potencial para serem independentes, seja no aspecto financeiro ou afetivo. Dessa forma, tem havido uma busca de maior espaço para as mulheres principalmente no esporte e no mercado de trabalho.

“O homem precisa entender que quando a mulher ‘tá’ lutando lá no movimento feminista, ela não ‘tá’ lutando pra que ele perca privilégios pra

que ela possa ganhar, 'tá' lutando pra ela reconquistar o espaço que não deveria ter perdido, e esse espaço que não deveria ter perdido ele não é do homem, não pertence ao homem, é o espaço dela! "(ACS)

O mesmo agente de saúde ainda traz que esse processo é lento e que há resistência, muitas vezes alimentada pela pouca compreensão do que o feminismo busca de fato, no entanto, essa mudança é irreversível, aponta.

5.4 A VDCM no território da USF Riachinho

Ao falar sobre a VDCM em seu campo de atuação, os/as participantes destacam algo já apontado na literatura (GOMES et al, 2013; COSTA et al, 2019): o silenciamento do problema, seja pelas mulheres, seja pelos próprios profissionais. Isso faz com que muito raramente os casos cheguem até a equipe, pois os que chegam são muito poucos se comparado ao que deve ser a realidade, relatam.

Como já apontado no capítulo anterior, o território onde a unidade se insere é marcado pela violência urbana, motivada principalmente pelo tráfico de drogas, bastante presente nas narrativas. Este elemento é um dos principais entraves para que se consiga ter acesso às mulheres em situação de violência e até mesmo conseguir assistência policial. Especialmente os/as agentes comunitários/as de saúde, por serem residentes do bairro e estarem em contato direto com o território tanto enquanto profissionais quanto como moradores, destacam a influência do tráfico de drogas diante da VDCM.

Durante as entrevistas, para falar sobre esse ponto, foi possível perceber bastante cautela por parte dos/das participantes e em alguns momentos solicitou-se que a entrevista fosse pausada, de modo que alguns pontos trazidos não serão abordados aqui. Mas de uma maneira geral, compreende-se que a comunidade é dominada por facções que estão em constante conflito entre elas pelo controle do território.

Deste modo, existem divisões imaginárias dentro do bairro, onde cada parte é de posse de um grupo, e seus moradores devem seguir os códigos determinados, que funcionam como regras sociais. Por isso, até mesmo a circulação dos profissionais entre um determinado local e outro deve ser feita com muito cuidado, pois ocorre de moradores que estão sob domínio de uma facção não poderem adentrar na área do outro grupo de traficantes, e esse morador ou moradora pode ser o/a ACS que tem sua área de abrangência de atuação independente dessa divisão própria do território.

Quando os conflitos estão intensificados, até mesmo o acesso de moradores de determinadas áreas à USF pode ser prejudicado, pois a unidade está num espaço que é considerado sob domínio da facção rival.

No que tange a VDCM, o primeiro problema diz respeito ao fato de que muitas vezes, as mulheres que estão em situação de VD são namoradas ou esposas de traficantes ou de homens que tem algum envolvimento com o tráfico, e essa identificação não ocorre porque estas mulheres verbalizam, mas porque se ouve as brigas e comentários na vizinhança. E todos temem o homem agressor: a mulher violentada, os vizinhos e os próprios profissionais de saúde, que se sentem intimidados e temem pela sua própria segurança e de seus familiares.

“Muitas vezes o agente comunitário sabe, mas não sinaliza pra gente... por medo, porque pediram sigilo ou porque conhecem o pessoal do território, que sabe que é... Muitas vezes, pessoas perigosas né... que tem parentes perigosos ou tráfico, enfim...” (Profissional do NASF)

Mesmo quando os agressores não são os próprios homens envolvidos com o tráfico, pedir a assistência policial torna-se um problema. Em um dos relatos foi trazido o exemplo de uma família que foi expulsa do território pela facção dominante, pois a mulher agredida havia acionado a polícia, e esta adentrou a comunidade. *“(...)O morador tem que ter muito cuidado, a polícia entra... ele não pode chamar a polícia porque ele também ‘tá’ correndo riscos futuros”*, aponta uma entrevistada.

Das situações de VDCM que já conseguiram ter acesso no território, os/as ACS trazem que a grande maioria foi detectada por relatos dos vizinhos ou a partir da observação durante visitas domiciliares: *“(...) Você sente no jeito dela conversar com você, no jeito dela, os olhos, até, você sente que ela ‘tá’ lhe pedindo socorro, que ela ‘tá’ ali pedindo socorro, mas não sabe como chegar até você e a gente às vezes tenta chegar, mas elas ‘se prende’, ‘se trava’, não fala...”* (ACS)

Uma agente comunitária narra um episódio onde percebeu que uma mulher estava sendo mantida em cárcere privado junto com o filho, pois sempre que passava para visitá-la, a mulher não abria a porta e dizia que não possuía chave, até chegar o dia em que essa mulher pediu que a ACS fosse comprar comida para ela. A profissional então solicitou a um amigo que quebrasse o cadeado da casa pra que aquela mulher pudesse ir ao mercado. Algum tempo depois, o companheiro da mulher foi até a residência da ACS portando uma arma de fogo e questionando a mesma do porquê de ter “arrombado” a porta dele. *“E eu digo a você, eu*

fiquei com medo, fiquei com medo por minha família toda... Então eu digo a você que isso eu não faço mais”, a profissional relata.

Outra ACS traz um caso onde toda a vizinhança sabia que a mulher sofria agressões, até chegar o momento de uma discussão mais grave, onde todos os moradores da rua escutavam a mulher apanhando. A agente relata que quando foi conversar com esta mulher, a mesma disse que foi só uma “discussãozinha”, não assumindo que de fato havia sofrido agressão física.

A violência psicológica também é observada pelas ACS quando ouvem as queixas das mulheres do território sobre o companheiro que “xinga”, que humilha com críticas à aparência, que a critica constantemente ou até mesmo por presenciarem durante a visita domiciliar situações onde o companheiro da mulher a agride verbalmente. Quanto a esse ponto, somente as ACS o abordaram, o único agente de saúde aponta que muitas vezes ouviu falar de casos, mas não conseguiu fazer uma abordagem nesse sentido, o que revela uma questão de gênero na oferta desse cuidado importante de ser destacada, e que será trazida no próximo capítulo.

A psicóloga aponta que a VD psicológica é muito difícil de ser detectada em alguns casos, pela sua sutileza, e muitas vezes pode passar “batida” na visita domiciliar, tanto por essa dificuldade em ser percebida quanto pela naturalização de alguns comportamentos que não são compreendidos como sinais de violência.

O consumo abusivo de álcool pelos agressores também é algo que aparece nas narrativas, alguns relatos trazem que muitas vezes as mulheres se queixam de seus companheiros por beberem muito e passarem dias fora de casa, o que gera conflitos. Mas também existem algumas mulheres que são alcoolistas ou dependentes de drogas, nesses casos, quando elas são vítimas de violência, existe uma percepção no território de que a dependência química justifica a agressão:

“(...) Essas daí sofrem violência sempre... e aquilo dali “ah, porque ela bebe, ela fuma” é como se justificasse as pessoas serem violentas com ela, de as pessoas de casa serem violentas com ela, entendeu?” (Cirurgião dentista)

Nesse sentido, é possível observar mais uma vez a culpabilização da mulher pela violência que sofre. Já para o homem, a bebida justifica a agressividade, por isso ele deve ser perdoado, pois não estava completamente consciente de seus atos.

Diante da pandemia do coronavírus, apesar de o advento ter colocado a VDCM no Brasil e no mundo em voga, pois vulnerabilizou ainda mais mulheres e meninas nos contextos domésticos aos quais convivem com seus agressores (MLAMBO-NGCUKA, 2020), o momento sanitário não parece ter causado impactos no território de Riachinho em relação aos casos observados pelos/pelas profissionais.

De acordo com os relatos, não havia até então, nenhuma mudança evidenciada no que diz respeito à violência contra a mulher: *“Eu ouvi falar mais, mas eu ouvi no jornal, na minha realidade, na minha vivência, não... continua a mesma coisa...”* (ACS).

As situações que já chegam de maneira escassa até as equipes da ESF, assim permaneceram, sendo comum nas falas, que o tema tem sido bastante discutido na mídia em geral, mas que no território, nada mudou, apesar da ciência de que a pandemia pode estar gerando aumento das ocorrências nos domicílios.

“É, eu não ouvi, mas eu acredito que deve ‘tá’ havendo uma influência porque você passa a ‘tá’ o tempo todo com aquela pessoa né, inclusive deve ta tendo casos novos por causa desse contato né, mas não é algo que eu to vendo, eu to intuindo né...” (ACS).

Essa percepção coincide com os dados estatísticos de estudos elaborados no Brasil acerca da violência doméstica contra a mulher no ano de 2020, que apontam uma redução na notificação dos crimes em delegacias de polícia, como lesão corporal dolosa, ameaça e estupro, bem como na concessão de medidas protetivas (FÓRUM NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2020). No entanto o aumento na busca por ajuda policial através do Disque 190, assim como dos registros de feminicídio em alguns estados, apontam para a realidade de um problema que precisa encarar barreiras de acesso postas para as mulheres, e que ganha visibilidade apenas em sua consequência mais cruel, a morte (MATOS; ANDRADE, 2021).

De modo geral, é um consenso entre as equipes que a subnotificação é um grande problema e que ela é consequência de todo esse quadro descrito, causando um silenciamento coletivo: das mulheres, da comunidade e dos profissionais. Nesse sentido, o momento de crise sanitária parece inserir a VDCM em um paradoxo, pois ao tempo em que o tema ganha espaço nas discussões e na mídia, os casos permanecem silenciados.

5.4.1 As mulheres que sofrem VDCM no território

Diante dos casos que conseguem perceber, os/as participantes trazem alguns elementos que são comuns às mulheres do território. Como já apontado anteriormente, a dependência financeira é um importante fator que mantém as mulheres na situação de violência, sendo um elemento muito presente na área de abrangência de Riachinho.

Além de dependerem financeiramente dos parceiros, elas não possuem familiares por perto e possuem baixa escolaridade. São mulheres que temem as consequências da denúncia da agressão: seja pelos filhos, por ameaças do parceiro ou pelo desamparo financeiro (NASCIMENTO et al, 2019; SANTOS et al, 2017).

Essas mulheres também estão deprimidas, com baixa autoestima e não conseguem perceber a violência que sofrem, ou temem admiti-la. As ACS e enfermeiras trazem sua percepção de que são muitos os casos de mulheres em depressão com sintomas físicos do problema, que buscam atendimento com queixas diversas que não são solucionadas.

“Em termos de percepção é evidente, porque a gente vê um número grande de mulheres em depressão, sofrendo de dores que a gente não sabe a causa, já fez vários exames e não sabe a causa, a gente sabe que a causa é a violência, mas assim, elas aceitam que estão sendo violentadas é que é complicado, entendeu?” (Enfermeira)

“(...) E tem muita mulher deprimida, eu tenho caso de chegar pra mim e dizer ‘ah, porque meu companheiro falou que eu to gorda, é por isso que ele não ta ligando mais pra mim tal’”. (ACS)

O fato de as mulheres que sofrem violências apresentarem-se com frequência nos serviços de saúde da Atenção Primária e com uma diversidade de queixas, muitas vezes pouco especificadas já é consenso na literatura (D’OLIVEIRA et al, 2009). Day et al (2003) apontam que dentre as consequências orgânicas mais frequentes geradas pela violência contra a mulher estão síndrome de dor crônica, fibromialgia, distúrbios gastrointestinais e ginecológicos. Os autores ainda apontam que os efeitos psicológicos podem ainda ser mais graves que os físicos, aumentando o risco de desenvolvimento de depressão, estresse pós-traumático, fobias e consumo excessivo de álcool e outras drogas.

Algo importante a ser destacado é que muitas vezes, as demandas trazidas por essas mulheres podem ser desvalorizadas pelos/as profissionais de saúde. Nesse sentido, Schraiber (2005) aponta em estudo com equipes do então Programa Saúde da Família, que por buscarem muitas vezes nos serviços de saúde, as mulheres (não apenas aquelas em situação de violência), são vistas como “problemáticas”, pois apresentam diversas e frequentes queixas,

diferente do homem, que, quando buscam o serviço de saúde é porque “realmente está precisando”.

Isso gera uma minimização das necessidades de saúde que aquela mulher está apresentando no momento, comprometendo a oferta de um cuidado humanizado e conseqüentemente a não detecção e intervenção numa possível situação de violência doméstica.

5.4.2 As trabalhadoras de Riachinho: agentes de enfrentamento e sujeição à VDCM

No seu trabalho em saúde, as mulheres que trabalham na USF de Riachinho convivem com um paradoxo: ao mesmo tempo em que estão ali para contribuir no enfrentamento e no cuidado às mulheres do território em situação de violência doméstica, também estão sujeitas a se tornarem vítimas.

Em algumas narrativas, foram trazidas por elas, situações vivenciadas com colegas de trabalho e relatos de suas próprias vivências com relacionamentos abusivos, trazendo principalmente a violência física e a psicológica.

“(...) De forma nenhuma a gente imaginava que ela estaria sofrendo isso, entendeu? Ficamos realmente, não sei se a palavra certa é decepcionados, porque a gente fala tanto né, para o outro e depois tá pertinho da gente, sabe?” (Trabalhadora entrevistada)

Nesta fala, uma entrevistada fala do seu sentimento ao descobrir que uma colega de trabalho havia sofrido agressão física, refletindo sobre a complexidade dessa situação, visto que muitas vezes os desfechos são os mesmos as quais elas observam na sua prática assistencial, o que lhe faz pensar que mesmo com conhecimento, todas as mulheres podem acabar sendo vitimadas.

Uma das mulheres entrevistadas, em dado momento relatou que sofreu agressões físicas do companheiro há alguns anos. Ela usou seu próprio exemplo para explicitar a falha no sistema judicial na proteção às mulheres que sofrem violência doméstica. Em sua fala, ela traz que após o episódio de agressão, a mesma prestou queixa na delegacia da mulher e conseguiu uma medida protetiva, tendo ela mesmo entregado a medida ao então ex-companheiro.

No entanto, este homem passou a frequentar a casa onde ela estava residindo para visitar os filhos, mesmo que isso não fosse permitido, pois descumpria a ordem de

distanciamento necessário. Com essa aproximação, aos poucos, eles se reconciliaram e retomaram o casamento. Porém, a própria profissional denuncia:

“(...) Meu caso, como ele voltou, veio pr’aqui, veio pra minha casa e tal, depois eu aceitei. Se ele tivesse me matado nesse momento, quem que ia me proteger? Como que eu ia me proteger? Dá o tempo que eu pegasse ligasse pro policial, uma viatura viesse até a minha casa, eu tinha morrido!”

Ou seja, a medida protetiva não lhe garantiu segurança efetiva, e a mesma percebeu que estaria desamparada, caso sofresse uma nova tentativa de agressão.

Como esse relato foi espontâneo, não houve mais informações acerca de como foi todo esse processo para essa mulher, afinal, ela tinha a liberdade para expor apenas o que fosse de sua vontade, sem que fossem feitos maiores questionamentos. Sendo apenas perguntado posteriormente se hoje a situação estava superada, tendo uma afirmativa como resposta, e deixando a possibilidade de um possível novo contato caso a mesma desejasse.

Diante das narrativas, é importante compreender que nesse encontro entre trabalhadoras e usuárias, os atravessamentos também são afetivos, pois os dois grupos estão vivenciando experiências semelhantes, apesar de estarem teoricamente posicionadas em lugares distintos, de provedoras e receptoras do cuidado.

Por isso, D’Oliveira et al (2009), destacam a importância da abordagem cuidadosa e supervisão das profissionais de saúde envolvidas na assistência às mulheres, visto que, muitas delas passam por essas vivências, como no caso acima referido, sendo necessário que o próprio serviço possa acolhê-las.

“Viver ou ter vivido violência não impossibilita o trabalho com as pacientes, mas deve ser considerado no treinamento e supervisão dos profissionais. A possibilidade de trabalho melhor ou pior com o tema depende da elaboração que a profissional fizer sobre ele e suas vivências e também do seu desejo de trabalhar com o assunto ou não.” (D’OLIVEIRA et al, 2009, p. 1043).

Essa parece ser ainda uma realidade distante em Riachinho, visto que, como veremos no próximo capítulo, a forma como assistência é prestada às mulheres na unidade ainda precisa superar demandas anteriores, como a consolidação de protocolos que ajudem a nortear as práticas e aprofundamento teórico sobre o tema, de modo que as ações em saúde possam conversar com os próprios saberes construídos pelos/as profissionais.

A partir dos elementos apresentados nesse capítulo foi possível nos aproximar do modo como a VDCM é compreendida e percebida pelos/as trabalhadores e trabalhadoras das EqSF e do Nasf. De uma maneira geral, existe um fator social importante que culpabiliza as mulheres e legitima a VDCM: o machismo.

Apesar de ser diretamente mencionado apenas no relato de um agente comunitário, fica implícita nas falas, a compreensão de que a violência doméstica contra a mulher se apresenta como uma das consequências das relações de gênero na sociedade, que em uma de suas dimensões, subjugam as mulheres em relação aos homens.

A compreensão acerca da violência trazida pelos/as profissionais de Riachinho se aproximam da violência modernista, enquanto expressão de um poder instituído à figura masculina por meio do patriarcado, bem como pela sua característica estruturante das relações no território, de modo tanto interpessoal, quanto coletivo (CORRADI, 2009; BANDEIRA, 2017).

Também são trazidos os atravessamentos de classe e raça que devem ser considerados quando se pensa na violência doméstica contra a mulher, pois apesar de o problema atingir a todas, ele se reproduz em diferentes contextos e assim, também possui diferentes causas, consequências e desfechos possíveis.

Percebe-se que a violência física e a psicológica são as mais observadas no território, e que a presença do tráfico de drogas exerce um importante papel na vulnerabilização das mulheres que residem na área de abrangência de Riachinho, o que provoca o silenciamento e subnotificação do problema. Apesar disso, a proximidade das agentes comunitárias de saúde contribui para que os casos sejam detectados.

No capítulo seguinte, será possível relacionar todas essas questões ao modo como o cuidado ofertado por essas equipes às mulheres em situação de VD se apresenta, compreendendo enfim, como o processo de trabalho em saúde está posto nestas práticas.

6. PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA

Após termos trazido a compreensão do funcionamento geral do serviço em seus níveis macro e micropolíticos, bem como as percepções dos/das entrevistados/as acerca da VDCM, aqui iremos refletir acerca do processo de trabalho das equipes de Riachinho na oferta do cuidado às mulheres em situação de violência doméstica. Para isso, este capítulo está subdividido em oito tópicos, que juntos nos ajudam a construir a visão desses e dessas profissionais sobre o seu próprio modo de fazer o trabalho em saúde.

Nesse sentido, a ausência de educação continuada e de construção de protocolos específicos para os casos de VDCM dificultam as práticas e deixam os/as profissionais, inseguros e insatisfeitos com o trabalho executado, revelando-se assim um problema crônico, que se reflete em todo o processo de assistência. No entanto, diante dos relatos, também será possível perceber momentos em que trabalho vivo em ato se manifesta, revelando a potência criadora existente na singularidade das relações humanas.

Assim, argumenta-se que apesar da inquestionável importância do saber técnico-científico consolidado (que necessita ser repensado no que tange seu lugar assumido na prática), a construção de novos saberes a partir da prática se manifesta no momento da assistência e pode ser capaz de responder diversas demandas. Todavia, o valor desses últimos não é reconhecido e compreendido pelos/las trabalhadores e trabalhadoras, que mais parecem reafirmar a todo tempo que fazem o que é possível, mesmo “fazendo errado”.

Neste capítulo, vamos observar que de um modo geral os/as agentes do trabalho em saúde de Riachinho compreendem a relação entre a VDCM e as questões de gênero na sociedade, no entanto isso não é considerado nas práticas, pois o problema é secundarizado diante de outras demandas, o que dificulta processos reflexivos no momento da ação. Desta forma, a oferta de cuidado às mulheres está ancorada, principalmente, nos saberes práticos elaborados por esses e essas profissionais que conseguem responder demandas pontuais, mas não consolidam no serviço uma assistência que alcance a integralidade da assistência proposta pela PNAISM (2004).

Desta forma, a seguir, poderemos refletir acerca da manifestação desses saberes e como eles se articulam no processo de trabalho, diante do momento da ação, onde o cuidado

se efetiva, e que é atravessado por diversos fatores que podem se apresentar como barreiras ou como facilitadores.

As Equipes de Saúde da Família e NASF de Riachinho trazem que diante do problema da violência doméstica contra a mulher, a Atenção Primária à Saúde (APS) possui importantes papéis, por estar na “ponta” da rede de saúde e ser o principal local de aproximação dos sujeitos com essa rede. Nesse sentido, uma das importantes funções da APS é contribuir para o fortalecimento de uma rede de saúde que possa ser resolutiva para as mulheres, por meio de treinamento de profissionais e articulação com os diversos serviços.

Diante dessa rede, os trabalhadores e trabalhadoras dos serviços de atenção primária devem ser como pontes entre serviços, “(...) e aí essas pontes elas podem ser, se estruturar, elaborar estratégias, elaborar protocolos, podem-se constituir serviços eficientes e aí eles se articulam, essas pontes, pra poder fluir o plano de cuidado” (Enfermeiro). Mas para isso, é importante que tais sujeitos estejam sempre em busca de novos conhecimentos e informações pra que sejam capazes de identificar e construir caminhos que possam nortear essas mulheres.

Os/as participantes consideram que, dado que a linha de cuidado é voltada para a prevenção de agravos e promoção de saúde, a APS também tem um importante papel educacional, devendo ser capaz de fortalecer as meninas e mulheres, e de levar reflexões sobre a VDCM até os meninos e homens de seu território, nos mais diversos espaços, como escolas, casas, espaços comunitários e na própria USF. Além disso, de acordo com as narrativas, a Unidade de Saúde da Família não deve ser exclusivamente um serviço onde se espera que os casos de violência cheguem, mas sim que seja capaz de prevenir novos casos por meio da educação em saúde, bem como a repetição de situações já existentes, ainda segundo.

É também papel da APS ser capaz de ofertar acolhimento e escuta qualificada para as mulheres, e por isso, a qualificação e treinamento das equipes são essenciais: “(...) como profissional de saúde a minha função é acolher né, ter o preparo pra isso daí, ir se qualificando.” (Cirurgião dentista)

Para que seja possível dar conta dessa diversidade de questões em torno da VDCM, os/as participantes do estudo apontam a capacitação para a abordagem do tema como principal meio de se alcançar uma assistência que possa cumprir o papel enquanto serviço de atenção primária.

“(...) Eu acho que é... capacitação mesmo, buscar o conhecimento na questão de... até mudar uma pergunta que dê pra você ter indícios de como é o ambiente domiciliar e familiar daquela mulher, a busca do conhecimento no sentido né, da educação permanente.” (Enfermeira)

A melhor qualificação técnica por meio das capacitações ou treinamentos é elemento bastante presente nas falas, e entendida enquanto uma responsabilidade tanto dos próprios profissionais, que devem buscá-las ativamente, quanto da Secretaria Municipal de Saúde, que deve fornecê-las através da educação continuada.

6.1 A construção dos saberes e a notificação dos casos

Diante da complexidade e possibilidades que a APS tem acerca da VDCM, para pensar o processo de trabalho das equipes da USF Riachinho, é importante considerar o conhecimento técnico que os trabalhadores e trabalhadoras desse serviço recebem para lidar com os casos de violência que podem chegar até eles, pois a maioria traz que não sente segurança para prestar assistência às mulheres:

“A gente não tem muito preparo pra receber essas demandas lá não, a gente fica meio que perdido, a gente pensa que a gente sabe, mas quando chega né, a gente fica assim meio perdido...” (Dentista)

Nesse sentido, a educação permanente para os profissionais foi uma questão discutida. Diante das narrativas, fica evidente que existem momentos de discussão ofertados pela Secretaria Municipal de Saúde sobre violências de um modo geral, onde também é incluída a violência contra a mulher, mas nada muito específico sobre a VDCM.

Esses momentos são chamados de capacitações, e de acordo com os relatos, elas são dadas de maneira pontual, sem que haja um planejamento para que aquilo se torne rotineiro. Além disso, muitas vezes não há a possibilidade de que todas as pessoas das equipes participem, sendo geralmente ofertadas para profissionais da enfermagem e da medicina, que ficam responsáveis por repassar o conhecimento na USF, o que nem sempre é possível em decorrência da rotina de trabalho.

Nas suas falas os/as participantes apontam a necessidade de serem capacitados no que se refere ao modo de agir diante da VDCM, pois é preciso “um olhar treinado” para se perceber casos dentro de uma rotina de trabalho que muitas vezes exige agilidade na lida. Por isso, muitas vezes o conhecimento é adquirido na prática, “na vivência do dia a dia”, construindo-se assim novos saberes.

Schraiber et al (1999) destacam a possibilidade recriação constante do saber no trabalho. Em ato, a transformação dos saberes operantes a partir da prática não se esgota, pois cada agente pode introduzir mudanças no momento da ação, especialmente no trabalho em saúde, que exige constante reflexão diante de das diversas situações, apesar de, por muitas vezes, poder estar sendo exercido mecanicamente.

O problema identificado não é estranho às Equipes de Saúde da Família, visto que na literatura brasileira, a educação continuada é um elemento frequente nos estudos acerca da prática profissional de trabalhadores da ESF na APS. Gomes (2013) traz a necessidade urgente de que a educação continuada no que tange a abordagem à mulher em situação de violência seja estabelecida para as equipes.

Esse dado, obtido a partir de um estudo realizado com 42 trabalhadores e trabalhadoras, dentre as médicos/as, enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem corrobora com outros estudos (BRUM et al, 2013; CORDEIRO et al, 2015; NASCIMENTO et al, 2019; SILVA et al, 2017; MACHADO et al, 2017) que trazem como demanda de profissionais da ESF a necessidade de qualificação técnica para lidar com as situações de VDCM, bem como o reconhecimento da subnotificação dos casos nos serviços em decorrência da dificuldade na detecção dos possíveis casos.

A revisão de literatura realizada por D'Oliveira et al (2020) investigou obstáculos e facilitadores para o cuidado na APS às mulheres em situação de violência doméstica identificados nas publicações nacionais e internacionais. A insegurança de profissionais para ofertar cuidado às mulheres em situação de violência e a necessidade de treinamento demandada pelos mesmos são destacadas como pontos importantes a serem observados nos estudos.

Por outro lado, em diálogo com alguns estudos internacionais, as referidas autoras ponderam que, apesar de serem imediatamente apontadas como solução, capacitações e treinamentos podem contribuir para modificar as percepções diante do problema da VDCM, mas não são suficientes em repercussões efetivas no momento do atendimento, sendo necessárias reflexões mais profundas acerca das questões de gênero e o fortalecimento das políticas já conquistadas.

Mesmo acontecendo de maneira escassa, é a partir dos conhecimentos adquiridos nos momentos de capacitação e dos saberes construídos na prática que as equipes em Riachinho

conseguem abordar a VD com as mulheres do território. ACS e enfermeiras compreendem que para trazer o tema para dentro de uma conversa, é necessário que isso seja feito de maneira sutil e com bastante cuidado, para que as mulheres não se afastem.

“(...) Você não vai chegar pra ninguém e perguntar, porque a pessoa não vai dizer... Você como profissional de saúde não vai chegar pra essa mulher, mesmo que você tenha todos os indícios ali na sua frente, ela cheia de hematoma... Você não vai chegar pra ela e perguntar isso diretamente porque isso é intimidador...” (Enfermeira)

Por isso, é importante que se pense em estratégias para que seja possível uma aproximação, como por exemplo, no caso onde um agente comunitário relata que soube que uma mulher estava sendo agredida fisicamente pelo marido, então “puxou” o assunto em uma visita domiciliar trazendo uma notícia que havia visto no jornal, e a partir dela, trouxe que muitas mulheres temem denunciar, mas que tem serviços que podem prestar assistência, como o Loreta Valadares.

A consulta do pré-natal e planejamento familiar são os momentos onde esse tema pode surgir com mais frequência, por ser parte do roteiro de atendimento. As enfermeiras trazem que questionam se há algum desconforto no ato sexual, ou se aquela mulher possui uma boa relação com o companheiro, por exemplo. Segundo elas, nunca se deve questionar diretamente se há violência doméstica, mas manter um olhar atento e observador, para então conseguirem perceber algum sinal, e caso a mulher esteja com o parceiro e for perceptível que ela está mais retraída, é importante buscar uma forma de marcar um atendimento mais individualizado.

Para abordar a VDCM de maneira mais coletiva, também é importante não trazer o tema à tona, por isso, ele é inserido em discussões mais abrangentes, como a saúde da mulher: *“(...) Saúde da mulher junta com a violência contra a mulher senão já choca elas né, elas já não vêm...”* (ACS). Geralmente esses momentos são feitos em sala de espera, e em datas específicas, como março, considerado o mês da mulher, e outubro, mês de prevenção ao câncer de mama e colo de útero, o “Outubro rosa”.

No grupo de jovens que é coordenado por uma enfermeira, o tema também é abordado por meio de discussões sobre relacionamentos abusivos e violência familiar. Já o “Sábado do homem”, que ocorre mensalmente na Unidade e onde são ofertados serviços de assistência em saúde e de educação para esse público, é outro espaço onde a VDCM é trazida por meio da discussão de temas sobre o machismo e masculinidade tóxica por exemplo.

“Temos o sábado do homem, aí cê pergunta, mas trabalhar isso com homem? É... trabalhamos sim, porque se eles são os principais agressores...” (Assistente social)

Os/as entrevistados/as fazem uma crítica ao próprio serviço pelo fato da discussão em torno da VDCM ser evidenciada em apenas algumas datas ou momentos isolados, e entendem a importância de uma abordagem que seja contínua. Nesse sentido, há o planejamento de um grupo voltado para as mulheres do território de Riachinho, coordenado principalmente pela terapeuta ocupacional e assistente social do NASF e agentes comunitárias. O objetivo do grupo é abordar o empreendedorismo, empoderamento e fortalecimento da mulher, trazendo a VDCM de modo transversal aos temas, e seria iniciado em abril de 2020, onde eu enquanto pesquisadora também iria participar, porém, em decorrência da pandemia, o projeto precisou ser adiado.

Com os contatos das mulheres convidadas a participar do grupo presencial, foi feito um grupo de whatsapp, formado pelas usuárias e profissionais, onde estas compartilham informações diversas sobre temas relacionados aos objetivos do grupo, mantendo um contato remoto até que seja possível iniciar as atividades da USF.

Não há implementação na USF Riachinho de um protocolo específico para os casos de VDCM, no entanto, a notificação é compreendida pela maioria como uma etapa importante que deve ser realizada. Essa notificação é feita por meio da Ficha de Notificação Individual do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação)²⁴, é específica para violências interpessoal ou autoprovocada²⁵ e deve ser feita de maneira compulsória.

Nesse sentido, profissionais do NASF, da enfermagem e da odontologia mencionam que diante de qualquer caso, a notificação deve ser feita: *“A gente é obrigado a notificar né, o*

²⁴A notificação de violências foi inserida no Sinan a partir de 2009. De acordo com o documento Instrutivo Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada, a ficha “deve ser preenchida em 02 (duas) vias: uma via fica na unidade notificadora, e a outra deve ser encaminhada ao setor municipal responsável pela Vigilância Epidemiológica ou Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT) para digitação e consolidação dos dados (BRASIL, 2015, p. 15)”. Ressalta-se que “a notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos(as) gestores(as) e/ou profissionais a responsabilidade de realizar a notificação compulsória em conformidade com a legislação vigente. Cabe à gestão local definir estratégias de acompanhamento dos casos e dar suporte aos profissionais” (p.16). Desta forma, a notificação funciona como estratégia de vigilância epidemiológica em saúde para detecção e acompanhamento de casos, prevenção e promoção de políticas com base nos dados gerados, e não tem objetivo de judicialização dos eventos.

²⁵ Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT (BRASIL, 2015, p.17).

paciente não tem que escolher se a gente vai notificar ou não, a gente tem que notificar, é compulsório...” (Dentista).

Porém, nem todos/as tem conhecimento da obrigatoriedade da notificação nos casos de VDCM, em uma das falas, foi apontado que a notificação só pode ser feita se a mulher aceitar: *“(...) Assim, a gente não pode fazer essa notificação sem que elas aceitem, sem que elas permitam que a gente notifique e como muitas delas estão em estado de medo né...”*

O desencontro de informações acerca da notificação também leva à resistência de alguns profissionais em realizá-la, por receio de que aquele documento tenha caráter judicial: *“(...) O agente comunitário não se sente responsável pela notificação, é... e aí não quer que notifique, mesmo a gente tendo feito vários treinamentos, mostrando que a notificação é pra saúde, não é uma denúncia policial né...”*

Na fala acima, uma das pessoas entrevistadas traz sua percepção de que os/as agentes comunitários/as, que são figuras muito importantes na detecção dos casos, não sentem segurança para realizar as notificações. Apesar dos profissionais, especialmente das equipes ESF, se queixarem da ausência de treinamentos, esta profissional entende que eles foram feitos por meio do matriciamento ofertado pelo NASF em quantidade suficiente para que, pelo menos a questão da notificação já estivesse consolidada.

Nesse sentido, dentre as ACS entrevistadas, uma comentou que existe uma ficha de notificação que pode ser preenchida, que esse preenchimento é anônimo e a partir dele uma investigação pode ser feita à nível de saúde, já as demais não mencionam a notificação enquanto um dos elementos importantes no processo de assistência à mulher.

O desconhecimento ou as informações incompletas acerca da ficha do SINAN exemplifica na prática a importância da educação continuada sobre a VDCM que são desejadas por esses trabalhadores e trabalhadoras, enquanto um passo inicial e necessário a ser dado. No entanto, é importante que seja observado como esse saber é compartilhado, de que forma ele é recebido e posto em prática, partindo do entendimento de que o conhecimento deve ser construído em coletivo, e não compreendido como algo posto. Nesse sentido, como observado no capítulo 4, a relação estabelecida entre USF e Secretaria Municipal de Saúde se dá de maneira predominantemente verticalizada, o que dificulta a participação desses e dessas profissionais nessa construção.

6.2 “Protocolo intuitivo” e acolhimento

Na ausência de um protocolo normativo para conduzir o processo de trabalho diante dos casos de VDCM, existe um “protocolo intuitivo” (nas palavras de uma profissional do NASF) que é posto na prática pelas EqSF e pelo NASF. De um modo geral, quando algum caso de violência doméstica chega ao conhecimento do/da profissional da EqSF, geralmente através dos/das ACS, ele é levado até o enfermeiro ou enfermeira da equipe, e discutido em reunião, onde serão definidos os passos seguintes.

A mulher é então chamada para uma consulta com o médico ou médica da equipe, e o caso é também encaminhado para a assistente social e a psicóloga do NASF, que são identificadas como importantes referências dentro do serviço. Dependendo da situação, os casos podem ser discutidos nas reuniões com o NASF, ou diretamente com estes profissionais, geralmente quando há alguma urgência.

No entanto, esse processo é dinâmico e depende das demandas trazidas por cada situação. Uma ACS relata um caso onde uma mulher da área pediu sua ajuda, pois vinha sofrendo agressões físicas do esposo, onde o filho adolescente estava começando a se envolver para defender a mãe, ameaçando sair de casa, já que não suportava vê-la sofrendo violência. A agente comunitária então levou o caso até a equipe e junto com a enfermeira e a médica, convidaram a mulher para um atendimento na unidade, e esta em conversa com as profissionais disse que não queria levar o caso para a justiça, mas pediu que conversassem com seu esposo.

Desta forma, as profissionais em articulação junto à psicóloga e a assistente social do NASF, fizeram um aconselhamento a toda família, de maneira individual e com todos juntos. A ACS relata que a partir de então, passou a acompanhar mais de perto essa família, tendo relatos da esposa de uma melhora no convívio entre eles, considerando que é uma situação a qual vem se conseguindo manter um controle e um monitoramento, pois apesar de não haver mais queixas, não se pode garantir que a agressão tenha deixado de existir ou que não pode vir a acontecer.

É possível pensar que nesta situação alcançou-se o que Ayres (2001, 2007) compreende como um sucesso prático diante do caso, a partir da compreensão de que a manutenção do relacionamento com o esposo é parte do projeto de felicidade elaborado por essa mulher. Na medida em que, mesmo não respondendo judicialmente pelos seus atos, o homem agressor aceita, ou ao menos, expressa a aceitação de contribuição positiva nesse projeto, construindo-se assim, um novo, que conta agora com a supervisão e compromisso

constante da equipe em prol da segurança daquela mulher, e onde todos os sujeitos envolvidos são ativos na cena.

O caso expressa na prática como os valores subjetivos, morais e éticos podem se manifestar na tomada de decisões diante do encontro, causando tensões de diversas ordens (SCHRAIBER, 1999). Por isso, o processo reflexivo na prática profissional é tão delicado, pois envolve não apenas aquilo que se entende enquanto o ideal a ser alcançado, mas também quais são os desejos e aspirações envolvidos.

Discutindo o cuidado a partir da perspectiva de Ricardo Ayres, Lilia Schraiber (2011) aponta a possibilidade de se ofertar a assistência pensando que esta pode ser compreendida a partir da conquista de sucessos práticos, para além do êxito técnico, o que presume um agir interativo, crítico e reflexivo por parte do ou da trabalhadora de saúde.

A partir da construção de uma relação intersubjetiva, é possível repensar a técnica (o que não significa excluí-la), mas questionar a sua pertinência para determinadas situações, repensá-la diante do que está posto, dando-lhe nova engenhosidade.

“Com isto também se está considerando que no contexto prático, da vida cotidiana e de quando se apresenta à prática do profissional, o doente ou usuário do serviço é o sujeito da maior autoridade para dizer o que seria, em seu caso, um bom resultado da intervenção, o que realizaria seus sonhos e esperanças, sendo, enfim, um sucesso.” (SCHRAIBER, 2011, p. 3042)

Tal processo reflexivo não pode se desvincular do gênero enquanto importante categoria a ser considerada, já que é a partir das relações estabelecidas no meio social, baseadas no gênero, que desejos e projetos de felicidade também são formulados. Deste modo, a manutenção da família e consequente não desvinculação do homem agressor, está perpassada por uma concepção ideal de modo de viver que foi socialmente elaborada.

Por isso, como parte dos sucessos práticos a serem alcançados, também deve haver um movimento de fortalecimento dessa mulher, apresentando-lhe possibilidades de mudanças de vida, e reconhecimento de si enquanto sujeito capaz de construir novos projetos de felicidade. Além disso, o trabalho com esse homem agressor que tenha um potencial transformador e possa gerar uma reflexão acerca de suas ações também deve ser objetivado.

Desse modo, o projeto de felicidade dessa mulher, que pressupõe a manutenção do relacionamento com o seu agressor, pode ser reconstruindo na tentativa de desvincular-se de premissas projetadas por um tipo de sociedade patriarcal e machista.

Na situação apresentada também é possível observar de modo concreto como o trabalho vivo opera nos espaços intercessores por meio das tecnologias leves²⁶, que são trazidas por Merhy (1997a) como as formas essenciais de expressão do trabalho vivo em ato. Assim como nesse caso, as tecnologias das relações também são trazidas pelos/as participantes enquanto elementos imprescindíveis para poder ofertar cuidado às mulheres situação de VD.

A acolhida a essas mulheres, a escuta qualificada e a conversa que possibilita a construção de vínculos são as principais vias de aproximação e fortalecimento da relação entre profissionais e mulheres assistidas, refletindo o valor que o diálogo tem na oferta do cuidado defendido por Ricardo Ayres (2001).

“(...) Muitas vezes as mulheres que sofrem violência, elas procuram os serviços de saúde às vezes pra escuta, ela não tem absolutamente nada relacionado à saúde física em que eu consiga intervir imediatamente né, com remédio, passando exame, muitas vezes é questão do desabafo (...). E se a gente não tiver né uma sensibilidade de uma escuta qualificada é... a gente pode tá deixando passar batido e ser co-responsável por cada ato de violência que são cometidos com essas mulheres...” (Enfermeira)

Aqui cabe retomar o acolhimento enquanto uma diretriz operacional da PNH apontada no capítulo 4, que visa em seus princípios à resolubilidade do problema daquela mulher, de modo que seja oferecida a ela a acolhida, a escuta e uma resposta positiva diante de sua necessidade; bem como elemento reorganizador do processo de trabalho e qualificador do encontro entre trabalhadores/as e usuárias, capaz de estabelecer relações de solidariedade (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Oferecer acolhimento é uma atitude individual e coletiva que se faz presente nas narrativas na relação com a VDCM, sendo consenso que dentro do processo de trabalho em Riachinho ele possui papel central, apesar de também ser um ponto importante de conflitos e questões entre profissionais quando pensado enquanto diretriz normativa e seu funcionamento na unidade.

6.3 Agentes comunitários/as de saúde e profissionais do NASF: sujeitos de potência para o enfrentamento da VDCM em Riachinho

“A gente consegue identificar por conta da parceria que a gente tem com o programa de agentes comunitários de saúde, muito dificilmente uma

²⁶ “(...) Tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho.” (Merhy, 1997a, p. 41)

mulher chega pra procurar o serviço de saúde por qualquer tipo de violência. ”(Enfermeira)

Como já apontado em alguns momentos, o trabalho dos/das agentes comunitários/as de saúde é essencial para o serviço no que tange a VDCM. Os demais profissionais das EqSF e do NASF destacam que pela proximidade com as pessoas dentro de suas casas, conseguem observar como funciona a dinâmica daquela família, pois muitas vezes ao adentrar no serviço, usuários e usuárias podem “filtrar” o que falam ou “vestir uma máscara” que dificultam o acesso as necessidades que não estão verbalizadas, como a violência.

Com a vivência no território, os/as ACS conseguem perceber como uma determinada mulher se relaciona com a vizinhança, se tem amigas e redes de apoio fora do ambiente doméstico. Esse diferencial é compreendido como um grande “*trunfo*” que a ESF possui, como o “*x da questão*”, pois é a partir dessa categoria profissional que é possível conseguir mais informações sobre as mulheres e suas famílias.

Algumas ACS que estão atuando há mais de 20 anos no território e são residentes da sua microárea há muitos anos, trazem que construíram vínculos muito fortes com as mulheres que assistem, e estas as enxergam como amigas as quais podem desabafar e falar sobre seus problemas. Por isso, nem sempre está ali apenas a agente comunitária, mas também “a amiga” a qual aquela mulher confia segredos, desta forma a assistência se dá no campo da escuta e aconselhamento.

O estudo desenvolvido por Arboit et al (2018), onde as autoras investigaram as práticas de cuidado ofertado por agentes comunitárias de saúde nos casos de VDCM na zona rural, traz resultados semelhantes. As ACS que participaram da pesquisa identificam a visita domiciliar como um espaço importante no cuidado prestado às mulheres, pois é nela onde os diálogos se estabelecem, estes, reconhecidos como elementos-chave tanto para identificação de possíveis casos, quanto para que seja possível ofertar um cuidado resolutivo. Assim, as principais práticas de cuidado apontadas são orientações, fornecimento de escuta e encaminhamentos para demais profissionais das equipes.

Nesse sentido, o vínculo que é construído entre as agentes e as mulheres é essencial para o enfrentamento da violência doméstica, este sendo possibilitado pela vivência constante com as famílias, como também aponta Signorelli et al (2018) em um estudo realizado com ACS, enfermeiros/as, fisioterapeutas e mulheres assistidas de uma Unidade Básica de Saúde.

Essa vinculação e proximidade com o território, apesar de trazer vantagens para a identificação e acompanhamento de casos, também possui um lado negativo, que é o medo de sofrer retaliações por parte dos agressores. Como já foi mostrado, estes muitas vezes podem ser homens com histórico violento e envolvimento com o tráfico de drogas, e por residirem no território, os/as ACS estão mais vulneráveis que os demais profissionais do serviço.

D'Oliveira et al (2009) enfatizam que agentes comunitários de saúde não deveriam ter um papel tão central na detecção, orientação e assistência de casos de VDCM em seus territórios, como vem sendo observado, justamente por essa proximidade com o campo, que os colocam em posição de maior vulnerabilidade à violência. As autoras salientam que o acesso favorável às mulheres e famílias deve privilegiar para esses profissionais as possibilidades de divulgar e informar a essa população sobre os direitos e serviços ofertados na comunidade e fora dela, sendo assim, agentes promotores da não violência.

Em Riachinho, a posição de risco em que algumas ACS se colocam fica evidente nos relatos, e isso é fortemente marcado no relato trazido no capítulo anterior onde uma agente é ameaçada por um homem agressor com uma arma de fogo. É fato que em um território marcado pela violência, toda a equipe acaba se tornando vulnerável a ela, no entanto, esses riscos podem ser minimizados quando as funções e papéis estão organizados de maneira articulada entre profissionais, o que se dá a partir da formulação de protocolos normativos compartilhados e construídos coletivamente.

A equipe NASF, especialmente a assistente social e a psicóloga, é identificada pelas EqSF como principal referência para contribuir na resolução dos casos. A assistente social é apontada como figura importante para estar auxiliando a mulher na busca e acesso a serviços jurídicos e de assistência social; já a psicóloga oferta o suporte psicológico para essas mulheres e também busca redes de apoio para que o acompanhamento psicológico da mulher e de sua família prossiga.

No entanto, as profissionais do NASF destacam a necessidade de que os casos cheguem até elas numa perspectiva de compartilhamento e não de encaminhamento, para que não haja uma transferência de responsabilidade e as equipes atuem em conjunto, reforçando, nesse sentido, a importância das reuniões.

“(...) O caso quando chega no plano social e da psicologia, ele não é só do NASF, antes de ser do NASF ele é da equipe mínima, então a equipe mínima precisa se responsabilizar por essa situação, e aí só o momento de

reunião de equipe e discussão de caso é que vai possibilitar essa corresponsabilização...” (Assistente social)

Destarte, o estudo de Gomes, et al (2015) realizado com profissionais da ESF e do NASF, vai denunciar a transferência de responsabilidade que pode acabar sendo feita especialmente para o/a assistente social do NASF. Isso se dá a partir da compreensão de que ameaça e a dependência financeira são questões principais das mulheres vítimas de violência conjugal, e entende-se que para que esse problema seja enfrentado, é importante inserir as mulheres no mercado de trabalho e em atividades de geração de renda, tarefa que é atribuída, pelos/as participantes desse estudo, ao serviço social.

Silva et al, (2017) também destacam a transferência de responsabilidade para o serviço social e para a psicologia, em estudo realizado com enfermeiras e enfermeiros da ESF. A opção pelo encaminhamento está relacionada principalmente ao fato das profissionais não se sentirem capacitadas para ofertar cuidado às mulheres em situação de violência, como já apontado anteriormente, o que nos permite observar a associação direta de um problema a outro.

Além do suporte nos casos, a fisioterapeuta do NASF destaca que este núcleo também é importante na oferta de educação em saúde para a população, abordando o tema da violência principalmente nas atividades de sala de espera, e dando apoio pedagógico sobre a temática para as EqSFs, especialmente nas reuniões de equipe.

6.4 Processos de trabalho individuais

Cada pessoa entrevistada expressa em suas narrativas singularidades de um processo de trabalho individual que se apresenta de maneira transversal ao agir coletivo, manifestações dos territórios existenciais de cada sujeito, que são construídos a partir de suas vivências e percepções do mundo (FRANCO; MERHY, 2013). No trabalho em saúde, a relação instantânea que se constrói a partir do encontro, é marcada por um movimento intenso e circular, que gera desfechos diversos.

“(…) As conexões entre os diversos processos de trabalho, que se realizam entre trabalhadores-trabalhadores e trabalhadores-usuários podem formar um campo energético, invisível, que funciona em fluxos circulantes envolvendo o cuidado em ato, e configuram assim “linhas de vida”, ou por outro lado, “linhas de morte”, conforme o encontro trabalhador-usuário produza acolhimento, vínculo, autonomia, satisfação, ou, um modo de agir que se manifesta de modo sumário, burocrático, vai produzir heteronomia, insatisfação. Assim, dependendo da situação existente, há um aumento ou redução da potência de agir” (FRANCO, MERHY, 2013, p. 126).

Algumas entrevistadas trazem o quanto é difícil lidar com os casos, principalmente quando as mulheres que sofrem com a violência não podem sair dos relacionamentos pelos diversos motivos já citados no capítulo anterior: “(...) *é muito difícil e pra gente que é mulher, dói, dói porque você se sente incapaz, sei lá, se sente assim, de braços cruzados... mão atada, pés atados...*” (ACS).

É na conversa e no acolhimento que se encontra um caminho para fazer o que está dentro da possibilidade, a mesma agente de saúde do trecho acima exemplifica que às vezes pode conhecer o agressor há muitos anos, que o viu nascer e tenta manejar a situação com o diálogo, “com jeitinho”, perguntando por exemplo, o que está acontecendo e o porquê de tantas brigas, mas o sentimento de preocupação permanece, pois sabe que ao sair daquela casa, a mulher pode ser agredida novamente.

“A gente fica arrasada, fica arrasada... Eu acho que eu fiquei uma semana que eu só pensava nela, sabe, queria ajuda e não sabia como, né, a única forma que eu podia ajudar era realmente aconselhar ela, foi a primeira coisa que eu perguntei a ela, você não tem ninguém em outro lugar? Outro estado? No interior... se mande, menina, não fique aqui não...”
(Cirurgiã dentista).

Nesse relato, a cirurgiã dentista aponta como se sentiu ao atender uma jovem que havia perdido os dentes da frente ao ser agredida fisicamente (esse caso será descrito mais adiante). Ela também traz a manifestação dos afetos nesse momento, assim como a ACS, que se apresenta junto a toda a subjetividade humana que é posta no processo de trabalho.

Outra ACS relata que em uma visita domiciliar havia percebido que a mulher estava fisicamente machucada, então resolveu fazer uma nova visita à casa em um horário que sabia que o companheiro dela não estava e perguntou se ela não queria desabafar, colocando-se à disposição para ajudar em qualquer momento que ela quisesse.

Já a gerente traz que muitas vezes circula pela unidade para observar o que está acontecendo e em um desses momentos percebeu uma mulher retraída, chorosa, que buscava por atendimento ginecológico, mas não conseguia falar o que se passava, e foi convidando essa mulher para a sua sala, aproximando-se através de uma postura acolhedora, que conseguiu descobrir que aquela mulher estava sendo violentada sexualmente pelo marido e pôde então, encaminhar para uma assistência médica.

Uma agente comunitária aponta que sempre procura a enfermeira da sua equipe, que ela é sua principal referência diante de qualquer questão que possa surgir no território, e esse

repassa é um elemento muito importante dentro do seu processo de trabalho. O único agente comunitário do estudo traz seguinte fala:

“Eu não vou chegar com um kit, ‘Kit Loreta Valadares’ né, tome isso aqui pra você, isso aqui pra você... não! É muito no caso a caso, muito de ser humano pra ser humano né, assim, mas não acredito em fórmula pronta né...” (ACS)

Assim, ele aponta para a importância de se atentar para a singularidade de cada caso, pois em sua microárea ao mesmo tempo em que existem casas paupérrimas, onde muitas vezes a família depende financeiramente de programas sociais, também há casas bem estruturadas, com famílias onde todos possuem uma renda, e por isso, a realidade das mulheres dessas duas casas é diferente e talvez, no primeiro caso, o aspecto financeiro seja mais influente no aprisionamento daquela mulher a um relacionamento abusivo, o que exige dele uma abordagem diferenciada para cada um desses contextos.

Tanto a auxiliar de saúde bucal de uma das EqSF quanto a fisioterapeuta do NASF trazem que na sua rotina de prática não chegam até elas casos de VDCM, mas que na necessidade de prestar alguma assistência, buscariam quem está mais próximo delas para contribuir. A ASB diz que buscaria o cirurgião dentista, o/a agente comunitário/a ou a gerente da USF, já a fisioterapeuta faria a notificação do caso e procuraria inicialmente a ajuda da assistente social, da psicóloga e do/da médica/a de referência daquela mulher.

Uma enfermeira destaca a importância da discussão com a equipe mínima no seu processo de trabalho, pois é a partir desse momento que serão tomadas as decisões imediatas para uma assistência efetiva. Já a psicóloga e a assistente social ressaltam que à nível de NASF possuem um diálogo muito importante entre elas, e geralmente atuam juntas nos casos de VDCM, a assistente social ainda traz que a terapeuta ocupacional também é uma profissional a qual ela busca colaboração em seu processo de trabalho.

6.5 Os desafios da prática para a oferta de um cuidado resolutivo

Para além das dificuldades e desafios que se apresentam no processo de trabalho em saúde, seja no âmbito de sua instrumentalização, do planejamento ou das relações, os trabalhadores e trabalhadoras de Riachinho trouxeram alguns elementos a serem superados na prática com relação à VDCM.

Um deles é o medo de sofrer represálias, especialmente pelo território da USF ser intensamente marcado pela violência gerada pelo crime organizado (SILVA, 2017;

NASCIMENTO, 2019; D' OLIVEIRA, 2020), *“às vezes a gente quer ajudar e é assim como eu te falei, a gente trabalha numa comunidade que a gente não sabe com quem a gente tá lidando, pensa aí chega aqui, mulher de um traficante...”* (ASB).

Uma ACS relata que estava conversando sobre a violência doméstica com uma mulher em uma visita domiciliar, pois desconfiava que a mesma era agredida, até perceber que o marido dela ouvia tudo: *“Depois que eu saí de lá daquela casa, eu vou dizer a você, eu não consegui fazer mais nada, eu não consegui mais fazer visita nenhuma, que eu fiquei com medo né? ”*.

Outro desafio é a desvinculação de julgamentos morais para conseguir identificar e cuidar de mulheres em situações de violência, pois na prática ainda se manifestam discursos isolados de culpabilização da mulher, de que *“ela está naquela relação porque quer”*, ou que *“tem mulher que gosta de levar tapa”*, por exemplo. Uma enfermeira ressalta: *“Eu acho que exige muita sensibilidade na percepção do profissional de saúde e isso às vezes é muito difícil, perpassa também por julgamentos, né, morais, pessoais do próprio profissional e da própria mulher que sofre.”*

A implicação da mulher que sofreu violência também é um ponto levantado, pois, segundo os/as entrevistados/as, muitas vezes as mulheres recuam no processo de enfrentamento daquela violência, o que gera uma frustração nesses trabalhadores e trabalhadoras.

“(...) Elas chegam aqui com uma demanda e quando você começa o diálogo e você começa a colocar possibilidades de encaminhamento pra que isso seja resolvido, elas começam a recuar... Chamar a assistente social pra conversar, elas já ficam... É como se tivesse passando o problema pra frente...” (Enfermeira)

Na percepção de algumas pessoas entrevistadas, muitas vezes essas mulheres acabam não retornando ao serviço porque temem que seu caso acabe sendo divulgado ou saem do território por vergonha ou medo do agressor, e por isso o acompanhamento fica comprometido. *“Por mais que você fale, por mais conselho que você dê, por mais direcionamento que você mostre, o primeiro passo tem que ser a própria pessoa que tem que dar.”* (ACS)

Apesar da compreensão de que existem diversos fatores desfavoráveis àquela mulher - principalmente o medo e a dependência financeira e emocional - para que ela consiga sair

daquela relação com o seu agressor, o sentimento de impotência se faz presente diante das desistências dessas mulheres no acompanhamento (NASCIMENTO, 2019).

Além disso, as equipes observam uma dificuldade de articulação no campo da saúde em seus diversos níveis, e nesse sentido, apontam que desconhecem a existência uma organização em rede de referência e contra-referência construída e divulgada no que tange a VDCM.

Para que a mulher em situação de violência possa percorrer os serviços de saúde e de outros setores de maneira resolutiva para a sua necessidade, o processo de orientação e articulação acaba sendo individualizado, dependendo muito mais dos conhecimentos que o profissional que está prestando aquela assistência possui, do que de um processo institucionalizado pensado e executado de maneira coletiva.

“(...) A gente tem alguns locais que a gente encaminha alguns casos e a maioria dos casos são identificados por profissionais que tem essa orientação porque trabalhou em outro setor, trabalhou em outro local e conheceu aquele setor, já teve uma vivência pra lá e encaminhou alguém pra esse local e aí assim não tem ainda um protocolo). (Enfermeiro)

Esse problema perpassa a necessidade de estabelecimento de um protocolo institucional já apontado anteriormente, que auxilie na condução do cuidado tanto dentro da USF quanto fora.

“É meio que... funcionar no tato, no... ‘ah eu vou referenciar pra aquele lugar porque eu conheço a assistente social de lá, eu conheço a psicóloga de lá...’ não há nada formalizado, algo instituído... eu acho que falta muito pra avançarmos...”(Assistente Social).

No entanto, é importante destacar que, assim como já discutido no caso de capacitações e treinamentos, a existência de protocolos não garante a execução deste, muito menos a efetividade na assistência. Branco et al (2020), apontam isso em estudo realizado com gestores, gestoras, trabalhadores e trabalhadoras de saúde serviços que ofertam assistência às mulheres que foram vítimas de violência sexual. As autoras identificam, a partir dos relatos, que apesar da presença de fluxos e protocolos elaborados para o serviço, estes não são postos em prática, revelando distanciamento e desinteresse sobre o tema, além do não reconhecimento de que a atenção a violência sexual também faz parte das competências profissionais desses sujeitos.

Nesse sentido, a assistente social destaca a importância da construção de um conhecimento coletivo e institucionalização de práticas acerca do problema, pois a

dependência de um ou outro profissional enfraquece o serviço, “*porque hoje eu ‘tô’, mas amanhã eu posso não estar, e aí? (...) Essa mulher só vai ser atendida se ‘fulana’ estiver?*”, questiona. Mais adiante iremos discutir como a rede de assistência à mulher em situação de violência doméstica de Salvador é percebida pelos trabalhadores/as de Riachinho.

6.6 Um “*protocolo intuitivo*” no cuidado com Iara

Dentre as diversas vivências de trabalho relacionadas à VDCM, um caso específico chamou a atenção nas narrativas por ter sido mencionado por boa parte das pessoas entrevistadas. A situação foi marcante para o serviço, ilustrando o processo de trabalho que se desenvolveu em Riachinho naquele momento, envolvendo muitos profissionais e levantando diversas reflexões importantes. Por isso, é interessante descrevê-lo aqui trazendo as diferentes visões acerca de um mesmo evento.

Para contar essa história, chamaremos a principal personagem de Iara.

Foi num fim de tarde que Iara adentrou no serviço, acompanhada de uma irmã e uma amiga, uma jovem aparentando ter seus 18 anos, possuía dois filhos e era casada com um homem que estava envolvido com o tráfico de drogas na região. O enfermeiro que estava no acolhimento naquele dia relatou que assim que chegaram, foi informado a ele que os dentes da moça haviam se soltado, mas não como aquilo havia ocorrido. Já uma ACS que também estava presente na recepção da USF naquele momento, relatou que uma das acompanhantes da jovem a conhecia e lhe disse que ela havia levado um soco na face, proferido pelo marido, e que a força do impacto arrancou os dentes da mulher. Imediatamente ela foi encaminhada para a cirurgiã dentista da unidade:

“(...) Já ia dar 5 horas da tarde, já tava pronta pra sair, me chega toda ensangüentada, né, só queria falar com uma dentista mulher, não queria falar com um dentista homem, eu que já fui logo recebendo ela, fui pra sala, ela tinha recebido um murro, tava toda violentada do marido, tinha avulsionado os dentes, ela me chegou com os dentes na mão, né, pra poder reimplantar os dentes, e assim extremamente abalada né?” (Cirurgiã dentista)

Inicialmente, Iara seria encaminhada para o cirurgião dentista de referência da equipe que cobria a área onde ela morava, mas a mesma não aceitou ser atendida por um homem:

“(...) Ela sabia que era minha paciente, eu já fazia o atendimento, mas ela não queria ser atendida por mim! Porque eu era homem! Entendeu? A agressão física foi tão traumatizante que ela teve, que perdeu os dois dentes da frente, né, com o murro que ela tomou do cara que é traficante, né?” (Cirurgião dentista)

Apesar de já ser acompanhada pelo cirurgião dentista, a jovem queria ser atendida por uma mulher, o que nos revela uma questão de gênero importante nesse sentido. Isso também se reflete no acesso que as agentes comunitárias têm às mulheres do território e no vínculo que desenvolvem com elas, diferente do ACS, que relata que apesar de saber de situações em sua microárea e tentativas de abordar o problema da violência com algumas mulheres, percebia que não conseguia estabelecer uma aproximação eficaz, que talvez uma colega ACS conseguisse.

Segundo os relatos, quando chegou à USF Iara não queria fazer nenhuma denúncia contra o agressor, mas a irmã e a amiga que estavam com ela diziam que queriam levá-la a uma delegacia. Diante daquela situação, a cirurgiã dentista relata que precisou chamar o apoio policial do serviço para lhe orientar:

“(...) Inclusive a gente nem pode mexer lá porque ela tinha que fazer o corpo delito antes da gente mexer né, então assim, eu nunca tinha pego um caso assim, e chegou pra mim, né? Então assim, eu pedi, conversei com ela, coloquei os dentes direitinho armazenado, né... Pedi pro policial ir lá pra poder me dar uma orientação, né... Porque às vezes a gente pensa que a gente sabe o que fazer, só que no momento a gente vê que as vezes não é bem assim, não é simplesmente sentar e atender, né... Eu falei com ela, eu falei com ele, esses dentes a gente precisa reimplantar eles agora, eu sei que precisa de um exame médico legal, mas eu preciso fazer isso agora, aí ele, ‘não, você faça, né, e você vai fazer um relatório e aí ela vai na delegacia com esse relatório de que você mexeu nos dentes, que foi avulsionado e tal...’. E foi assim que eu fiz.”(Cirurgiã dentista)

Após esse atendimento, a mulher chegou a ir até a delegacia e prestou uma queixa contra o seu agressor. A gerente relata que o pai da jovem foi até a unidade pedir ajuda do reforço policial para que pudessem ir até a casa onde ela residiu com o agressor, buscar os itens pessoais dela e dos filhos, pois ele havia expulsado ela e não autorizava que ninguém fosse lá buscar nada, mas os policiais que estão na USF atuam apenas na proteção ao patrimônio público.

O caso mobilizou todas as pessoas que estavam na unidade naquele momento, exigindo que cada um pusesse em prática o seu saber, em sintonia com o saber do outro. Nesse sentido, a assistente social do NASF foi acionada para ajudar na orientação de como proceder com aquele caso, e segundo a cirurgiã dentista, após o episódio, a mulher esteve no serviço para retirada dos pontos e para fazer uma radiografia e nesse dia, foi encaminhada ao acompanhamento com a psicóloga, mas nunca mais retornou ao serviço, pois foi embora de Salvador com os filhos e desta forma, o contato com ela foi perdido.

“(...) A gente nunca tinha tido nenhum tipo de conversa e nenhum tipo de abordagem que fazia né nas consultas... Eu acompanhei o pré-natal dela e o puerpério, acompanhei a filha dela depois que nasceu, nos primeiros dois anos de idade e eu nunca tinha sequer percebido qualquer tipo, né, de indício que essa mulher sofria violência... Porque eu tenho certeza que esse não foi o primeiro episódio, ela já sofria, né, mesmo que não fosse violência física, ela já sofria qualquer outro tipo de violência e aí depois eu fiquei naquela crise existencial né, poxa, será que eu podia ter feito alguma coisa?” (Enfermeira)

Nessa fala, a enfermeira de referência que acompanhava Iara traz que aquele caso lhe gerou uma reflexão sobre a sua prática e da equipe, pois até então, ninguém sabia do que vinha acontecendo com ela, reforçando a importância de manter-se um olhar sempre atento a cada mulher que adentra no serviço.

A partir do caso de Iara é possível observar como as questões de gênero se colocam de maneira prática na assistência em saúde, a ponto da mulher que necessita do cuidado, não aceitar o atendimento de um profissional homem, mesmo numa situação extrema. Parece que o significado da masculinidade na figura do homem não pôde ser capaz de transmitir a possibilidade de cuidado dentro de uma vivência onde as relações entre os gêneros se deram de maneira desigual e violenta.

Também fica evidente a importância de um protocolo normativo para que os profissionais não se sintam desorientados, bem como para que a privacidade da mulher seja preservada, visto que sua presença na unidade gerou grande comoção logo na entrada do serviço, mobilizando várias pessoas, e conseqüentemente a expondo ainda mais.

Outro ponto importante de ser destacado é que apesar da ausência do protocolo normativo, os/as profissionais de saúde conseguiram a partir da articulação dos seus saberes, formular um “protocolo intuitivo” para aquele caso, ofertando assim um cuidado, que apesar de possuir pontos frágeis, foi resolutivo para Iara. Essa é uma expressão do trabalho vivo em ato, numa atitude de “trabalhadores e trabalhadoras coletivos”, como trazido por Merhy (1997b), construindo pontes entre si e com aquela mulher.

6.7 A rede de atenção à mulher em situação de violência na perspectiva dos trabalhadores e trabalhadoras de Riachinho

Apesar de Salvador possuir uma rede de atenção à mulher em situação de violência composta por instituições da saúde, assistência social e justiça já consolidada, ficou evidente nesse estudo o desconhecimento dos/das profissionais do serviço acerca desses serviços.

As Delegacias Especiais de Atenção à Mulher (DEAM) foram os serviços mais identificados, sendo apontadas pela maioria das pessoas entrevistadas. Além disso, o Centro de Referência Loreta Valadares, as casas de acolhimento, os CRAS, Instituto Viver, a Defensoria Pública, a ronda Maria da Penha e o Centro de Atendimento à Mulher Soteropolitana Irmã Dulce (CAMSID) também foram citados. É importante apontar que dois profissionais com graduação em uma área saúde relataram não conhecer nenhum serviço da rede e todos os ACS citaram pelo menos um serviço, a DEAM.

Nas narrativas, os/as participantes traziam muitas incertezas quanto ao funcionamento desses serviços, geralmente trazendo que “já ouviu falar”, mas não conhece ou nunca teve algum contato direto, com exceção da assistente social do NASF, que lida com frequência com esse tipo de articulação.

“(...) Eu consigo ver através da mídia, através do que eu vivo no posto que existe sim uma rede, porém ela tá longe de atender a contento essas mulheres que sofrem violência, sabe?”(Gerente)

Essa fala ilustra a percepção que os/as profissionais de Riachinho têm acerca do funcionamento da rede de assistência à mulher. Apesar de não conhecerem muito bem as instituições, pelas experiências que tiveram seja no trabalho, na vida pessoal ou pelo que observa na mídia, a resolução dos casos ao longo dessa rede pode ser bastante burocrática e morosa.

A assistente social relata o acompanhamento que fez a uma mulher cuja medida protetiva estava demorando muito para sair, sendo necessário que ela buscasse a defensoria pública e a DEAM para conseguir que aquele processo fosse agilizado:

“(...) Eu acabei conseguindo falar com o serviço social, a assistente social mediou esse diálogo e aí ela... conseguiu sair com a medida protetiva, ela já estava perambulando há mais de anos, isso não justifica, como é que você vai procurar uma instituição que é pra respaldar os direitos da mulher e o processo fica matracado?” (Assistente social)

Nesse sentido, alguns relatam o sofrimento que as mulheres estão sujeitas no percurso pelos próprios serviços aos quais buscam assistência: *“(...) A gente vê e observa mulheres que vão pra delegacia dar queixa e ficam peregrinando de delegacia em delegacia, porque até na delegacia da mulher elas são menosprezadas.” (ACS)*

Esse percurso denominado de “rota crítica” vem sendo objeto de investigação nos estudos da violência contra a mulher (MENEGHEL et al, 2011; D’OLIVEIRA,

SCHRAIBER, 2013). As pesquisas mostram como o caminho que a mulher percorre na busca pela interrupção do ciclo da violência pode ser problemático e difícil.

“As mulheres encontram respostas dissuasoras de seu projeto de interromper a violência por parte de familiares, comunidades e serviços estatais e não-governamentais como delegacias de polícia, serviços jurídicos, de saúde e assistência social. Informações inadequadas e atitudes não acolhedoras e crivadas de julgamento moral são frequentes nos percursos relatados nas investigações.” (D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013).

Dessa forma, o trajeto além de longo, pode ser bastante doloroso, o que não deveria ocorrer nos espaços que serviriam para lhes oferecer suporte e cuidado, exigindo das mulheres resistência nesse caminho, que é influenciado pelo sistema patriarcal, racista e capitalista, bem como por suas próprias individualidades e subjetividades (MENEGHEL et al, 2011).

6.8 Atentando o olhar para o homem

“Acho que não são todos os homens que são violentos, existem mulheres que são violentas também, tem que olhar o outro lado da moeda né...” (Enfermeira).

“(...) Eu sei de uma mulher que me disse, que o marido dela tomava uma vez no mês uma surra de toalha molhada... Ela mesmo dava nele...” (ACS).

“(...) E alguns homens se queixam disso, que se fala da delegacia da mulher e a delegacia do homem? Dos homens que são agredidos pelas mulheres?” (ACS).

As falas acima surgiram em algumas narrativas, e foram trazidas por trabalhadoras que apontam que o homem também pode ser vítima de violência por parte de uma mulher. Tais discursos foram trazidos dentro de uma perspectiva de que é fato que as mulheres são as principais vítimas de violência, mas que elas também podem ser agressoras, e que os homens também precisam ser assistidos.

“E a delegacia do homem?”

Não é raro esse questionamento se levantado quando se trata do tema da violência contra a mulher e, do mesmo modo, surge em uma das falas nesse estudo. Tal pensamento reflete a importância da compreensão aprofundada do que significa as relações de gênero na sociedade e suas implicações na questão da violência.

Assim, o conhecimento desses profissionais poderão ir além daqueles adquiridos nas tão desejadas qualificações e treinamentos, cujo enfoque é, muitas vezes, dado a procedimentos técnicos e protocolos, que apesar de essenciais, não garantem o sucesso nas

intervenções de cuidado, como já apontado por D'Oliveira et al (2020). É necessário dar amplitude ao tema, compreendendo que a violência é responsabilidade do campo, numa perspectiva de formação de profissionais engajados e conscientes de seu papel social no enfrentamento do problema, e não apenas agentes executores de técnicas.

Já numa outra perspectiva, pensando no homem agressor, fica evidente a importância de que este também receba assistência, pois aquele comportamento, apesar de não poder ser justificado, pode ter origens às quais se compreendidas, contribuem para que exista uma mudança de comportamento.

Nesse sentido, uma enfermeira relata um caso de um homem que tinha um histórico de agressividade com a companheira e os filhos: “(...) *E a gente começou a acolher ele, mas acolher ele como ser humano mesmo né, sem tá falando da violência, mas tá falando dele, da história de vida dele...*”. A partir daí toda a equipe conheceu o histórico de traumas que esse homem carregava, agressões físicas que recebia do pai, privação dos estudos e uma infância marcada pelo vício do álcool desse pai e agressividade para com ele, seus irmãos e sua mãe.

Esse homem já estava com um quadro de saúde bastante agravado, e em seu leito de morte pediu perdão à esposa e os filhos. Apesar de não apagar o sofrimento de 22 anos de violência, aquele pedido foi considerado uma vitória, ou seja, alcance do sucesso prático, pois de certa forma poderia gerar algum alívio a ele e a sua família, relata a enfermeira.

Na legislação brasileira, a Lei Maria da Penha estabelece dentre as medidas protetivas de urgência, o comparecimento do homem agressor a programas de recuperação e reeducação, bem como o acompanhamento psicossocial deste, por meio de atendimento individual e/ou grupo de apoio (BRASIL, 2006). Apesar do caráter punitivo, pois tais atividades são obrigatórias, esses lugares podem ser espaços de autoconhecimento e reflexão, quando formulados dentro de uma perspectiva educacional e de oferta de cuidado.

A influência do meio social onde esses homens foram criados é trazida no capítulo anterior quando se fala do machismo na formação das crianças, nesse sentido, a psicóloga traz:

“(...) É muito fácil a gente falar “o homem é o alçoz e mulher é a vítima”, colocar o homem nesse lugar né? Mas também eu acho que é muito mais complexo né... o homem também é vítima dessa sociedade, o homem também é uma criação social para ocupar esse lugar, claro que uma parte é...”

Nesse sentido, Bandeira (2017) destaca que quando a violência está presente no contexto doméstico, esta passa a ser incorporada pelas crianças dessa família, que podem naturalizar essa vivência, onde “o controle sobre as mulheres é visto como parte das relações habituais (p. 29) ”.

No entanto essa compreensão não é consensual, partindo de uma ACS uma fala que destoou das demais:

“(...) Eu acredito assim, você é um cidadão, você faz o que você quiser porque você é livre, não é porque eu moro numa comunidade violenta que eu tenho que ser violenta... Vamos supor, o filho que viu a mãe sendo agredida, ele não quer isso pra ele! Ele não quer isso pra ele! (...) Mas tem outros que viveu nesse ciclo, aí aprendeu? Não, isso é dele mesmo, isso é da natureza dele mesmo...”

Ela reflete que, diferente das mulheres que estão tendo suas vivências numa sociedade machista e patriarcal, que está sempre contra elas, exercendo uma força contrária sobre suas vidas e que por isso, acaba influenciando em suas escolhas e modos de viver; os homens possuem tudo em favor deles, e mesmo passando sua vida em um contexto familiar e social onde a violência é normalizada, ele se tornará violento só se aquele comportamento for da natureza dele.

Percebe-se então que no processo de trabalho, fica implícita a compreensão de que a violência doméstica contra a mulher deve ser responsabilidade da Estratégia Saúde da Família, porém, não é uma prioridade, tanto da prática profissional quanto da gestão. Desta forma, cabe ao NASF, por meio de profissionais que circulam no campo das ciências humanas, estarem mais preparados para lidarem com tais demandas.

Isso se reflete na escassa de produção e compartilhamento de conhecimento técnico-científico no trabalho das equipes, que cientes desse problema, entendem que essa é uma responsabilidade da gestão municipal, mas também que deve partir do interesse individual, e como o tema não é prioritário, essa conscientização permanece no campo das ideias.

Como não existe uma institucionalização das práticas e dependência de determinados sujeitos que se tornam referências no serviço, de modo geral, a perspectiva tomada é de conseguir avançar nos encaminhamentos dos casos, pouco se falando em compartilhamento, sendo esta uma importante queixa feita pelo NASF.

Também se destacam as estratégias criadas por cada profissional, que constrói saberes diante da prática na assistência, expressando-se como agentes do trabalho vivo em ato e todo

o seu potencial criador. No entanto, é importante destacar que quando esses saberes práticos não estão alinhados ao conhecimento técnico-científico, o que inclui o conhecimento da PNAISM, da rede assistencial, dos mecanismos de notificação e não se organizam de modo coeso dentro do processo de trabalho, as conquistas tornam-se pontuais e não se avança na construção de um serviço onde estejam organizadas práticas de cuidado consolidadas e efetivas.

CONCLUSÕES

Compreendendo que as reflexões possibilitadas a partir deste estudo não se esgotam por aqui, e que o mesmo não pôde dar conta de todos os elementos complexos que envolvem o cuidado ofertado à mulher em situação de violência doméstica, aponto aqui algumas conclusões que contribuem no avanço das investigações sobre o tema.

Os achados dessa investigação corroboram com a revisão de literatura de D'Oliveira et al (2020) no que diz respeito aos desafios que são observados na prática dos profissionais de saúde da APS, principalmente no que tange a estruturação dos serviços no processo de trabalho à nível macroestrutural, como a ausência de protocolos institucionais, a relação verticalizada com a gestão municipal e a desorganização em rede, o que se reflete em uma relação conflituosa dos trabalhadores e trabalhadoras com a VDCM.

Apesar do reconhecimento de que a violência doméstica contra a mulher é um problema inerente ao campo da saúde, há um distanciamento do conhecimento técnico-científico sobre este nas práticas. Nesse sentido, os treinamentos e capacitações - que ocorrem de maneira muito esporádica e pontual - são identificados pelos/pelas profissionais como algo necessário e urgente, o que ficou evidenciado também em diversos momentos ao longo das entrevistas, onde os/as participantes solicitavam a mim que pudesse ir até o serviço ofertar algum tipo de atividade educativa para as equipes – *“venha fazer alguma coisa pra gente, vai ser muito importante!”* (ACS).

Assim, é principalmente a partir da construção de saberes práticos (SCHRAIBER, 1999) que se manifestam por meio dos *“protocolos intuitivos”* que o cuidado é ofertado, revelando uma potência criativa que se manifesta no trabalho vivo em ato (MEHRY, 1997a). Valorizam-se as tecnologias leves, a exemplo do diálogo, como instrumentos de trabalho que possibilitam a construção de encontros mais acolhedores e potencialmente efetivos entre agentes do trabalho em saúde e as mulheres que demandam o cuidado.

Os/as participantes utilizaram o momento das entrevistas como um local de reflexão acerca de suas práticas, onde surgiram diversas ideias das próprias pessoas entrevistadas, voltadas para condutas que podem colocar em prática na sua rotina de trabalho, ou reflexões acerca de atitudes situações passadas, que podem ser modificadas para ações futuras.

“(...) Às vezes eu não tenho habilidade pra lidar com tal situação então eu vou ali e já atendo... Se tem uma casa que eu to com suspeita de que haja violência doméstica, por exemplo, que tal eu chamar uma colega

mulher, né? Pra ir esse dia, não pra falar sobre violência, mas pra observar, porque às vezes vai que na condição de mulher ela consiga ver algo que eu não esteja vendo né? Ou até a mulher consiga falar com ela, tudo isso eu to pensando a partir da sua pergunta, não tinha pensado nisso antes não...”
(ACS)

Tais construções elaboradas apontam para a potencialidade dos espaços de conversa e análise das próprias práticas das equipes que devem ser incentivadas, colocando o trabalho em saúde num local de criação de transformação, diferente de um modo de trabalho consolidado em práticas cristalizadas, sem vida. Mostram também, como a execução desse estudo se revelou um lugar de manifestação do trabalho vivo, a partir das intercessões formadas entre mim e cada sujeito entrevistado.

Nesse trabalho, foi possível nos aproximarmos de como se dão as práticas diante de uma temática cercada de obstáculos e dificuldades quando se encontra com a necessidade da ação em saúde, como a literatura já nos mostrou. Tais práticas se mostram efetivas de maneira bastante específica diante de casos, pois alcançam alguns sucessos práticos (AYRES, 2001; 2007) em detrimento da vulnerabilização de trabalhadores e trabalhadoras, sobrecarga de categorias profissionais, exposição das mulheres (como no caso de Iara), sentimentos de impotência, angústia e medo.

Por isso, é essencial que o conhecimento técnico acerca da VDCM esteja posto na prática em articulação com os saberes práticos, não só criando possibilidades que garantam a efetividade no cuidado das mulheres, mas também um terreno consistente, onde os trabalhadores e as trabalhadoras possam exercer seu trabalho.

Diante dos achados desse estudo, penso como o modo de produção capitalista tem um importante lugar, pois parece haver uma incompatibilidade diante de uma perspectiva de saúde pensada enquanto um serviço que deve responder às demandas do mercado, e um fazer saúde, que cuida, acolhe e repensa cotidianamente sobre a sua prática. Para as metas, não há tempo! Se o próprio patriarcado é basilar do sistema, cuidar na saúde de uma mulher em situação de violência é caminhar arduamente na contramão do capitalismo.

Cabem a nós as investidas micropolíticas, funcionando como minúsculos e persistentes cupins que vão aos poucos destruindo troncos fortes de madeira.

A pandemia do coronavírus foi um elemento que afetou profundamente todos os aspectos desse estudo, exigindo de mim uma readequação metodológica e a inserção em um campo de trabalho – a USF Riachinho – que passava por adaptações à nova realidade ainda

maiores e mais intensas que as minhas. O contexto pandêmico atravessou intensamente não apenas a organização institucional, mas seus trabalhadores e trabalhadoras, física e psicologicamente, além de significar para o território, mais um fator de invisibilização e silenciamento da VDCM.

Uma das limitações desse trabalho é consequência da situação sanitária a qual vivenciamos, como o pouco acesso à vivência das práticas dos/das participantes, nos possibilitando contato apenas por meio eletrônico. A aproximação com o serviço *in loco*, poderia nos trazer novos achados. O estudo também possui limitações teóricas, quando não é possível dar conta dos atravessamentos de raça e classe que permeiam os contextos das relações sociais. Apesar do entendimento de que estes se interseccionam com a categoria gênero, não se atingiu um aprofundamento nesse sentido, assim, sugere-se novos estudos com esse enfoque.

Também não foi possível contemplar todas as categorias profissionais da equipe mínima da ESF, com a ausência de médicas e médicos participantes, apesar das minhas insistentes tentativas. Diante dos achados na literatura, apesar da predominância do campo da enfermagem nos estudos empíricos, existe uma relevante participação de profissionais da medicina, não havendo diferentes resultados em comparação com os estudos onde estes e estas profissionais não participavam.

Nesse sentido, destaca-se ainda que esse estudo limita-se à visão trazida por trabalhadores e trabalhadoras da assistência e gestão da USF Riachinho, não havendo a participação de sujeitos que pudessem falar de sua relação com o serviço e com o tema da VDCM a partir perspectiva da Secretaria Municipal de Saúde e do Distrito Sanitário.

Tendo em vista a receptividade ao tema que foi demonstrada pelas pessoas entrevistadas, o projeto de um grupo para mulheres já existente, e a grata surpresa da predominância nos discursos de uma compreensão de que a VDCM está intimamente vinculada ao machismo e ao patriarcado, acredito que Riachinho é um lugar propício para se pensar na elaboração de um protocolo institucional para o cuidado na VDCM em pesquisas futuras, com a colaboração da secretaria municipal de saúde. De modo a se tornar um espelho para os demais serviços de APS em Salvador.

Não se excluem as falas isoladas, porém importantes de serem consideradas, que contrapõem a violência perpetrada contra a mulher e a violência que os homens podem vir a

sofrer. Quando entendemos que a violência doméstica tem um corpo bem definido como alvo (CORRADI, 2009), e que esse corpo feminino está exposto sistematicamente ao longo da história da sociedade capitalista moderna, percebemos o desatino da pretensão de uma comparação.

Por isso, reforço a proposição de D'Oliveira (2020), no sentido de que as discussões acerca da influência do gênero na conformação social devem ser um elemento presente no campo da saúde, desde a formação em graduação ou cursos técnicos, perdurando na educação continuada nos serviços, para que os agentes do trabalho sejam mais que apenas executores de protocolos, mas sujeitos politicamente engajados e conscientes dos porquês que estão permeando suas práticas.

No contexto do processo de trabalho em saúde, a proposta de “capacitar” pessoas para a oferta do cuidado a mulheres, assume uma postura verticalizada, já consequente da dinâmica estabelecida entre gestão e serviços, como visto nesse estudo. Além disso, em que pese as considerações acerca das reflexões sobre gênero, é consenso na literatura a necessidade da educação em saúde enquanto um caminho para se alcançar esse objetivo.

Todavia, ao nos aproximarmos do fazer prático, e do desejo daqueles e daquelas que constituem as equipes de Saúde da Família de também serem ouvidos e considerados no planejamento do trabalho, entendo que um bom caminho pode ser encontrado em um movimento inverso ao que se tem proposto predominantemente.

Desta forma, consideram-se os saberes práticos e sua manifestação no trabalho vivo em ato como um ponto de partida para a consolidação de protocolos e modos de trabalho em que se articulem tais elaborações da prática dos sujeitos com as proposições da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) e também da última edição do Plano Nacional de Políticas para Mulheres 2013-2015, que já consideram a perspectiva de gênero no enfrentamento da VDCM.

Penso então, que tal construção, para além de coletiva, deve ter em voga a dinâmica do processo de trabalho em saúde a qual os/as agentes do trabalho se inserem.

As contribuições elaboradas a partir desse estudo foram possibilitadas a partir de uma articulação teórica que permitiu a aproximação da temática da violência doméstica contra a mulher com o fazer em saúde dos/das agentes do trabalho.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 2017a; 2017b), orientando o olhar numa perspectiva macropolítica do trabalho em saúde enquanto elemento intrínseco à sociedade capitalista; a perspectiva micropolítica, que considera as possibilidades geradas a partir do trabalho vivo em ato (MERHY, 1997) e o campo dos estudos de gênero, compreendido enquanto componente que permeia as relações sociais, e conseqüentemente, o trabalho e a saúde (SCHRAIBER, 2012), se mostraram um caminho potente para tal análise, que pode ser mais explorado tanto em estudos, quanto no planejamento de ações em saúde.

Como um produto da realização desse estudo, elaborei uma cartilha informativa na qual são descritos os serviços da Rede de Atenção à mulher em situação de violência de Salvador, a ser distribuída de forma online para todos e todas que compõem a USF Riachinho (ANEXO E). Além disso, o presente documento final também será compartilhado com as equipes, de modo que possa ser utilizado como um instrumento através do qual, possam visualizar-se em suas práticas e refletirem sobre seu trabalho em saúde.

Assim, finalizo as minhas contribuições, ciente de que existem caminhos possíveis e pessoas que anseiam percorrê-los. De modo que não nos deixemos acuar perante os retrocessos, na esperança de que as lutas avançarão e que um dia todas as mulheres poderão ter o direito à existência de forma plena, parafraseio Maria da Penha Maia Fernandes, na certeza de que “a verdadeira vida só começa quando a violência acaba”.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, D. C.M. Historicidade da propriedade privada capitalista e os cercamentos. **Revista História: Debates e Tendências**, v. 18, n. 3, p. 408-419, 2018.
- ARBOIT, Jaqueline et al . Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 27, n. 2, p. 506-517, June 2018.
- ARENDDT, Hannah. Sobre a violência. Tradução: André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 114 p., 1994. Tradução de: *On violence*.
- ASSIS, Daiane N. Conceição de. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação à distancia, 2019.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saude soc.**, São Paulo , v. 13, n. 3, p. 16-29, Dec, 2004.
- _____, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- _____, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, p. 43-62, 2007.
- _____, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Ricardo Bruno: história, processos sociais e práticas de saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3. P. 905-912, 2015.
- BANDEIRA, Lourdes Maria. Violência, gênero e poder: múltiplas faces. *In*: STEVENS, Cristina; OLIVEIRA, Susane; ZANELLO, Valeska; SILVA, Edlene; PORTELA, Cristiane (org). **Mulheres e Violências: Interseccionalidades**. Brasília: Technopolitik, p. 14-35, 2017.
- _____, Lourdes Maria; ALMEIDA, Tânia Mara Campos de. Vinte anos da Convenção de Belém do Pará e a Lei Maria da Penha. *Rev. Estud. Fem.*, Florianópolis , v. 23, n. 2, p. 501-517, Aug. 2015.
- BARROS, J. O; GONÇALVES, R.M.A; KALTNER, R.P; LANCMAN, S. Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 9,p. 2847-2856, 2015.
- BIGLIARDI, Adriana Maria; ANTUNES, Maria Cristina; WANDERBROOCKE, Ana Claudia N. S. O impacto das políticas públicas no enfrentamento à violência contra a mulher: implicações para a Psicologia Social Comunitária. **Bol. - Acad. Paul. Psicol.**, São Paulo , v. 36, n. 91, p. 262-285, jul. 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.
- _____. **Violência Intrafamiliar: Orientações para a prática em Serviço**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios ediretrizes**. Brasília, DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Secretaria Nacional de Assistência Social. Política Nacional de Assistência Social – PNAS 2004, Norma Operacional Básica – NOB/SUAS**. Brasília, 2005a. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf. Acesso em: 06/08/2021.

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, DF, 2005b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf. Acesso em: 29 de maio de 2021.

_____. Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º do art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.html

_____. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. 2. reimp. Brasília, DF, 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/planonacional_politicamulheres.pdf. Acesso em: 29 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n 154 de 24 de janeiro de 2008. **Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF**. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 11/04/2021.

_____. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <http://www.mulheres.ba.gov.br/arquivos/File/Publicacoes/PlanoNacionaldePoliticaspaaasMulheres20132015.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – Volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, v. 1, n. 39. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instrutivo: Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 65 p. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Instrutivo: Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada. 65 p. Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n 154 de 24 de janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 11/04/2021.

BRANCO, J.G.O; VIEIRA, L.J.E.S.V; BRILHANTE; A.V.M; BATISTA, M.H. Fragilidades no processo de trabalho na Atenção à Saúde à Mulher em situação de violência sexual. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 25, n.5, p. 1877-1886, 2020.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Usingthematicanalysis in psychology. **QualitativeResearch in Psicology**. v. 3, p. 77-101, jul. 2006.

BRUM, Camila Resende Soares et al . Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde. **Psicol. pesq.**, Juiz de Fora , v. 7, n. 2, p. 242-250, dez. 2013.

CARRIJO, Christiane; MARTINS, Paloma Afonso. A violência doméstica e racismo contra mulheres negras. **Revista Estudos Feministas** [online]. v. 28, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-95842020v28n260721>. Acesso em 13 de agosto de 2021.

COELHO, Edméia de Almeida Cardoso et al . Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 13, n. 1, p. 154-160, Mar, 2009.

CORDEIRO, Kátia Cordélia Cunha; SANTOS, Raiane Moreira; GOMES, Nadirlene Pereira; MELO, Daniela Santos; MOTA, Rosana Santos; COUTO, Telmara Menezes. Formação Profissional E Notificação Da Violência Contra A Mulher. **Rev. baiana enferm**, v. 29, n. 3, 2015.

CORRADI, Consuelo. Violence, identité et pouvoir: Pour une sociologie de la violence dans le contexte de la modernité. **Socio-logos**, Revue publié par l'Association Française de Sociologie. Paris, n. 4, p. 1-11, mai. 2009.

COSTA, Marta Cocco da et al. Violência doméstica contra a mulher em contexto rural: reconhecimento das estratégias de atenção. **Rev Bras Promoç Saúde**, [s. l.], v. 32, p. 1-10, 2019.

CHAUÍ, Marilena. “Participando do Debate sobre Mulher e Violência”. In: Franchetto, Bruna, Cavalcanti, Maria Laura V. C. e Heilborn, Maria Luiza (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher 4**, São Paulo, Zahar Editores, 1984.

CUNHA, Leonam Lucas Nogueira. A antipolítica de gênero no governo Bolsonaro e suas dinâmicas de violência. **Revista de Estudos Brasileños**, Salamanca, v. 7, n. 14, p 49-61, 2020.

DAVIS, Angela. Mulheres, Raça e Classe. Tradução Heci Regina Candiani. 1 ed. São Paulo: Boitempo, 2016

DAY, V.P; TELLES, L.E.B; ZORATTO, P.H; AZAMBUJA, M.R.F; MACHADO, D. A; SILVEIRA, B.A; DEBIAGGI, M; REIS, M.G; CARDOSO, R.G; BLANK, P. Violência doméstica e suas diferentes manifestações. **Rev. Psiquiatria RS**. v. 25, sup. 1, p. 9-21, 2003.

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**, v. 14, n.4, p. 1037-1050, 2009.

_____, A.F.P.L; SCHRAIBER, L.B. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. **RevMed (São Paulo)**, v. 92, n.2, p. 134-40, abr.-jun, 2013.

_____, A.F.P.L; PEREIRA, S; SCHRAIBER, L.B; GRAGLIA, C.G.V; AGUIAR, J.M; SOUSA, P.C; BONIN, R. G. Obstáculos e facilitadores para o cuidado de mulheres em situação de violência doméstica na atenção primária em saúde: uma revisão sistemática. **Interface (Botucatu)**, v. 24, e190164, 2020.

FANON, Frantz. Os condenados da Terra. Tradução: José Laurênio de Melo. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 275 p., 1968. Tradução de: *Les Damnés de La Terre*.

FEDERICI, Silvia. **Calibã e a bruxa: mulheres, corpo e acumulação primitiva**. São Paulo: Editora Elefante, 464 p, 2017.

FONSECA, Danilo Ferreira da. Colonialismo, Independência e revolução em Frantz Fanon. **Revista Africa e Africanidades**, n. 19, abr, 2015.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr-jun, 1999.

_____, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paideia*, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA (FBSP). Violência Doméstica durante a Pandemia de Covid-19. Nota Técnica. 3 ed. São Paulo, 2020. Disponível em: <https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v2.pdf>. Acesso em: 21 de agosto de 2021.

GOMES, Nadirlene Pereira; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BETTINELLI, Luiz Antonio; HIGASHI, Giovana Dorneles Callegaro; CARNEIRO, Jordana Brock; DINIZ, Normélia Maria Freire. Significado da capacitação profissional para o cuidado da mulher vítima de violência conjugal. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 17, n.4, p. 683-689, Sep-Dec, 2013.

_____, Nadirlene Pereira et al . Apoio social à mulher em situação de violência conjugal. **Rev. salud pública**, Bogotá , v. 17, n. 6, p. 823-835, Nov, 2015.

GONÇALVES, Renata; ABREU, Suellen. Do Plano Nacional de Políticas para Mulheres até o “Machistério” de Temer. **Revista de Políticas Públicas**, São Luís, v. 22, n. 22, p 753-751, 2018.

HARAWAY, Donna. “Gênero” para um dicionário marxista: a política sexual de uma palavra. **Cadernos Pagu**, n. 22, 2004.

IZUMINO, WâniaPasinato; SANTOS, Cecília Macdowell. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas Sobre Estudos Feministas no Brasil. E.I.A.L., São Paulo, v. 16, n 1, p. 147-164, 2005.

KRUG, E. G et al (eds), Organização Mundial de Saúde. **World report on violence and health (Relatório Mundial sobre violência e saúde)**, Genebra, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 29 de maio de 2021.

LAGE, Fernanda Carvalho; NASCIMENTO, Gisele Augusta Ferreira. O Feminismo pós-moderno, a equidade de gênero e a condição de agente da mulher. **Direitos, Gênero e Movimentos Sociais**. João Pessoa. p. 254-273, 2014.

LIMA, Claudio Marcio Amaral de. Informações sobre o novo coronavírus (COVID-19). **Radiol Bras.** v. 53, n. 2, p.5-6, mar/abr, 2020.

MACHADO, Maria Elza de Souza; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; BOA SORTE, Elionara Teixeira; SILVA, Jair Magalhães da; SILVA, Dejeane de Oliveira; Oliveira, Jeane Freitas de. Percepção de profissionais de saúde sobre violência contra a mulher: estudo descritivo. **Online braz. j. nurs.** (Online), v. 16, n.2, p. 209-217, 2017.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. A micropolítica do processo de trabalho em saúde: revendo alguns conceitos. **Reme - Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 7, n. 1, p. 61-66, jan./jul. 2003.

MARX, K. O Capital. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MATOS, M; ANDRADE, L. Mulheres, violências, pandemia e as reações do estado brasileiro. In: MATTA, G.C; REGO, S; SOUTO, E.P; SEGATA, J. (org). **Os impactos sociais da Covid-19 no Brasil: populações vulnerabilizadas e respostas à pandemia** [online]. Rio de Janeiro: Observatório Covid 19; Editora FIOCRUZ, 2021, pp. 181-193. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/livro/impactos-sociais-da-covid-19-no-brasil-populacoes-vulnerabilizadas-e-respostas-pandemia-os>. Acesso em: 15 de agosto de 2021.

MAYORGA, Claudia et al . As críticas ao gênero e a pluralização do feminismo: colonialismo, racismo e política heterossexual. **Rev. Estud. Fem.**, Florianópolis , v. 21, n. 2, p. 463-484, Aug. 2013.

MELO, Elza Machado de; GONÇALVES, Leticia; SANTOS, Rejane Antônia Costa dos; ZIRLEY, Lucimeire de Menezes. As bases teórico-metodológicas explicativas da violência nas sociedades contemporâneas. In: MELO, Vitor Hugo de; MELO, Elza Machado de. **Para Elas**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2016. Cap. 1, p 15-41.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico. In: SANTOS, Liliana; AYRES, José Ricardo (org.). **Saúde, Sociedade e História**. 1 ed. São Paulo: Hucitec Editora. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017a. p. 55-114.

_____, Ricardo Bruno. Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades. In: SANTOS, Liliana; AYRES, José Ricardo (org.). **Saúde, Sociedade e História**. 1 ed. São Paulo: Hucitec Editora. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017b. p. 298-374.

MENEGHEL, S.N.; BAIROS, F; MUELLER, B; MONTEIRO, R; 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**. v. 27, p.743-52, 2011.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias & ONOCKO, Rosana (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997a, p. 2-34.

_____, Emerson Elias. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury Sônia (Org). **Saúde e democracia, a luta do CEBES**. São Paulo: Lemos, 1997b, p. 125-141.

_____, Emerson Elias. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; NETO, Otávio Cruz; GOMES, Romeu. Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 21ª ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.

_____, Maria Cecília Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

_____, Maria Cecília Souza. *Violência e Saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. **Temas em Saúde**. 132 p., 2006.

_____, Maria Cecilia de Souza et al . Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, Jun 2018.

NASCIMENTO, Vagner Ferreira do; ROSA, Tamires Fortunato de Lima; TERÇAS, Ana Cláudia Pereira; HATTORI, Thalise Yuri; NASCIMENTO, Valéria Ferreira do. Desafios no atendimento à casos de violência doméstica contra a mulher em um município matogrossense. **Arq. Cienc. Saúde UNIPAR**, Umuarama, v. 23, n. 1, p.15-22, jan./abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Folha informativa – COVID- 19 (doençacausada pelo coronavírus)**. Atualizada em 3 de março de 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6101:covid19&Itemid=875. Acesso em: 4 mai. 2020.

PAIM, Jairnilson. Da teoria dos processos de trabalho em saúde aos modelos de atenção. 2017.

PATEMAN, Carole. O Contrato Sexual. Trad Marta Avancini. São Paulo: Ed Paz e Terra, 1993.

PEDUZZI, Marina. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 75-91, mar. 2002.

_____, Marina. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 247 f. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

PENNA, Paula Dias Moreira; BELO, Fábio Roberto Rodrigues. Crítica à Alteração da Lei Maria da Penha: Tutela e Responsabilidade. **Psicologia Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. 3, p. 1-8, 2016.

PIMENTA, Jucilane Costa. Violência Contra a mulher: Um desafio para a atenção básica à saúde. Dissertação (Especialização em Saúde da Família) – UFGM. Governador Valadares, p. 18, 2011.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Rev. Sociol. Polit.**, Curitiba , v. 18, n. 36, p. 15-23, Jun. 2010.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para eltrabajoensalud. **Rev. bras. enferm.**, Brasília , v. 53, n. 2, p. 251-263, Jun. 2000.

PISCITELLI, A. Gênero, a história de um conceito. IN. ALMEIDA, H.B.; SZWACO, (org). Diferenças, Igualdades. Coleção Sociedade em Foco. Edf. Berlendis&Vertecchia Editores, 2009.

PRÁ, Jussara Reis. Mulheres, direitos políticos, gênero e feminismo. **Cad. Pagu**, Campinas , n. 43, p. 169-196, Dec. 2014.

RIBEIRO, Marcos Vinicius. O debate marxista sobre o papel da violência na história. In: XXIX SIMPÓSIO NACIONAL DE HISTÓRIA. 2017, Brasília. Anais eletrônicos [...]. Brasília: UNB, 2017. Disponível em: https://www.snh2017.anpuh.org/resources/anais/54/1502664144_ARQUIVO_texto_completo.pdf. Acesso em: 08 de junho de 2021.

ROSSI, Rinaldo de Castilho. **Lugar e Cotidiano no bairro Pernambués na cidade de Salvador-BA: segregação e fragmentação**.194f. Dissertação de Mestrado. Instituto de Geociências da Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Gênero, patriarcado, violência. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

_____,HeleiethIara Bongiovani. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Cadernos Pagu**, n. 16, p. 115-136, 2001.

SANTOS, D. F. et al. Percepção de mulheres acerca daviolência vivenciada. **Rev. Fund. Care Online**, v. 9, n. 1, p.193-199, 2017.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, v.12, p.45-50, 1996.

_____, Lilia Blima et al . Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 221-242, 1999.

_____, Lilia Blima. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? **Revista USP**, São Paulo, n.51, p. 104-113, set-nov, 2001.

_____, Lilia Blima. Equidade de Gênero e Saúde: o cotidiano das práticas no Programa Saúde da Família do Recife. *In*: VILELA, W; MONTEIRO, S. **Gênero e Saúde: Programa de Saúde da Família em Questão**. São Paulo: ABRASCO, UNFPA, p. 39-58, 2005.

_____, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. *Athenea Digital*, n 14, p. 229-236, 2008.

_____, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 205-216, 2009.

_____, Lilia Blima. Quando o 'êxito técnico' se recobre de 'sucesso prático': o sujeito e os valores no agir profissional em saúde. *Debatedores. Cien. e Saúde Coletiva*, n. 16, v. 7, p. 3041-3042, 2011.

_____, Lilia Blima. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. **Ciênc. e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n 10, p. 2635-2644, 2012.

_____, Lilia Blima. A tecnologia no pensamento de Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves. *In*: SANTOS, Liliana; AYRES, José Ricardo (org.). **Saúde, Sociedade e História**. 1 ed. São Paulo: Hucitec Editora. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2017, p. 55-114.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde da Salvador 2018-2021**.v 2, 1 ed, Salvador, 2018b , 96p.

_____. **Plano Municipal de Saúde da Salvador 2018-2021**.v 1, 1 ed, Salvador, 2018a , 230p.

_____. Diretoria de Atenção à Saúde. Coordenadoria de Atenção Primária à Saúde. **NOTA TÉCNICA DAS/APS – novo CoronavírusN° 09/2020, de 23 de junho de 2020**. Orientações para a Reorganização do Processo de Trabalho da Atenção Primária à Saúde no enfrentamento ao Novo Coronavírus (COVID-19) no município do Salvador, jun., 2020.

SENRA, Laura Carneiro de Mello. Gênero e autonomia: o caso da ação direta de inconstitucionalidade n. 4.424. **Revista Direito e Práxis**, Brasília, v. 9, n. 2, p. 749-780, 2017.

SIGNORELLI, Marcos Claudio; TAFT, Angela; PEREIRA, Pedro Paulo Gomes. Domestic violence against women, public policies and community health workers in

Brazilian Primary Health Care. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 93-102, Jan. 2018.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira; LEAL, Sandra Maria Cezar; Trentin, Daiane; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; VARGAS, Caroline Porcelis; Vieira, Letícia Becker. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enferm. foco**, Brasília, v. 8, n. 3, p. 70-74, Nov, 2017.

SILVA, Bruna Camilo de Souza Lima e. **Patriarcado e Teoria Política Feminista: Possibilidades na Ciência Política**.116 f.Dissertação de Mestrado (Pós-Graduação em Ciência Política). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2019.

TEIXEIRA, C.F; VILASBÔAS, A.L.Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? *In*: PAIM, J. S; ALMEIDA-FILHO, N. de. **Saúde Coletiva: Teoria e Prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. cap 21, p. 287-301.

TESSER D.C; NETO P.P; CAMPOS G.W.S. Acolhimento e desmedicalização social: Um desafio para equipes de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.3, p. 3615-3624, 2010.

VILLELA, Wilza; MONTEIRO, Simone. Atenção à Saúde das Mulheres: Historicizando conceitos e práticas. *In*: _____. (org.). **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**.São Paulo: Associação Brasileira de Saúde Coletiva - Abrasco; Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA, 2005, p. 13-27.

ANEXO A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Dados sociodemográficos

Gênero:

Raça:

Idade:

Formação:

Possui religião? Se sim, qual?

Estado civil:

Função que ocupa no serviço:

Tempo de atuação no serviço:

Experiências profissionais prévias:

- 1- Como está sendo para você trabalhar aqui?
- 2- O que caracteriza este serviço? Quais as principais demandas? Os principais desafios e dificuldades? Como esse serviço se vincula com outros no DS e com outros do município? (Perguntar sobre Nasf e do apoio institucional, caso não apareça)
- 3- O que você entende sobre o termo “Violência Doméstica contra a Mulher”?
- 4- Qual a sua impressão sobre a questão da violência doméstica contra a mulher e o território onde a Unidade está inserida? (Ou como você percebe...)
- 5- Você já atendeu alguma mulher que tenha passado por uma situação de violência doméstica? Se sim, como foi a experiência? (Quais dados você precisou levantar sobre ela? O que lhe chamou mais atenção?)
- 6- No serviço existe algum protocolo estabelecido para o atendimento dos casos de violência doméstica contra a mulher? Se sim, como ele está organizado? Se não, quais são as medidas tomadas?
- 7- Existe algum serviço e/ou profissional (do serviço ou de fora dele) que você pode procurar quando se depara com a situação de violência doméstica?
- 8- Em sua opinião qual o setor responsável pela questão da violência. Por quê?
- 9- Você conhece os serviços de assistência à mulher em situação de violência de Salvador?

- 10- Como você acha que funciona a articulação da rede de saúde na perspectiva do cuidado à mulher que sofre violência doméstica?
- 11- Nesse momento de pandemia, você percebe alguma diferença no enfrentamento à violência contra a mulher? (Tem-se falado sobre? Se observa casos?)
- 12- Existem ações neste serviço destinadas a trabalhar esse tema?
- 13- Como você acha que a Atenção Primária à Saúde pode contribuir no cuidado às mulheres que passam por situações de violência doméstica? (O que você compreende que é a APS? O que o PSF pra você?)
- 14- Aqui no seu trabalho, em algum momento você teve oportunidade de discutir sobre a questão por meio de educação permanente (ex: capacitações) ou algum outro tipo de intervenção?
- 15- O que caracteriza as mulheres que vivenciam relacionamentos violentos? (Caso responda só sobre o território, perguntar no geral)
- 16- No contexto da violência doméstica contra a mulher, qual é o papel do homem?
- 17- E da sociedade?
- 18- Como você, enquanto profissional de saúde, pode contribuir na busca por um adequado enfrentamento desse problema social?
- 19- Você acha que existem fatores que tornam algumas mulheres mais vulneráveis à violência do que outras? Como isso influencia na sua prática assistencial?

ANEXO B

Secretaria
da Saúde

 COORDENADORIA DE GESTÃO DE PESSOAS DA SAÚDE
 SUBCOORDENADORIA DE CAPACITAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE PESSOAL

Salvador, 11 de fevereiro de 2020.

TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

A Secretaria Municipal da Saúde do município de Salvador declara conhecer as normas e resoluções que norteiam a prática de pesquisas envolvendo seres humanos, a Resolução do CNS 466/2012 e a Resolução do CNS Nº 580/2018 e estar ciente das corresponsabilidades como instituição coparticipante, bem como do compromisso de garantir a segurança e o bem-estar dos sujeitos e o sigilo e confidencialidade dados selecionados em seu âmbito para a realização do projeto de pesquisa denominado *Cuidado em saúde à mulher em situação de violência doméstica na perspectiva dos trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família*. O objetivo do estudo é discutir como os trabalhadores da ESF compreendem a questão da violência doméstica contra a mulher/Identificar como as percepções dos trabalhadores da ESF acerca da violência doméstica contra a mulher influenciam no cuidado prestado as mesmas no serviço de saúde. No âmbito desta Secretaria, os dados serão coletados mediante a realização de observação participante, diário de campo e entrevistas semiestruturadas com trabalhadores da USF Professor Humberto Castro Lima. Essa pesquisa está sendo conduzida pela mestrande Laís Melo Andrade, da Universidade Federal da Bahia. A pesquisadora responsável apresentou o projeto à Subcoordenadoria de Capacitação e Desenvolvimento de Pessoas desta Secretaria, obtendo parecer favorável à sua condução após aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,


 Melicia Silva Reis Góes
 Subcoordenadora de Capacitação/CGPS/SMS

OBS.: Este Termo não permite acesso ao lócus de pesquisa para coleta de dados, a pesquisa só poderá ter início após envio de ofício de autorização desta Subcoordenadoria de Capacitação ao Distrito Sanitário e/ou unidade requisitada.

ANEXO C

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: CUIDADO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Pesquisador: Laís Melo Andrade

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34674620.7.0000.5030

Instituição Proponente: Instituto de Saúde Coletiva

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.312.300

Apresentação do Projeto:

O trabalho tem por objetivo principal: Compreender como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da rede de saúde do município de Salvador/BA percebem a violência doméstica contra a mulher e de que forma a percepção que os trabalhadores da ESF têm acerca do problema, influencia no cuidado prestado.

A Violência contra a mulher, alvo de muitas discussões, é um constante desafio, visto que esta é uma das manifestações da violência de gênero mais cruéis e persistentes, que atravessa a história e sobrevive (VILELA & OLIVEIRA, 2016). Pois é um fenômeno que tem sua conformação dentro de estruturas que foram consolidadas nas sociedades desde suas origens, dentre elas a dominação masculina, que dá escopo e legitimidade ao machismo.

Concorda em sua análise da violência na visão foucaultiana, quando esta coloca que as relações de poder que se estabelecem, podem também ser entendidas como relações de opressão e de violência. Deste modo, a violência contra a mulher é tratada enquanto um problema social, sendo necessária sua compreensão para que possa ser eficazmente combatida em suas diversas formas, seja física, psicológica, moral, sexual ou patrimonial, todas estas enquadradas enquanto violência doméstica e familiar contra a mulher (BRASIL, 2006). Violência doméstica atinge também pessoas que não possuem função parental, mas vivem, parcial ou integralmente, no domicílio do agressor, como agregados (as) ou empregados (as). Atenção Primária à Saúde é importante instrumento no

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

enfrentamento à violência contra a mulher, visto que é compreendida enquanto primeiro nível de contato da população com o sistema de saúde, aquele mais próximo às famílias e à comunidade (CECÍLIO et al, 2012). Assim, os profissionais da saúde da família apresentam grande potencialidade para a detecção, abordagem e acompanhamento qualificado das vítimas (PORTO et al, 2014). A literatura brasileira apresenta alguns avanços do sentido de trazer o tema para o debate, colocando violência enquanto um problema de saúde e procurando compreender como as práticas na Atenção Primária à Saúde tem se voltado para a violência doméstica contra a mulher à luz do que o Sistema Único de Saúde propõe enquanto modelo universal, equitativo e integral (PEREIRA-GOMES, 2013; MOREIRA, 2014; CORDEIRO, 2015; MACHADO, 2017; NASCIMENTO, 2019). No entanto, observa-se a necessidade de estudos que aprofundem nos aspectos subjetivos que norteiam as práticas dos trabalhadores, reconhecendo-os enquanto sujeitos detentores de limitações, particularidades e crenças, e que não se detenham apenas aos aspectos técnicos da questão; além do olhar sensível às sutilezas que envolvem a relação trabalhador-trabalhadoras de saúde e mulheres expostas à violência; bem como um maior aprofundamento teórico sobre as relações de gênero que perpassam as estruturas da sociedade e conseqüentemente, a violência doméstica. Utilizando uma abordagem qualitativa, fazendo uso da observação participante e entrevistas semi-estruturadas, a fim de contribuir para preencher lacunas na literatura que, apesar de ampla, a pesquisadora considera que ainda é carente de reflexões. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: A fim de procurar possíveis respostas a tais questionamentos, é necessário entrar em contato com o que estudiosas/os tem produzido sobre os elementos que norteiam as práticas de cuidado em saúde nas situações de violência no âmbito da Atenção Primária. Para isso, o tópico 3.1 irá abordar as discussões teóricas sobre a relação violência/gênero/poder; o tópico 3.2 irá apresentar a violência doméstica enquanto especificidade dentre as diversas formas de violência contra a mulher; no tópico 3.3 será abordada a violência de modo geral enquanto fenômeno do campo da saúde; no tópico 3.4 o trabalho em saúde será discutido, e finalmente no tópico 3.5, apresentamos a Teoria Geral do Cuidado enquanto perspectiva teórica para análise das práticas de cuidado na saúde. Este estudo caracteriza-se como um estudo qualitativo. “Trabalhando com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos” (p.22). Aplicando a observação participante “é uma metodologia muito adequada para o investigador apreender, compreender e intervirem-nos diversos contextos em que se move” (p. 727), que proporciona o pesquisador se aproxime do cotidiano e dos sujeitos em suas dimensões socioculturais e históricas. Trata-se de um estudo qualitativo realizado em uma Unidade de Saúde da Família no

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

município de Salvador/BA, com utilização de entrevistas semiestruturadas, observação participante e produção de diários de campo para a construção dos dados.

O presente estudo será realizado no município de Salvador, este possui cerca de 2.872.347 habitantes (IBGE, 2019) e sua organização territorial na saúde se dá por meio de Distritos Sanitários, totalizando 12. O município possui a cobertura de atenção primária mais baixa dentre as capitais do Nordeste, 36% no global e apenas 30% considerando apenas a cobertura de Saúde da Família (SESAB, 2018). No que tange a violência contra a mulher, Salvador conta com uma rede de serviços assistenciais no enfrentamento. Dentre os principais estão o Centro de Referência Loreta Valadares, que presta atendimento psicológico, social e jurídico para mulheres em situação de violência; o Núcleo de Defesa da Mulher (NUDEM) vinculado à Defensoria Pública do Estado da Bahia, onde é ofertada orientação jurídica, apoio psicológico, requerimentos de medidas protetivas e encaminhamentos para outros serviços da rede. A pesquisa, já aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde, será realizada em uma Unidade de Saúde da Família, localizada no Distrito Sanitário do Cabula. Esta se destaca por ter sido a USF do município de Salvador que mais realizou notificações de violência contra a mulher entre 2011 e 2019, um total de 12 registros, segundo dados da Secretaria de Vigilância Epidemiológica de Salvador. A Unidade de Saúde da Família em questão acompanha cerca de nove mil indivíduos no bairro de Pernambuezinho, conta com quatro Equipes de Saúde da Família e 1 equipe NASF. Os sujeitos participantes serão todos os trabalhadores da Unidade que aceitem participar do estudo, dentre eles: gerentes, recepcionista, vigilantes, auxiliares de 45 serviços gerais, médicos, odontólogos, auxiliares de odontologia, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais do NASF. Para a análise destes, será utilizada a técnica de Análise de Conteúdo.

Objetivo da Pesquisa:

Refletir acerca da compreensão dos trabalhadores da ESF sobre as origens, causas e consequências da violência doméstica contra a mulher. Identificar como o conhecimento técnico acerca das políticas para mulheres em situação de violência se apresenta nas práticas do cuidado. Identificar se os trabalhadores que compõem as Equipes de Saúde da Família conseguem detectar e intervir em situações de violência doméstica contra a mulher. Entender como funciona a articulação em rede nos casos de violência doméstica contra a mulher. As percepções construídas socialmente pelos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família acerca da violência de gênero contra a mulher

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

influenciam diretamente na forma como o cuidado a essas mulheres são prestados dentro dos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Objetivos específicos:

- Refletir acerca da compreensão dos trabalhadores da ESF sobre as origens, causas e consequências da violência doméstica contra a mulher. - Identificar como o conhecimento técnico acerca das políticas para mulheres em situação de violência se apresenta nas práticas do cuidado. - Identificar se os trabalhadores que compõem as Equipes de Saúde da Família conseguem detectar e intervir em situações de violência doméstica contra a mulher. Entender como funciona a articulação em rede nos casos de violência doméstica contra a mulher.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, o presente estudo não apresenta riscos físicos previsíveis. Existe a possibilidade do/da participante se sentir incomodado em algum momento com a presença da pesquisadora, no entanto, esta se comprometerá a promover a melhor estadia possível durante a pesquisa e os/as participantes terão liberdade para se recusar a participar do estudo a qualquer momento. Este estudo poderá trazer benefícios para os serviços de atenção primária à saúde através da produção de material científico que poderá servir como subsídio para compreensão do fenômeno da violência doméstica contra mulher e utilizado para buscar o aprimoramento das ações de cuidado, que beneficiarão tanto os/as trabalhadores e trabalhadoras de saúde quanto à população.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O objeto da presente emenda, trata dos procedimentos de construção de dados. Na compreensão do momento singular ao qual esta pesquisa se insere, a realização da coleta de dados se dará em dois momentos: no primeiro serão realizadas entrevistas por meio de vídeos-chamada online, e no segundo a observação participante no campo. A realização deste segundo momento dependerá do momento em que a Secretaria Municipal de Saúde permitir a presença da pesquisadora no serviço. Caso essa autorização não aconteça, no período previsto para a coleta de dados deste estudo, utilizaremos apenas os dados coletados através de vídeo- chamadas. Para realização das entrevistas, serão utilizadas plataformas online que permitam a comunicação ao vivo em áudio e vídeo, com duração média de 1 hora. Estas serão selecionadas de acordo com as possibilidades dos participantes em utilizá-las, desde que correspondam aos critérios já citados. São exemplos destas: Whatsapp, Zoom, Google Meet. A quantidade de entrevistas realizadas dependerá dos

Endereço: Rua Basilio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

acontecimentos e disponibilidade dos participantes durante o período da pesquisa e das informações fornecidas pelos pesquisados, podendo então, variar em função da dinâmica do campo.

Será utilizada a observação participante como um dos recursos para realização do estudo. Este segundo momento se dará apenas se houver a autorização por parte da Secretaria Municipal de Saúde para inserção de pesquisadores no campo, com a redução dos índices da COVID-19 no município. Nesse sentido, os protocolos determinados pela Organização Mundial de Saúde serão cumpridos pela pesquisadora, que fará uso de máscara, manterá o distanciamento social de pelo menos 1 metro e fará a higienização das mãos frequentemente durante a observação. Caso a autorização não ocorra, a pesquisa será feita em uma etapa de entrevistas, o que não comprometerá a riqueza de dados e alcance dos objetivos deste estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Dos itens que os protocolos de pesquisa devem conter, observou-se que:

Apresenta Folha de rosto, Declaração de compromisso do pesquisador responsável, Orçamento financeiro (recursos próprios); Cronograma, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

O TCLE atende aos requisitos (pertinentes) das Resoluções CNS N° 466 de 2012, 441 de 2011, 340 de 2004 e 251 de 1997, como: informações do estudo de forma clara; concede oportunidade de esclarecer dúvidas.

Recomendações:

sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva – UFBA analisou, na sessão do dia 29 de setembro de 2020 a emenda ao processo nº 016/20 referente ao projeto de pesquisa em tela.

O objeto da referida emenda foi o esclarecimento acerca dos procedimentos metodológicos para a coleta de dados. A plenária considerou a emenda APROVADA, e em acordo com Resoluções nº 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estando em conformidade com os requisitos éticos.

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n
Bairro: Canela **CEP:** 40.110-040
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7419 **Fax:** (71)3283-7460 **E-mail:** cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta e a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto, classificando-o como APROVADO.

Solicita-se a/o pesquisador/a o envio a este CEP de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1629796_E1.pdf	21/09/2020 21:40:34		Aceito
Outros	JUSTIFICATIVA_EMENDA.docx	21/09/2020 21:36:34	Lais Melo Andrade	Aceito
Outros	RESUMO.docx	21/09/2020 21:34:39	Lais Melo Andrade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_Emenda.pdf	21/09/2020 21:17:31	Lais Melo Andrade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Emenda.pdf	21/09/2020 21:17:08	Lais Melo Andrade	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_EMENDA.pdf	17/09/2020 18:41:07	Lais Melo Andrade	Aceito
Outros	LATTES_VANIA.pdf	04/07/2020 12:32:39	Lais Melo Andrade	Aceito
Outros	LATTES_LAIS.pdf	04/07/2020 12:31:37	Lais Melo Andrade	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	04/07/2020 12:30:16	Lais Melo Andrade	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	04/07/2020 12:28:16	Lais Melo Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COOPERACAO_ESTRANGEIRA.docx	01/07/2020 11:57:08	Lais Melo Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DE_FINANCIAMENTO_PROPRIO.docx	01/07/2020 11:56:25	Lais Melo Andrade	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_COMPROMISSO.docx	01/07/2020 11:54:39	Lais Melo Andrade	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	18/04/2020 14:11:41	Lais Melo Andrade	Aceito

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

UFBA - INSTITUTO DE SAÚDE
COLETIVA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA BAHIA



Continuação do Parecer: 4.312.300

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 01 de Outubro de 2020

Assinado por:
Alcione Brasileiro Oliveira Cunha
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Basílio da Gama s/n

Bairro: Canela

CEP: 40.110-040

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7419

Fax: (71)3283-7460

E-mail: cepisc@ufba.br

ANEXO D

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA PROGRAMA DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado/a para participar da pesquisa: **CUIDADO EM SAÚDE À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NA PERSPECTIVA DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**, realizada pela mestranda em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA), Laís Melo Andrade e orientada pela Profª Drª Vânia Nora Bustamante Dejo.

Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar este Termo para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo se você não aceitar participar ou retirar sua autorização em qualquer momento.

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: Este estudo fundamenta-se na compreensão de que a violência doméstica contra a mulher é um problema de saúde pública que precisa ser melhor compreendido e enfrentado.

O trabalho tem por objetivo principal: Compreender como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família (ESF) da rede de saúde do município de Salvador/BA percebem a violência doméstica contra a mulher e de que forma a percepção que os trabalhadores da ESF têm acerca do problema, influencia no cuidado prestado.

PROCEDIMENTOS: Você será convidado/a para participar de uma entrevista online onde será abordado o tema da violência contra a mulher. Você poderá recusar-se a participar da entrevista ou interrompê-la a qualquer momento, sem nenhuma consequência negativa para você em seu posto de trabalho. Para realização da entrevista, será utilizada uma plataforma para comunicação online por vídeo-chamada, e a pesquisadora utilizará um roteiro semiestruturado e um gravador de voz, por meio do qual registrará as falas dos/das participantes. Você poderá solicitar a interrupção da gravação em qualquer tempo, bem como solicitar o não-uso do registro mesmo após a entrevista ter sido concluída.

Os resultados obtidos por meio deste estudo serão destinados para a produção de material científico: dissertação de mestrado da pesquisadora, artigos científicos e apresentação em eventos científicos. Os resultados serão apresentados para a instituição onde esse estudo será realizado, assim que concluído. Todas as suas informações pessoais serão mantidas em sigilo, garantindo a confidencialidade dos seus dados.

Todas as informações obtidas no estudo farão parte de um banco de dados que ficará sob total responsabilidade da pesquisadora. Em nenhuma hipótese, será feita a gravação do vídeo da entrevista, ou capturas de tela e fotos. Você também não terá nenhum gasto financeiro ao participar desse estudo, na hipótese de que isso aconteça, de maneira

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

comprovada, você será ressarcido. Caso sua participação nesse estudo lhe cause algum dano, mediante comprovação, você será devidamente indenizado.

DESCONFORTOS E RISCOS: O presente estudo não apresenta riscos físicos previsíveis. Durante a realização da entrevista online, a pesquisadora se compromete a garantir que a mesma seja realizada de maneira privada, garante também que os arquivos das gravações das entrevistas serão armazenados de modo a garantir o total sigilo e confidencialidade dos mesmos, evitando possíveis riscos de vazamento de informações. Existe a possibilidade de você se sentir incomodado em algum momento com a presença da pesquisadora, no entanto, esta se compromete a promover a melhor estadia possível durante a pesquisa e você terá liberdade para se recusar a participar do estudo a qualquer momento.

BENEFÍCIOS: Este estudo poderá trazer benefícios para os serviços de atenção primária à saúde através da produção de material científico que poderá servir como subsídio para compreensão do fenômeno da violência doméstica contra mulher e utilizado para buscar o aprimoramento das ações de cuidado, que beneficiarão tanto os/as trabalhadores e trabalhadoras de saúde quanto a população.

CONTATO: No caso de qualquer dúvida sobre esta pesquisa você pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Laís Melo Andrade, estudante de mestrado do Instituto de Saúde Coletiva/UFBA, sob orientação da professora Vânia Nora Bustamante Dejo. Telefone: (79) 99914-8037 – celular e whatsapp. E-mail: laimeloandrade@gmail.com.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você poderá entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva – ISC/UFBA que fica localizado na **Rua Basílio da Gama, s/n – 2º andar – 40110-040 – Salvador – Bahia. Horário de funcionamento: 2ª a 6ª feira, das 8 às 15h. Email: cepisc@ufba.br. Tel. (71) 3283-7419**

O COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP): O papel do CEP é avaliar e acompanhar os aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos. A Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) tem por objetivo desenvolver a regulamentação sobre proteção dos seres humanos envolvidos nas pesquisas. Desempenha um papel coordenador da rede de Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs) das instituições, além de assumir a função de órgão consultor na área de ética em pesquisas.

RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR: Asseguro cumprir as exigências das resoluções 466/2012 CNS/MS, 510/2016 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, explicar e fornecer uma via deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

(Assinatura do pesquisador)

Data: ____ / ____ / ____.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Após ter recebido esclarecimentos sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar e declaro estar recebendo uma via original deste documento assinada pelo pesquisador e por mim, tendo todas as folhas por nós rubricadas:

Nome do (a) participante:

Contato telefônico:

E-mail (opcional):

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu RESPONSÁVEL LEGAL)

Data: ____ / ____ / ____.

Rubrica do pesquisador: _____ Rubrica do participante: _____

ANEXO E



SALVADOR
2021

**REDE DE
ASSISTÊNCIA
À MULHER EM
SITUAÇÃO DE
VIOLÊNCIA
DE
SALVADOR**

SERVIÇOS E CONTATOS PARA A OFERTA DO CUIDADO
UM GUIA PARA AS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA



A LEI MARIA DA PENHA (LEI Nº 11.340/ AGOSTO 2006) CONFIGURA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER QUALQUER AÇÃO OU OMISSÃO BASEADA NO GÊNERO QUE LHE CAUSE MORTE, LESÃO, SOFRIMENTO FÍSICO, SEXUAL OU PSICOLÓGICO E DANO MORAL OU PATRIMONIAL

I - NO ÂMBITO DA UNIDADE DOMÉSTICA, COMPREENDIDA COMO O ESPAÇO DE CONVÍVIO PERMANENTE DE PESSOAS, COM OU SEM VÍNCULO FAMILIAR, INCLUSIVE AS ESPORADICAMENTE AGREGADAS;

II - NO ÂMBITO DA FAMÍLIA, COMPREENDIDA COMO A COMUNIDADE FORMADA POR INDIVÍDUOS QUE SÃO OU SE CONSIDERAM APARENTADOS, UNIDOS POR LAÇOS NATURAIS, POR AFINIDADE OU POR VONTADE EXPRESSA;

III - EM QUALQUER RELAÇÃO ÍNTIMA DE AFETO, NA QUAL O AGRESSOR CONVIVA OU TENHA CONVIVIDO COM A OFENDIDA, INDEPENDENTEMENTE DE COABITAÇÃO.

AS RELAÇÕES PESSOAIS INDEPENDEM DE ORIENTAÇÃO SEXUAL OU IDENTIDADE DE GÊNERO.

DENTRO DA VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER (VDCM) SE ENQUADRAM A **VIOLÊNCIA FÍSICA**, ENQUANTO QUALQUER CONDUTA QUE OFENDA INTEGRIDADE FÍSICA E SAÚDE CORPORAL DA MULHER; A **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA**, OU SEJA QUALQUER CONDUTA QUE CAUSE NA MULHER DANO EMOCIONAL, PREJUDIQUE SUA AUTOESTIMA, PREJUDIQUE SEU PLENO DESENVOLVIMENTO OU TENHA OBJETIVO DE DEGRADAÇÃO OU CONTROLE DE SUAS ESCOLHAS E MODOS DE LEVAR A VIDA; A **VIOLÊNCIA SEXUAL**, ENQUANTO QUALQUER CONDUTA QUE OBRIGUE A MULHER A PRESENCIAR OU PARTICIPAR DE RELAÇÃO SEXUAL NÃO DESEJADA, QUE A INDUZA A UTILIZAR OU COMERCIALIZAR SUA SEXUALIDADE, QUE A IMPEÇA DE UTILIZAR-SE DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS OU A FORCE AO MATRIMÔNIO, GRAVIDEZ, ABORTO OU PROSTITUIÇÃO, OU QUE LIMITE OU ANULE O EXERCÍCIO DOS SEUS DIREITOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS; **VIOLÊNCIA PATRIMONIAL**, ENTENDIDA ENQUANTO SUBTRAÇÃO, RETENÇÃO OU DESTRUIÇÃO DE BENS DA MULHER, NÃO SE LIMITANDO AO ÂMBITO FINANCEIRO (EX: RASGAR ROUPAS, ESCONDER DOCUMENTOS, DESTRUIR FOTOS OU OBJETOS ETC); E A **VIOLÊNCIA MORAL**, OU SEJA, QUALQUER CONDUTA QUE CONFIGURE CALÚNIA, INJÚRIA OU DIFAMAÇÃO (BRASIL, 2006).





SALVADOR CONTA COM UMA REDE DE ASSISTÊNCIA À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA, NESSE SENTIDO, É ESSENCIAL QUE OS/AS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE TENHAM CONHECIMENTO DESSES SERVIÇOS PARA QUE SEJA POSSÍVEL CONSTRUIR UMA ARTICULAÇÃO RESOLUTIVA DE CUIDADO PARA AS MULHERES DO SEU TERRITÓRIO.

É IMPORTANTE TAMBÉM QUE SEJA FEITA A NOTIFICAÇÃO NA FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL DO SINAN EM CASOS **SUSPEITOS OU CONFIRMADOS** DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA, SENDO ESTA DE CARÁTER **COMPULSÓRIO** E DE RESPONSABILIDADE DE QUALQUER PROFISSIONAL.

NOTIFICAÇÃO NÃO É DENÚNCIA!

A NOTIFICAÇÃO FUNCIONA COMO ESTRATÉGIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA EM SAÚDE PARA DETECÇÃO E ACOMPANHAMENTO DE CASOS, PREVENÇÃO E PROMOÇÃO DE POLÍTICAS COM BASE NOS DADOS GERADOS, E NÃO TEM OBJETIVO DE JUDICIALIZAÇÃO DOS EVENTOS.

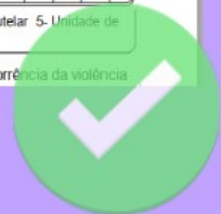
República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde

SINAN
SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO
FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL

Nº

Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.


Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual		
	2	Agravo/doença	VIOLÊNCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA		Código (CID10) Y09	
	3	Data da notificação				
	4	UF	5 Município de notificação		Código (IBGE)	
	6	Unidade Notificadora <input type="checkbox"/> 1- Unidade de Saúde 2- Unidade de Assistência Social 3- Estabelecimento de Ensino 4- Conselho Tutelar 5- Unidade de Saúde Indígena 6- Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7- Outros				
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade		
	9	Data da ocorrência da violência				



Serviços

Em caso de **urgência**, ou seja, estou sendo agredida ou conheço uma mulher que está sendo vítima de agressão **nesse exato momento**.

 **LIGUE 190**
POLÍCIA MILITAR

 **LIGUE 180**
CENTRAL DE ATENDIMENTO À
MULHER

Sofro ou conheço alguma mulher que sofre violência doméstica e preciso ir ou levá-la até uma delegacia.

DELEGACIAS ESPECIAIS DE ATENÇÃO À MULHER (DEAM):

1. DEAM BROTAS:

- ENDEREÇO: RUA PADRE LUIZ FILGUEIRAS S/N.
- TELEFONES: (71)3116-7000
- E-MAIL DEAM.BROTAS@PCIVIL.BA.GOV.BR

2. DEAM PERIPERI:

- ENDEREÇO: RUA DR ALMEIDA S/N PRAÇA DO SOL.
- TELEFONES: (71) 3117-8217 / 8205


É importante destacar que nem sempre a mulher está preparada para prestar queixa, esse é um processo individual que deve ser respeitado!

Vivencio ou conheço uma mulher que vive em um relacionamento abusivo. Ela sofre com a violência doméstica, mas tem medo, ela não quer ir à delegacia, porém precisa de um acolhimento.

Os serviços abaixo ofertam assistência psicológica, jurídica e de assistência social. Neles, as mulheres recebem o aconselhamento adequado e os encaminhamentos necessários.

CENTRO DE REFERÊNCIA DE ATENÇÃO À MULHER LORETA VALADARES:


- ENDEREÇO: ALMIRANTE COELHO NETO, 01 – BARRIS

- TELEFONE: (71) 3235-4268/  (71) 99701-4675

- E-MAIL: CRAMLV@SALVADOR.BA.GOV,BR

CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO À MULHER ARLETTE MAGALHÃES - CREAM:

- ENDEREÇO: RUA JOSÉ SEIXAS FILHO, 11 CH - FAZENDA GRANDE 2

- TELEFONE: (71) 3611-5305/  (71)98791-7817

CENTRO DE ATENDIMENTO À MULHER SOTEROPOLITANA IRMÃ DULCE - CAMSID:

- ENDEREÇO: RUA LÉLLIS PIEDADE, NÚMERO 63, RIBEIRA (PRÓXIMO A IGREJA NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO)

- TELEFONE: (71) 3611-6581

Fui vítima ou conheço uma mulher que foi vítima de violência sexual e necessitamos de assistência

SERVIÇO AME (SERVIÇO DE ATENDIMENTO ÀS MULHERES EXPOSTAS À VIOLÊNCIA SEXUAL) - HOSPITAL DA MULHER MARIA LUZIA COSTA DOS SANTOS

- ENDEREÇO: RUA BARÃO DE COTEGIPE, 1153 – LARGO DE ROMA
- TELEFONE: (71) 3034-5005 OU 4141-6520/ 0800-071-4000 (CENTRAL SESAB)

INSTITUTO DE PERINATOLOGIA DA BAHIA (IPERBA):

- ENDEREÇO: RUA TEIXEIRA DE BARROS, Nº 72, BROTAS
- TELEFONE: 71 3103-9300 /9350

SERVIÇO VIVER (SERVIÇO DE ATENÇÃO À PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL)- IML:

- ENDEREÇO: AV. CENTENÁRIO, S/N - VALE DOS BARRIS
- TELEFONES: 71 3117-6700/  (71) 98400-5436
E-MAIL: SERVICOVIVER@SDHDS.BA.GOV.BR

(ASSISTE NÃO APENAS MULHERES, MAS QUALQUER ADULTO OU CRIANÇA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL)

Estou sob medida protetiva ou conheço uma mulher que está sob medida protetiva, porém, esta vem sendo descumprida pelo agressor e precisamos de assistência.

RONDA MARIA DA PENHA, REALIZADA PELA POLÍCIA MILITAR DA BAHIA:

- DISTRITO INTEGRADO DE SEGURANÇA PÚBLICA (DISEP) - RUA DR. ALMEIDA S/N PRAÇA DO SOL, PERIPERI.
- CONTATO: (71) 3117-8224

Outros serviços da Rede

COORDENADORIA DA MULHER - TRIBUNAL DE JUSTIÇA DO ESTADO DA BAHIA:

- ENDEREÇO: 5ª AVENIDA DO CAB, Nº 560, 3º ANDAR, SALA 303 DO ANEXO, CENTRO ADMINISTRATIVO
- TELEFONES: (71) 3372-1895
- E-MAIL: COORDENADORIAMULHER@TJBA.JUS.BR

GRUPO DE ATUAÇÃO ESPECIAL EM DEFESA DA MULHER E POPULAÇÃO LGBT (GEDEM), VINCULADO AO MINISTÉRIO PÚBLICO DA BAHIA:

- ENDEREÇO: JARDIM BAIANO - R. ARQUIMEDES GONÇALVES, 142 - NAZARÉ
- TELEFONES: (71) 3321/1949
- E-MAIL: GEDEM@MPBA.MP.BR

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES, INFÂNCIA E JUVENTUDE - SPMJ:

- ENDEREÇO: AVENIDA ESTADOS UNIDOS, 397 - EDF. CIDADE DO SALVADOR, 5º ANDAR, COMÉRCIO.
- TELEFONE: (71) 3202-7300

SECRETARIA DE POLÍTICAS PARA MULHERES - SPM/BA

- ENDEREÇO: AV. TANCREDO NEVESM, N. 776 - BLOCO A, 3º ANDAR
- TELEFONE: (71) 3117-2818

CASAS ABRIGO:

(SOB RESPONSABILIDADE DA SJDHDS - SECRETARIA DE JUSTIÇA, DIREITOS HUMANOS E DESENVOLVIMENTO SOCIAL)

OS ENCAMINHAMENTOS PARA AS CASAS ABRIGO SÃO FEITOS PELA SEMPRE (SECRETARIA DE PROMOÇÃO SOCIAL, COMBATE À POBREZA, ESPORTES E LAZER):

- ENDEREÇO: AVENIDA ESTADOS UNIDOS, 50, EDIFÍCIO SESQUICENTENÁRIO, 6º E 7º ANDAR

VARAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR DE SALVADOR**I VARA:**

- ENDEREÇO: FÓRUM RUY BARBOSA, 4º ANDAR, SALAS 421 E 422
- TELEFONES: (71) 3320-9718

II VARA:

- ENDEREÇO: FÓRUM RUY BARBOSA, 2º ANDAR, SALA 240
- TELEFONE: (71) 3320-6584

III VARA:

- ENDEREÇO: FACULDADE UNIJORGE, AV. PARALELA
- TELEFONE: (71) 3366-0234/3604

IV VARA:

- ENDEREÇO: FÓRUM RUY BARBOSA, 1º ANDAR, SALA 22
- TELEFONE: 3320-6824

**CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS)
CENTROS DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADOS DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
(CREAS)****Onde buscar assistência jurídica?****NÚCLEO DE DEFESA DA MULHER – NUDEM, VINCULADO À
ESPECIALIZADA DE DIREITOS HUMANOS DA DEFENSORIA PÚBLICA DO
ESTADO DA BAHIA:**

- ENDEREÇO: AVENIDA ULISSES GUIMARÃES, Nº 3.386, EDF. MULTICAB
EMPRESARIAL, 3ª ANDAR – SUSSUARANA.
- TELEFONE: DISK 129 OU 0800 071 3121 (DEFENSORIA PÚBLICA)



Salvador conta ainda com uma Rede de Enfrentamento à Violência contra as mulheres, constituída por organizações de mulheres e representantes das diversas políticas públicas. Essa rede discute a articulação, encaminhamentos, qualidade da assistência e estratégias de cuidado.

- CONTATO: gtdaredemulherviolençia@gmail.com

Todos os serviços listados são diferentes portas de entrada que podem ser acessadas pelas mulheres, dependendo da necessidade individual de cada uma delas.



Em caso de dúvidas, busque qualquer um dos serviços para obter orientações sobre como proceder diante de casos de violência contra a mulher.

**MATERIAL ELABORADO POR: LAÍS MELO ANDRADE - MESTRANDA DO
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA.
ORIENTAÇÃO: PROF^a DR^a VANIA NORA BUSTAMANTE DEJO
REVISÃO: PROF^a FRANCISCA ELEONORA ASANUMA SCHIAVO
CONTATO: LAISMELOANDRADE@GMAIL.COM
(79)99914-8037**

REFERÊNCIAS:

BRASIL. LEI 11.340 DE 7 DE AGOSTO DE 2006. CRIA MECANISMOS PARA COIBIR A VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER, NOS TERMOS DO § 80 DO ART. 226 DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL, DA CONVENÇÃO SOBRE A ELIMINAÇÃO DE TODAS AS FORMAS DE DISCRIMINAÇÃO CONTRA AS MULHERES E DA CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER; DISPÕE SOBRE A CRIAÇÃO DOS JUIZADOS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA E FAMILIAR CONTRA A MULHER; ALTERA O CÓDIGO DE PROCESSO PENAL, O CÓDIGO PENAL E A LEI DE EXECUÇÃO PENAL E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.PLANALTO.GOV.BR/CCIVIL_03/_ATO2004-2006/2006/LEI/L11340.HTML](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11340.html)

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. INSTRUTIVO: NOTIFICAÇÃO DE VIOLÊNCIA INTERPESSOAL E AUTOPROVOCADA. 65 P. BRASÍLIA, 2015.