



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2018

EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva (mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Stela Narazeth Meneghel

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Fonseca, Evirlene de Souza da
Equidade na atenção às mulheres em situação de
violência na atenção básica de saúde / Evirlene de
Souza da Fonseca. -- 2018.
94 f.
Orientadora: Stela Nazareth Meneghel.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,
2018.

1. violência contra mulher. 2. equidade de gênero.
3. atenção primária a saúde. I. Meneghel, Stela
Nazareth, orient. II. Título.

EVIRLENE DE SOUZA DA FONSECA

**EQUIDADE NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA
ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título Mestre em Saúde Coletiva (mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Stela Narazeth Meneghel

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Miriam Diaz Gutierrez
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Izabella Barison Matos
Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

Prof^a. Dr^a. Marlene Neves Strey
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC-RS

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Stela Nazareth Meneghel, pela sua generosidade, sua força e sua escuta. Obrigada por sua orientação segura, precisa e respeitosa e também, por acreditar em minha capacidade e me propor grandes desafios.

À Gabriela e a Karla, secretarias do PPGCol, pelo importante apoio, gentileza, competência e carinho com que atendem as demandas do programa.

À UFRGS por me proporcionar experiências de ensino, pesquisa e extensão.

Aos profissionais de saúde que gentilmente cederam seu tempo e se dispuseram a compartilhar comigo suas ideias, suas esperanças e algumas frustrações do cotidiano do seu trabalho.

A Marlene Superti e ao José Luiz Mansur, do Núcleo de Apoio de Saúde da Família da SMS/Porto Alegre, por me acolherem e por terem dado todo apoio nesta minha trajetória acadêmica.

As mulheres de minha banca, por terem aceitado compartilhar suas experiências e saberes comigo. Fonte de inspiração!

As minhas amigas, Aline Reser, Mariana Marchioro, Barbara da Silva, Sabrina Vresinski, Patrícia Soares, Daiane Dolejal e Deise Junqueira, pelo carinho e a constante presença em minha vida.

Às grandes mulheres da minha família: Minha mãe Marlene Fonseca (*in memoriam*) pela sua lembrança doce e carinhosa, a minhas irmãs Dirlene, Diverlene e Tatiane, e também, as minhas sobrinhas Francielly, Sabrina, Larissa, Juliana e Antônia pelo afeto, ternura e apoio incondicional de sempre.

Ao meu pai Jorge Fonseca, pela sua calma e generosidade e ao meu irmão Diverley, por estar sempre perto e disponível para acolher a todos.

Ao meu companheiro de todas as horas, amigo de todos os momentos, Luis Franz, por tudo, agradeço-te sinceramente!

RESUMO

A violência é um fenômeno social complexo, multifacetado e de grande magnitude, presente nas mais diferentes realidades históricas, culturais e sociais, sendo um comportamento social exacerbado em determinadas culturas e relações de poder. A violência contra a mulher, por sua vez, manifesta-se de diversas formas e com diferentes graus de severidade, sendo considerada qualquer conduta baseada no gênero, que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico, tanto no âmbito público como no privado. Neste contexto, a presente pesquisa tem por objetivo conhecer a equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica. Esta pesquisa trata-se de um estudo de caso, com abordagem qualitativa, cujas informações foram produzidas por meio de observação participante no território, dados de notificação de violências, visitas domiciliares, reuniões de equipes, grupos focais em Unidades Básicas de Saúde do Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal, em Porto Alegre (RS), com trabalhadores de saúde e, ainda, pelo relato de um caso exemplar. Foi realizada análise temática, buscando entender as percepções sobre as violências, as ações realizadas (e não realizadas), a produção de sentidos e o posicionamento nas relações entre trabalhadores de saúde e usuárias em situação de violência. Dentre os principais achados destaca-se o fato de que os trabalhadores da saúde não percebem a violência em uma dimensão que implique na perspectiva de gênero, a constatação da onipresença da violência estrutural como o principal determinante e entrave às ações de atendimento e acolhimento de situações de violência. Ademais, a dificuldade da articulação da rede de atendimento à mulher em situação de violência como um todo mostrando-se incapaz de dar visibilidade e acolhimento às mulheres em situação de violência. Por fim, para evidenciar ao menos em parte, o quanto um olhar pormenorizado poderia contribuir para compreender e diminuir o sofrimento imposto às mulheres vítimas de violências, apresenta-se um caso exemplar, o qual se desenrola em meio à rota crítica vivida por duas vítimas de violência, envoltas em uma trágica história familiar.

Palavras-chave: violência contra mulher; equidade de gênero; atenção primária a saúde.

ABSTRACT

Violence is a complex social phenomenon, multifaceted and of great relevance, present in the most different historical, cultural and social contexts, being an exacerbated social behavior in certain cultures and power relations. Violence against women, in turn, manifests itself in different ways and with different degrees of severity, being understood as any conduct of gender that causes death, damage physical, sexual or psychological suffering, both in the public and private spheres. In this context, this research aims to know the equity in attention to women in situations of violence in primary health care. This research is a case study, with a qualitative approach, in which the information was produced through participant observation in the territory, data of violence notifications, home visits, team meetings and focus groups in Basic Health Units, with health workers and also by the report of an exemplary case. A thematic analysis was carried out, trying to understand the perceptions about the violence, the actions realized (and not realized), the production of meanings and the positioning in the relations between health workers and users in situations of violence. Among the main findings, it must be emphasized that health workers do not perceive violence in a dimension that implies a gender perspective. It is also noted the omnipresence of structural violence as the main barrier to several actions for care and reception of situations of violence. In addition, the difficulty of articulation the health care network as a whole makes it difficult the visibility and reception of women in situations of violence. Finally, to highlight at least in part, how a detailed look could help to understand and reduce the suffering imposed on women victims of violence, presents a case in point, which happens through the critical path experienced by two victims of violence, wrapped in a tragic family history.

Keywords: violence against women; gender equity; primary health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	EQUIDADE (OU AUSÊNCIA DELA) NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....	10
2.1	Equidade de gênero: uma discussão inicial.....	10
2.2	Violência de gênero contra a mulher	13
2.3	Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra a mulher	16
2.4	Atenção básica em saúde: Uma breve contextualização.....	18
2.5	(In)equidade na Atenção Básica – o contexto de Porto Alegre.....	22
2.6	Vigilância das violências	25
3	OBJETIVOS DE PESQUISA.....	28
4	CAMINHOS DE PESQUISA	29
4.1	Tipo de Estudo e métodos utilizados	29
4.2	Cenários da Pesquisa.....	31
4.3	Produção de dados.....	32
4.4	Sujeitos do Estudo.....	33
4.5	Aspectos Éticos	35
5	RESULTADOS.....	36
5.1	Descrição do território – “A Vila Cruzeiro”.....	37
5.2	Violências: definições e tipos.....	44
5.2.1	A violência estrutural na fala dos trabalhadores de saúde.....	45
5.2.2	Violência contra criança.....	50
5.2.3	Violência Contra Idoso.....	53
5.2.4	Violência Contra Mulher.....	55
5.3	Ações realizadas (ou não) pelos profissionais frente às violências contra as mulheres	63
5.3.1	Notificação da violência contra a mulher	63
5.3.2	Atuação da rede de atendimento à mulher em situação de violência	72
5.4	Caso exemplar: Ana, uma vida marcada pela violência	77
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	82
	REFERÊNCIAS.....	85

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Básica à Saúde (ABS) consiste em um terreno fascinante, complexo e desafiador. A variedade de situações, histórias ou descobertas que podemos vivenciar em seu universo de possibilidades é imensa, senão incalculável. Portanto, observar a atenção prestada a mulheres na ABS pode nos trazer um sentimento tão profundo quanto o olhar de quem se põe frente a um oceano desconhecido, mas com o desejo de se lançar nele na esperança de descobrir o que seus limites escondem. Com este espírito, de sentir-se pequeno diante de tantas possibilidades, mas também, de se sentir provocado pela perspectiva de descobertas ocultas, que me sensibilizei com elementos na atenção básica à saúde que envolvia violência e questões de gênero. Não bastasse isso, percebi que de forma complementar e mais aprofundada, aspectos envolvendo violência de gênero – sobretudo, contra a mulher – estavam indissociavelmente presentes, mas talvez, não visibilizados pelo setor da saúde como deveriam, principalmente no que se refere ao acolhimento e atenção, assim como em relação a estudos acadêmico-científicos.

O interesse por este tema de pesquisa iniciou, ainda no Bacharelado de Saúde Coletiva, enquanto aluna “petiana”, fazendo parte do Programa de Educação pelo Trabalho para a saúde (PET) no campo das vigilâncias e das violências desenvolvido no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, nos anos de 2013 a 2015 (Meneghel, Fonseca, Silva, 2017). O trabalho, as observações e o interesse continuaram, durante o estágio curricular da autora no Bacharelado de Saúde Coletiva, realizado junto à equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), ainda no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal, partindo do interesse em aprofundar a discussão de como a violência estrutural e suas possíveis consequências estavam sendo percebidas pelos indivíduos que atuavam ou viviam no local. A reflexão teórica sobre as violências neste território foi desenvolvida no Trabalho de Conclusão de Curso denominado: “Entre as violências, o medo e o protagonismo social: vivências em um distrito de saúde, Porto Alegre, 2016”, publicado na Revista Saúde em Redes (Fonseca, Meneghel, 2016).

Tendo em conta as inquietações produzidas, pareceu inevitável e imprescindível buscar respostas para a invisibilidade da violência contra a mulher na

atenção básica à saúde. Estas percepções ou inquietações evoluíram para o que se tornou uma questão central de pesquisa, que carrega como cerne de seu tema a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica.

Frente a tais aspectos, encontrei aqui um desafio maior, que consistia em transmitir da forma mais adequada possível ao leitor meus caminhos de pesquisa, minhas descobertas, bem como a articulação e consolidação adequada das informações colhidas em campo.

De imediato, e em um primeiro esforço de situar o leitor quanto ao marco teórico que sustenta a pesquisa, inicio uma contextualização quanto às situações envolvidas no tocante ao acolhimento equânime da mulher na atenção básica. Após isso, procurei aprofundar gradualmente em várias seções os elementos que fundamentam a atenção básica até chegar à discussão que busca compreender e esclarecer a violência de gênero contra a mulher.

Este conteúdo é complementado, na sequência, pela apresentação dos objetivos do trabalho e dos caminhos de pesquisa utilizados para atender tais objetivos.

Os resultados são apresentados por mim em quatro seções principais, onde dedico-me inicialmente a expor uma descrição do território onde ocorreu a pesquisa, a Vila Cruzeiro. Após isso, na seção denominada Violências: definições e tipos aprofundo uma discussão que contextualiza a violência estrutural pela fala dos trabalhadores de saúde e ainda elenco suas percepções quando a violências no âmbito das crianças, dos idosos e contra a mulher. Os resultados ainda trazem uma seção na qual é discutida as ações realizadas (ou não) pelos profissionais frente às violências contra as mulheres, tanto pela ótica da notificação da violência contra a mulher, quanto pela atuação da rede de atendimento à mulher em situação de violência. Como fechamento ao Capítulo complemento às descobertas apresentando ao leitor, o caso exemplar de uma vítima que tem sua vida marcada pela violência.

2 EQUIDADE (OU AUSÊNCIA DELA) NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

2.1 Equidade de gênero: uma discussão inicial

Primeiramente, se faz necessário conceituar a equidade, considerada um princípio doutrinário do Sistema Único de Saúde (SUS), relacionado com os conceitos de igualdade e de justiça social. A equidade possui uma dimensão ética e se refere à ação propositiva para dirimir diferenças evitáveis e injustas, no âmbito histórico e social (Fonseca, 2005). Raramente é possível equiparar igualdade com equidade, sempre estando presente alguma ressalva ou restrição para que haja total igualdade. Mooney (2014) alerta para a importância de distinguir equidade horizontal e vertical, em que a primeira refere-se ao tratamento igual de iguais e a segunda refere-se ao tratamento desigual para pessoas diferentes. O conceito de equidade aplica-se a vários campos do conhecimento e pode ser ampliado para incluir a questão de gênero.

A equidade de gênero aborda as diferenças injustas na vida de homens e mulheres e nas barreiras de acesso aos cuidados e aos ambientes promotores de saúde e bem estar. Refere-se às diferenças que ocorrem entre os sexos, embora possa ser considerada em relação a um dos sexos apenas, objetivando tratar segundo suas necessidades, os diferentes tipos de mulheres que apresentam características específicas (Jacques *et al.*, 2017). A equidade de gênero não deve ser identificada com um único valor, seja com os pressupostos do feminismo da igualdade, seja com os do feminismo da diferença, mas com uma pluralidade de princípios normativos que contemplam aspectos associados tanto ao direito à igualdade como à diferença. Essa visão ampla de equidade contempla as especificidades das mulheres negras, lésbicas, rurais, pobres e indígenas.

Um aspecto importante em relação às ações voltadas à equidade é o princípio da transversalidade de gênero, formulado na Conferência de Beijing (1995), a ser adotado em todas as políticas públicas do Estado. Transversalidade de gênero compreende a elaboração de uma matriz que oriente competências políticas, institucionais e administrativas e responsabilize os agentes públicos em relação à

superação das assimetrias de gênero nas distintas esferas do governo (Bandeira, 2004)

As mulheres possuem maior longevidade, apesar dos problemas devido à função reprodutiva e à incidência de enfermidades específicas, portanto é esperado e observado que elas utilizem os serviços de saúde mais frequentemente que os homens. A equidade de gênero no setor saúde não objetiva a obtenção de alcançar taxas iguais de mortalidade e morbidade para mulheres e homens, mas sim, a eliminação de determinantes evitáveis no adoecimento e na morte. A equidade de gênero na atenção à saúde não se manifesta por cotas iguais de recursos e serviços para homens e mulheres, pelo contrário, ela exige que as práticas de saúde se ofertem diferencialmente, de acordo com as necessidades particulares de cada sexo e em cada contexto socioeconômico (Gómez, 2002).

Apesar da morbidade e procura aos serviços de saúde ser maior entre as mulheres, este maior consumo não constitui necessariamente uma expressão de privilégio social. As diferenças na utilização de serviços segundo gênero decorrem de tipos de necessidades de atenção diferentes e fatores estruturais e institucionais que facilitam ou obstruem o acesso aos serviços (Travassos *et al.*, 2002). A socialização de gênero, por meio da qual os homens são ensinados a minimizar os sintomas de doença, também atua nesta distribuição diferencial de busca de serviços. Por outro lado, as expectativas sociais em relação ao papel de cuidadoras fazem com que as mulheres aprendam a familiarizar-se com a detecção precoce de sinais/sintomas e procurem os serviços de saúde mais precocemente e em maior frequência (Giffin, 2002).

Cabe lembrar que as mulheres possuem necessidades específicas em relação à saúde, devido às questões reprodutivas que geram demandas referentes à anticoncepção, gravidez, parto e puerpério. Contudo, um viés de gênero comum nos serviços de saúde é o de tratá-las apenas enquanto reprodutoras. Este fato ocorre quando são vistas apenas em sua função de mães, como em relação ao diagnóstico de HIV focado no grupo de gestantes, estimuladas a usar medicamentos para proteger ao bebê e não a si mesmas (Bastos e Szwarcwald, 2000).

Apesar do exposto, a maior utilização de serviços por parte das mulheres não é uma constante em todos os grupos sociais. Pelo contrário, as diferenças por sexo

na utilização de serviços de saúde podem representar inequidades e devem ser avaliadas segundo fatores econômicos, idade, etnia e lugar de residência, assim como em relação ao tipo de financiamento e organização dos serviços.

As mulheres não podem ser consideradas como um todo homogêneo, tendo em conta que há uma série de diferenças que potencializam as vulnerabilidades. Mulheres negras e indígenas, lésbicas ou trans, prostitutas, migrantes, em situação de violência e de exploração sexual, muitas vezes são invisibilizadas ou tratadas de modo preconceituoso, o que as leva a não retornar aos serviços. A título de exemplo, no Brasil, constata-se que mulheres negras e pobres referem menor número de consultas médicas e exames preventivos do que as brancas (Bairros e Meneghel, 2011), assim como as indígenas e migrantes.

Os fluxos migratórios contemporâneos têm sido constituídos por uma parcela expressiva feminina e as migrantes geralmente possuem dificuldade de acesso a serviços de saúde. Essas mulheres enfrentam dificuldades de comunicação e sofrem preconceitos pelos hábitos particulares que trazem das culturas de origem, além de constituir um alvo fácil de exploradores e atravessadores que lhes destinam empregos precários, incluindo o trabalho sexual forçado (Ceccon, Meneghel, Portes, 2016).

A maior utilização feminina de serviços de saúde mascara a existência de inequidades de gênero, que ocorrem não apenas quando há barreiras de acesso ao serviço, mas quando o atendimento não é adequado (em termos de acolhimento, vínculo e resolutividade), quando há desrespeito, discriminação ou preconceito em relação à usuária, quando existem meios eficazes de tratamento e não foram usados por razões ligadas a gênero, quando são impostas condutas sem esclarecimento ou consentimento incluindo a omissão de orientações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos.

Ainda cabe ressaltar que existe inequidade de gênero segundo etapas do ciclo vital, raça/etnia, orientação/identidade sexual, situação socioeconômica e utilização de serviços e tecnologias de saúde, o que decorre, em última análise, quando a mulher atendida não está sendo considerada em sua integralidade.

O objetivo desta pesquisa é conhecer como se dá a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde. Contudo, antes de

conhecer como os serviços procedem em relação à violência de gênero perpetrada contra a mulher – tema central desta pesquisa – se faz necessário discutir alguns pontos incluindo a violência de gênero contra a mulher, as políticas públicas de enfrentamento, a caracterização da atenção primária à saúde e seu contexto histórico, as (in)equidades na atenção básica à saúde e para apresentar por fim, a vigilância das violências.

2.2 Violência de gênero contra a mulher

A violência é um fenômeno social complexo, multifacetado e de grande magnitude, presente nas mais diferentes realidades históricas, culturais e sociais. Não é uma manifestação natural do humano, mas um comportamento social, exacerbado em determinadas culturas e decorrente de relações de poder (Chauí, 1985). Tem sido caracterizada como estrutural ou interpessoal, atingindo todos os grupos etários e ciclos da vida, apresentando-se como física, moral, sexual, psicológica e patrimonial. Os seus efeitos produzem sofrimento, danos, agravos, enfermidades e suas manifestações mais graves culminam com a morte por suicídio, homicídio ou feminicídio. As violências relacionadas a gênero dirigem-se aos que não cumprem os papéis designados pela cultura para serem seguidos por homens e mulheres (Ceccon e Meneghel, 2017).

O uso da categoria gênero busca retirar a conotação do biológico, ampliando o foco para a construção social do sexo, tendo sua origem nas ciências sociais que o considera a apropriação social do sexo biológico. Nessa perspectiva, a palavra sexo designa somente a caracterização anátomo-fisiológica dos seres humanos e a atividade sexual propriamente dita e o conceito gênero distingue a dimensão biológica da social (Heilborn, 2002).

Joan Scott (1995) define gênero como um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos, e uma forma de dar significado às relações de poder. A partir dessa definição, Scott elenca quatro elementos necessários para entender a categoria gênero: 1) os símbolos culturalmente disponíveis sobre as representações simbólicas acerca de cada um dos sexos, 2) um conjunto normativo que define o feminino e o masculino; 3) o

binarismo de gênero e, por fim, 4) a identidade sexual subjetiva pautada em prescrições. A autora sublinha que nenhum destes elementos atua isoladamente, mas ocorrem simultaneamente, como se um fosse reflexo do outro.

Para Scott, as relações de gênero estão imbricadas nas relações de poder, as quais hierarquizam a posição e o status de homens e mulheres ao longo da história. Além disso, a autora já anunciava a ideia de interseccionalidade, afirmando que, “o gênero deve ser redefinido e reestruturado em conjunção com uma visão de igualdade política e social que inclui não somente o sexo, mas também a classe e a raça” (Scott, 1995, p.71-99).

Para Saffioti (2015), encerrar a noção de gênero em uma definição fixa e simples é expor-se a reduzi-lo e diminuir a sua potência, o que levaria a compreender mal seus contornos e sua especificidade histórica. Frente às limitações do conceito de gênero, a autora assume que é melhor utilizar o conceito de patriarcado, que permite um ganho maior em compreensão. Saffioti (2015) entende o patriarcado como o determinante maior, na medida em que ele explicita a existência de uma hierarquia de poder entre homens e mulheres, deixando claro o vetor dominação-exploração. Embora a autora utilize o conceito de gênero, explica que dependendo de como ocorre à apropriação deste conceito, a questão de poder pode ficar minimizada ou até ausente.

Para Saffioti, o patriarcado é o sistema presente na história da humanidade, que, ao longo do tempo, consolidou uma hierarquia nas relações entre homens e mulheres. Ademais, as relações de gênero fazem parte do cotidiano das pessoas e ocorrem em todas as instâncias e em todos os níveis sociais. Assim, o fenômeno da violência de gênero também é transversal à sociedade, ignorando fronteiras de classe social e de raça/etnia (Saffioti, 2015).

Segundo a definição da Convenção de Belém do Pará (1994), a violência contra a mulher é qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

A violência de gênero pode ser perpetrada tanto no sentido homem-mulher, mulher-homem, homem-homem e mulher-mulher, contudo a violência perpetrada por homens contra as mulheres é mais prevalente (Saffioti, 2015). Para Montserrat

Sagot (2009), o contexto familiar configura-se como um espaço social de atos e práticas violentas visto que, as mulheres, na maioria das vezes, são agredidas por homens com os quais elas mantêm algum tipo de relação de intimidade: maridos, namorados ou ex-companheiros. Devido ao vínculo afetivo à dependência financeira, naturalização da situação existente entre vítimas e agressores, romper com tal situação torna-se algo complexo e difícil, o que leva muitas a permanecerem silenciadas frente à violência.

Os processos que envolvem as desigualdades no âmbito familiar são com frequência determinados por gênero e idade. Estes são os principais determinantes das relações violentas que nela se constituem, enquanto na sociedade, além de gênero, a violência é exacerbada pelas condições de classe e raça, diferenciadas de acordo com o espaço público/privado (Meneghel e Hennington, 2007).

A violência contra a mulher além de ser um problema global de saúde pública, se manifesta por meio de diversas formas de opressão, dominação e crueldade que incluem assassinatos, estupros, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial, entre outras (Minayo, 2005). Muitas são as implicações que o fenômeno da violência contra a mulher envolve. Além de ser um problema social, a violência baseada em gênero no âmbito doméstico é um problema de saúde pública, uma vez que afeta também a saúde física e mental da mulher (OMS, OPAS, 2002).

Os motivos que levam as mulheres à permanência nas relações violentas são múltiplos e dentre estes, pode-se destacar o medo, a dependência emocional e econômica, a valorização da família, a preocupação com os filhos, a idealização do amor e do casamento, o desamparo diante da necessidade de enfrentar a vida sozinha, a ausência de apoio social, dentre outros (Mizuno et al., 2010).

Segundo dados apresentados pelo Mapa da Violência de 2015, o Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN) registrou, no ano de 2014, um total de 223.796 vítimas que sofreram os mais diversos tipos de violência. O Mapa da Violência aponta que, duas em cada três dessas vítimas de violência, ou seja, 147.691 foram mulheres que precisaram de atenção médica por violências domésticas, sexuais e/ou outras. Ademais e traduzindo em números diários, a cada

dia do ano de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida (WAISELFISZ, 2015).

No Rio Grande do sul, segundo a Secretaria de Segurança Pública entre os períodos de 2016 e 2017, e referente à violência contra a mulher, observaram-se as seguintes situações: no que tange as ameaças perpetradas contra a mulher, ocorreram 37.946 notificações em 2017; no que se refere à violência física, elas passaram de 22.667 para 22.960; no tocante aos casos de estupro houve 1.574 casos em 2016, contra 1.661 em 2017 (RIO GRANDE DO SUL, 2017).

Estes dados refletem apenas uma parte visível em termos da magnitude do problema que é a violência contra as mulheres, a qual ainda sofre os efeitos das lacunas na atenção integral à saúde, e que vivem imersas em uma teia de violências, sejam elas físicas ou em suas formas mais sutis, mas não menos perversas, já que as notificações constituem apenas uma parcela do total de casos ocorridos. Muitas não buscam os serviços por desconhecimento ou descrédito em relação a eles, falta de autonomia e de redes de apoio e, ainda, medo do agressor, além do horário de atendimento dos serviços aos finais de semana e a noite, quando ocorre mais violência, as delegacias e as UBS estão fechadas. De fato, a violência de gênero contra a mulher, embora tenha sido visibilizada nos últimos trinta anos, ainda precisa ser debatida e denunciada, na busca de políticas públicas para o seu enfrentamento, incluindo, por exemplo, os serviços de atenção básica em saúde.

2.3 Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra à mulher

No Brasil, as políticas públicas referentes à saúde da mulher começaram a ser disponibilizadas nas primeiras décadas do século XX, sendo que nesse período o foco restringia-se às demandas ligadas às questões reprodutivas. Pode-se afirmar que em grande parte do século XX, as mulheres foram atendidas de forma fragmentada e com ênfase no papel social de mãe e esposa, responsáveis pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e dos demais familiares (Brasil, 2004).

No âmbito mundial, desde a I Conferência Mundial da Mulher, na cidade do México, em 1975, pontuou-se a necessidade de formular políticas e programas de atenção a mulheres sob o prisma da igualdade (Pequim, 1995). Na década de 1970, o movimento feminista emergente lutou para introduzir na agenda política nacional as questões relacionadas à desigualdade existente nas condições e situações de vida bem como, nas relações entre homens e mulheres. Ademais, este movimento foi fundamental para denunciar a violência contra a mulher, sob a perspectiva de gênero. Nesse momento, a violência contra a mulher emerge como um problema de saúde pública de grande magnitude, visibilizada e reconhecida tanto pelo movimento feminista quanto pela sociedade e organizações internacionais (Meneghel et al. 2011; Meneghel, Farina e Ramão, 2005).

A partir da metade dos anos 1980 novos temas e lutas continuaram se inserindo no debate acerca dos direitos das mulheres e começaram a ser criados órgãos de defesa como os conselhos estaduais de direitos da mulher e o Conselho Nacional de Direitos da Mulher, que se tornaria em 2004, a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM) com status de ministério. Em 1983 é criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), elaborado pelo Ministério da Saúde e que marcava, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, até então voltados apenas para o binômio mãe-filho (Brasil, 1984).

Vinte anos após a experiência do PAISM teve início à reconstrução de uma nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Brasil, 2004), a partir da proposição de pensar gênero de modo transversal. Ao ser incorporado nas políticas de saúde, o enfoque de gênero permite reconhecer as diferenças e desigualdades existentes entre homens e mulheres e inclui como sujeitos da política, corpos feminizados de mulheres transexuais. Contudo, e apesar destes significativos avanços, ainda hoje, enfrentam-se grandes desafios para promover o reconhecimento da equidade de gênero na atenção à saúde das mulheres (Almeida et al, 2014) .

As mulheres recebem menores salários que os homens pelas mesmas ocupações, houve aumento no número de mulheres chefes de domicílio, e elas continuam a ser submetidas à dupla ou tripla jornada de trabalho, acumulando o papel de cuidadoras e responsáveis pelas crianças e idosos. Tudo isso implica, em

última instância, o que Giffin (2002) afirma ao dizer que elas sejam consideradas “os novos pobres” da sociedade contemporânea.

2.4 Atenção básica em saúde: Uma breve contextualização

A proposta de Atenção Primária à Saúde (APS) surge no ano de 1978, apresentada na “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata. Nesta conferência, foi estabelecido que a APS fosse o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema de saúde. Sendo assim, a APS foi considerada responsável pela identificação e resolução dos principais problemas de saúde dos indivíduos e comunidades, no nível preventivo e curativo, além de reabilitação e de promoção (ALMA-ATA, 1978).

Existem muitos estudos documentados sobre as vantagens e os benefícios desse nível de atenção para a saúde dos indivíduos. Bárbara Starfield é uma das pesquisadoras que possui grande gama de pesquisas relacionadas a esta temática. Starfield (2002) sistematizou o conceito desse nível de atenção em sete atributos essenciais para o atendimento à população: primeiro contato/porta de entrada, longitudinalidade, integralidade, coordenação do cuidado, focalização na família, orientação comunitária e competência cultural. Para tanto, estes atributos ainda devem estar relacionados com três funções essenciais: resolubilidade, comunicação e responsabilização.

Ainda segundo Starfield (2002), uma APS de qualidade e resolutiva só ocorrerá de fato, quando os seus princípios e as suas funções forem executadas e respeitadas em sua plenitude. Logo, para que um serviço de atenção primária possua qualidade, resolubilidade e equanimidade, esses atributos precisam estar arrolados na execução da prática assistencial, individual ou coletiva.

Segundo Giovanella e Mendonça (2012), o que imperou nos países periféricos após Alma-Ata foi a implementação de uma APS seletiva, onde um conjunto específico de atividades e serviços de saúde é elaborado de forma atender especificamente uma população, sendo neste caso a classe pobre. Contudo, a discussão da saúde posteriormente se ampliou. Dessa forma, os movimentos sociais

em âmbito internacional passaram a enfatizar a compreensão da saúde como direito humano e de cidadania, considerando que era necessário abordar os determinantes sociais e políticos mais amplos da saúde e também a necessidade de estabelecer políticas inclusivas e apoiadas por compromissos financeiros e de legislação, de forma a reduzir desigualdades e alcançar equidade em saúde.

As autoras ainda destacam que o Relatório Mundial de Saúde da OMS de 2008, trouxe um novo fôlego para que a APS se revitalizasse. Este relatório aponta a atenção primária à saúde como coordenadora de uma resposta integral em todos os níveis de atenção, não se caracterizando como um programa seletivo (de “pobre para pobres”). Nele, foi integrado um conjunto de reformas com vistas a garantir cobertura universal e institucionalizar a participação social. Neste contexto, o que se propunha era uma atenção primária centrada na pessoa, que desse resposta às necessidades de saúde individuais e coletivas e estabelecesse uma relação duradoura e garantisse a atenção integral e contínua, responsabilizando-se pela saúde de todos os integrantes da comunidade - homens, mulheres, jovens ou velhos - ao longo de todo seu ciclo vital.

No Brasil, a opção escolhida pelo Ministério da Saúde foi a de utilizar o conceito de atenção básica para designar a atenção primária (tendo como sua estratégia principal a Saúde da Família), a qual apresenta-se como reflexo da necessidade de diferenciação entre a proposta da atenção integral à saúde da população e a dos cuidados primários de saúde. Os cuidados primários podem ser pensados como política focada e seletiva a determinados grupos e/ou patologias constituindo uma verdadeira “atenção primitiva à saúde” (Conass, 2011). No presente trabalho, alinhamo-nos ao conceito estabelecido pelo Ministério da Saúde, adotando a terminologia de Atenção Básica à Saúde (ABS).

A ABS caracteriza-se por ser um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (PNAB, 2012).

A atenção básica é ainda orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Ademais, ela considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral (PNAB, 2012).

Ainda no âmbito da PNAB, essa destaca que introduziu em sua estrutura elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção, ao projetar uma AB acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção (PNAB, 2012). Neste contexto, pensar em um sistema de saúde, ao mesmo tempo complexo e que tenha que dar conta de efetivar os princípios apontados na Constituição, revela-se um grande desafio. Assim, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) surgem como forma de garantir a integralidade, universalidade e a equidade da atenção à saúde da população.

Atualmente, o conceito apresentado pela portaria do Ministério da Saúde sobre as RAS, define as redes como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (Brasil, 2010). As redes podem ser consideradas organizações poliárquicas de serviços de saúde, vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permite ofertar atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo e lugar certo, humanizada, com qualidade, custo adequado e responsabilidades sanitárias e econômicas (Mendes, 2011).

Com efeito, a PNAB avançou no reconhecimento de um leque maior de modelagens de equipes para as diferentes populações e realidades do Brasil. Além dos diversos formatos de ESF, houve a inclusão de EAB para a população de rua (Consultórios na Rua), ampliação do número de municípios que podem ter Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais e ESF para as Populações Ribeirinhas (PNAB, 2012).

Neste contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) é definida como a principal estratégia organizativa que reafirma a necessidade de tornar a prática da

atenção na Saúde da Família integral, por meio de responsabilização clínica e territorial, isto é, uma prática integral na atenção às necessidades em saúde dos indivíduos e na corresponsabilidade pela saúde da população no seu território (CONASS, 2011).

A Unidade de Saúde da Família incorpora os princípios do Sistema Único de Saúde e se estrutura a partir da Unidade Básica de Saúde (UBS) e é composta pela equipe formada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitário de saúde e ainda, podendo ser ampliada por profissional dentista, auxiliar de saúde bucal e técnico de saúde bucal. Com intuito de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a resolutividade, a abrangência e o escopo das ações da AB, o Ministério da Saúde criou através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2009).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2012), o NASF se caracteriza na integração de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, que devem atuar de maneira integrada apoiando os profissionais das estratégias de saúde da família compartilhando as práticas e saberes em saúde nos territórios e sob responsabilidade dessas equipes, atuando diretamente no apoio matricial das unidades nas quais o NASF está vinculado.

Cabe ressaltar que as reflexões e discussões aqui apresentadas precisam ser situadas. Esta dissertação foi escrita em um momento de intensos processos de transformação do cenário político brasileiro, trazendo inseguranças, ansiedades e dúvidas. Democracia, direitos e justiça têm sido colocadas em xeque, e incluem-se aí as ofensivas ao Sistema Único de Saúde e à Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Neste contexto, a PNAB 2017 incluiu várias alterações que colocam em risco os princípios constitucionais do SUS, ferindo o princípio da universalidade, na medida em que irá disponibilizar a cobertura total da atenção em saúde apenas para populações em situação de vulnerabilidade. Não bastasse, ela também atinge a equidade, quando propõe reduzir a oferta de agentes comunitários de saúde que, pelas características do seu trabalho no território, identificam pessoas e situações específicas que demandam atenção e cuidado diferenciados. Por fim, atinge a

integralidade, quando aposta em planos privados de saúde cujo objetivo não é prestar atenção de qualidade, mas auferir lucros (FACCHINI, 2017).

2.5 (In)equidade na Atenção Básica – o contexto de Porto Alegre

O território de Porto Alegre tem uma população de 1.481.019 habitantes (IBGE, 2010) os quais estão distribuídos em 17 Distritos Sanitários (DS). As Gerências Distritais (GD) gerenciam dois ou mais DS, descentralizando e operacionalizando as estratégias de planejamento, atenção e vigilância em saúde. O município de Porto Alegre possui oito GD, com população entre 95 e 200 mil habitantes distribuídos da seguinte forma: 1) Norte/Eixo Baltazar, 2) Centro, 3) Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, 4) Leste/Nordeste, 5) Glória/Cruzeiro/Cristal, 6) Sul/Centro Sul, 7) Partenon/Lomba do Pinheiro e 8) Restinga/Extremo Sul (Porto Alegre, 2018).

A rede de serviços de Atenção Básica à Saúde de Porto Alegre é composta pelas Unidades de Saúde de Atenção Básica, pelas Unidades de Saúde para Populações Específicas, pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) e pelos Núcleos de Apoio Matricial da Atenção Básica (NAMAB). Atualmente, 43,4% (99/228) das ESFs contam com o apoio matricial da Atenção Básica em Porto Alegre. Ao todo, são nove NASF e dois NAMAB. Dos nove NASF cadastrados no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES), apenas cinco recebem efetivamente incentivo financeiro do Ministério da Saúde (Porto Alegre, 2018)

A PNAB (2012) indica que para o caso de uma UBS sem Saúde da Família, no contexto de grandes centros urbanos, se permite uma abrangência de até 18 mil habitantes localizados dentro do território. Ao considerar-se uma UBS com Saúde da Família, ainda no caso de grandes centros urbanos, é estabelecido um parâmetro de no máximo 12mil habitantes, a fim de garantir os princípios e diretrizes da atenção básica. Do mesmo modo, cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4000 pessoas e, em média, 3000. Contudo, ao observar o cenário existente em Porto Alegre, o que se percebe, de um modo geral, é um quadro aquém daquele preconizado pela PNAB (2012). Como um todo o município não

possui ABS suficiente para cobrir adequadamente todas suas regiões. Segundo citado pelo próprio relatório tem-se que a Atenção Básica à Saúde, apesar da cobertura populacional estimada pela Atenção Básica no município de 62,5%, apenas 48,2% da população está adequadamente coberta por Equipes de Saúde da Família completas, apenas 29,5% da população está coberta por Agente Comunitário de Saúde (ACS) e apenas 38,4% tem cobertura de Saúde Bucal adequada (Porto Alegre, 2018).

Dessa forma, um artifício apresentado pela prefeitura em seu Plano Municipal de Saúde (Porto Alegre, 2018), consiste em estabelecer um ordenamento de seus Distritos Sanitários tomando por base um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM). Dessa forma, o Município tenta distribuir a partir de um critério minimamente justo os serviços de atenção básica em seu território. Essa escolha oferece uma correlação inversa entre as coberturas populacionais estimadas pelas ESF, ACS, AB e SB e o IDHM – ou seja, em geral a cobertura é maior nos DS com menor IDHM. Com isso, a prefeitura argumenta oferecer equidade na distribuição da maioria dos serviços de atenção básica entre os distritos sanitários. Ela também admite e destaca em seu Plano Municipal de Saúde que, alguns distritos com IDHM baixos, como Restinga e Lomba do Pinheiro, mesmo apresentando coberturas intermediárias, ainda demandam ampliação da atenção básica nesses territórios. De outra forma, há distritos em que essa correlação é mais fraca pelo alto IDH, como no caso do Centro, Noroeste e Cristal (Porto Alegre, 2018).

Atualmente, o município de Porto Alegre possui em torno de 189 equipes de ABS, das quais 153 apresentaram desempenho mediano ou abaixo da média (81%) quando da participação no segundo ciclo do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e Qualidade (PMAQ). Observou-se ainda que 26 equipes foram classificadas como acima ou muito acima da média, 3 tiveram desempenho insatisfatório e 7 equipes foram excluídas (Porto Alegre, 2018). Logo, este cenário aponta para a necessidade de ações de gestão que enfoquem a melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos, particularmente através do aprimoramento do acesso e da qualificação da atenção básica. O município ainda admite que o monitoramento do acolhimento, as atualizações dos territórios adscritos, a informatização e a ampliação do rol de procedimentos ofertados pelas

Unidades de Saúde ainda não são suficientes para diminuir as iniquidades de acesso aos serviços (Porto Alegre, 2018).

Pode-se perceber o quão desafiador é o cenário encontrado no município de Porto Alegre no tocante ao atendimento básico à saúde. Para além de todos os elementos a serem atendidos pelas equipes de saúde, a violência desponta como um agravo de elevada prevalência, sobretudo quando considerado os tipos mais específicos, como é o caso da violência contra a mulher. Ao ser investigado em profundidade o Plano Municipal de Porto Alegre (2018), não foi possível encontrar qualquer referência voltada especificamente ao enfrentamento da violência contra a mulher. O termo violência sempre emerge associado a outras facetas como, por exemplo, o crime armado, a violência no trânsito ou a violência no trabalho.

Em relação ao enfrentamento das violências, tem-se organizado uma rede que inclui os serviços policiais, jurídicos, de saúde e assistência social. Porém, o trajeto das mulheres pelos serviços e instituições que compõem esta rede ainda tem sido pouco avaliado (Sagot, 2000; Kiss et al, 2007). Grande parte busca os serviços de saúde, mas nem sempre são perguntadas sobre a violência; muitas vezes são revitimizadas ou rotuladas de políquelosas ou hipocondríacas, ficando a violência despercebida.

Estudo realizado em Porto Alegre (Meneghel et al, 2011) mostra uma realidade, de certo modo similar a outras cidades brasileiras (Schraiber et al, 2009), observando-se que profissionais do campo da saúde não se sentem capazes de prestar atenção integral às mulheres em situação de violência, limitando-se a tratar as lesões físicas e a referi-las ao setor policial.

A partir da concepção de Rede de Atenção à Saúde e considerando-se os conceitos envolvidos no âmbito da Atenção Básica em Saúde, é preciso identificar como as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e as Unidades de Saúde da Família (USF) estão operando no que tange a equidade na atenção a mulheres em situação de violência, que inclui a identificação dos casos, a escuta não julgadora, o acolhimento e as ações e encaminhamentos.

2.6 Vigilância das violências

No Brasil, embora as violências, incluindo as perpetradas contra as mulheres, tenham sido consideradas problema de saúde pública desde os anos 1990, apenas na metade dos anos 2000, ocorreu a sua inclusão no sistema de vigilância epidemiológica, quando elas passam a ser consideradas agravos de notificação compulsória (CONASS, 2007).

O Ministério da Saúde (MS), em junho de 2006, reconhecendo a magnitude e gravidade do problema da violência no Brasil implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), constituído por dois componentes: a) Vigilância de violência interpessoal e autoprovocada do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (VIVA/SINAN) e b) Vigilância de violências e acidentes em unidades de urgência e emergência (VIVA Inquérito).

No período de 2006 a 2008, a vigilância foi implantada em serviços de referência para violências (centros de referência para violências, centros de referência para DST/Aids, ambulatórios especializados, maternidades, entre outros). A partir de 2009, o Viva passou a integrar o Sistema de Informação de Agravos de Notificação, integrando a Lista de Notificação Compulsória em Unidades Sentinela. Em 2011, ocorreu a universalização da notificação de violência doméstica, sexual e outras violências para todos os serviços de saúde, incluindo-a na relação de doenças e agravos de notificação compulsória em todo o país. Em 2014, foi publicada a nova lista de doenças e agravos de notificação compulsória, incluindo os casos de violência sexual e tentativa de suicídio que passam a ser agravos de notificação imediata (dentro de 24 horas) para as Secretarias Municipais de Saúde.

O objeto de notificação do VIVA/SINAN é a violência doméstica, sexual e de outras violências (psicológica/moral, financeira/econômica, tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção por agente legal) contra mulheres e homens em todas as idades. Os dados são coletados por meio da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências, que contém campos referentes aos dados da unidade notificante, dados demográficos vítima, residência, dados da ocorrência, tipologia da violência,

violência sexual, consequências da violência, lesões decorrentes da violência, dados do provável autor da agressão, evolução e encaminhamento e classificação final do caso (Brasil, 2013).

Ao longo dos anos, com a entrada da notificação de violências no Sinan NET, ampliou-se o número de municípios notificantes e de notificações nos serviços, havendo um aumento do número de municípios notificantes, de 12,8% em 2009 para 26,9% em 2010, considerando o total de municípios brasileiros (5.565 municípios). Em relação ao sexo das vítimas, ressalta-se que 66,6% são ocorrências em mulheres (Brasil, 2013).

Mesmo assim, sabe-se que apenas uma parte das violências é notificada e a situação é pior quando se trata de territórios onde a violência é mais acentuada pela presença do tráfico, onde vigora um segundo Estado e os profissionais de saúde revelam que também se sentem expostos e vulneráveis às violências e possíveis retaliações por parte dos agressores.

Em Porto Alegre, as violências têm ocorrido de modo ascendente, e há regiões de *apartheid*, onde a população negra e jovem tem sido alvo de ações de extermínio, constituindo um verdadeiro genocídio, como Cecília Minayo (1990) já havia denunciado, em relação à Baixada Fluminense no estado do Rio de Janeiro. Em Porto Alegre, dentre. Dentre estas regiões onde há a presença do tráfico e muita violência, destaca-se o Distrito Glória/Cruzeiro/Cristal. Neste território, embora se saiba que a violência é elevada, as notificações são de pequena monta e não refletem a situação real, como apontam os gestores nesta pesquisa.

Frente a este cenário, caberia questionar se as equipes de saúde reconhecem as mulheres em situação de violência, se perguntam a elas quando suspeitam que estejam expostas ou vulneráveis a agressões e, se tomam medidas concretas para o enfrentamento destas situações. A omissão dos profissionais diante destas situações configura um ato de negligência e inequidade frente a usuária, sabendo-se que a violência é um ato de gravidade ascendente que pode culminar com a morte da mulher.

Conforme explicitado até aqui, o conhecimento da equidade na atenção básica à saúde, as questões de gênero e a violência contra a mulher estão

relacionados entre si. Sendo assim, antes de apresentar o tema dessa dissertação, cabe ainda uma breve contextualização das relações entre os pontos discutidos.

Pensando na inter-relação entre violência, gênero e equidade no contexto da atenção básica, os caminhos parecem apontar para a dificuldade, ou mesmo incapacidade dos serviços em compreender e abordar condições que tratam de mulher em situação de violência. Os serviços de atenção básica não reconhecem a violência no seu trabalho cotidiano, já que não existem ações previstas para isso. Não há um protocolo de ações a serem realizadas quando um caso trata de violência doméstica, mesmo que em casos de violência sexual, haja uma norma técnica de atendimento claramente definida, o que não significa também que seja aplicada (Kiss et al., 2007; Meneghel *et al.*, 2011).

Leal et al., (2009) também trazem elementos para entender o possível despreparo das equipes de atenção básica, ainda pensando na relação entre violência, gênero e equidade. Segundo estes autores em torno de 25% a 50% das mulheres, em geral, usuárias dos serviços de saúde, sofrem ou sofreram e convivem ou conviveram com a violência. Contudo, mesmo frente a estas proporções, na maioria das vezes não é realizado nem identificado o registro do caso, com o atendimento sendo focado somente no tratamento das lesões físicas produzidas pelos episódios de violência.

A compreensão da violência associada às inequidades de gênero pode ajudar a perceber as hierarquias de poder presentes na sociedade e vislumbrar possíveis estratégias e ações para lutar contra este agravo, tanto em nível pessoal, quanto nos serviços de saúde, incluindo a atenção básica e as redes. Posto isto, o tema da presente pesquisa é a equidade na atenção às mulheres em situação de violência na atenção básica em saúde e as questões norteadoras referem-se a: os profissionais de saúde da atenção básica estão reconhecendo a violência contra a mulher nas unidades de saúde e/ou no território? Estas violências são notificadas? Que ações são (ou não são) realizadas frente a estas violências?

3 OBJETIVOS DE PESQUISA

A presente pesquisa tem como objetivo geral conhecer se há equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde.

Para alcance do objetivo geral, o presente trabalho apresenta os seguintes objetivos específicos:

- a) Saber se os profissionais de saúde estão reconhecendo a violência contra a mulher no território onde atuam;
- b) Descrever como se dá o atendimento de situações de violência contra a mulher pelas equipes de saúde;
- c) Identificar casos de violência contra a mulher ocorridos no território procedentes de notificações de serviços pertencentes e externos ao Distrito e de outras fontes.

4 CAMINHOS DE PESQUISA

4.1 Tipo de Estudo e métodos utilizados

Este é um estudo de abordagem qualitativa, que visa apreender significados particulares dados pelos sujeitos a fatos, práticas e fenômenos do seu contexto sociocultural. Por meio desta abordagem, torna-se possível obter descrições e explicações sobre os processos sociais no seu próprio meio e a partir da perspectiva dos próprios atores sociais. A construção da pesquisa pauta-se em modalidades horizontais, participativas e de colaboração entre pesquisadores e pesquisados (Minayo, 2000).

Trata-se de um estudo de caso, realizado no bairro Santa Tereza, no DSGCC, no município de Porto Alegre/RS, que buscou compreender como a violência contra a mulher é percebida, atendida e notificada pelos serviços locais de saúde. O estudo de caso, segundo Yin (2015), tem seu uso justificado tendo em conta diversos aspectos dentre os quais destacam-se a necessidade de respostas a questões “como” e “por que” presentes na gênese da pesquisa; quando o investigador tem pouco controle sobre os eventos investigados; e ainda, quando o enfoque está sobre um fenômeno contemporâneo e em um contexto da vida real.

O estudo de caso se revela, portanto, em investigação empírica que se aplica quando há a pretensão de compreender, de forma aprofundada, um fenômeno da vida real, contribuindo para explicar, descrever, ilustrar e explorar situações demasiadamente complexas, que não podem ser explicadas por um raciocínio simples de causa e efeito (Yin, 2015).

Concomitante à compreensão deste trabalho como um estudo de caso, cabe salientar que ele possui ainda contornos, no tocante à produção de dados, de observação participante, devido à atuação da pesquisadora no território, nos grupos focais ou entrevistas coletivas, em reuniões de equipe, na organização dos dados de notificação de violências e nas visitas domiciliares acompanhando os trabalhadores de saúde.

A observação participante, segundo Gerhardt e Silveira (2009), permite que durante a realização de uma pesquisa, o/a investigador/a participe como um membro da comunidade ou população pesquisada. Neste sentido, houve uma incursão no território, em um itinerário no qual a pesquisadora ganhou gradualmente confiança do grupo, influenciando e sendo influenciada pelos trabalhadores de saúde e mostrando a importância da investigação. Assim, e mais uma vez concordando com o que expõe Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa ocorreu em meio ao contato direto da pesquisadora com o fenômeno observado, o que permitiu obter informações sobre a realidade dos atores sociais estudados em seus próprios contextos.

Dentre as várias fontes pesquisadas, houve os grupos focais, que pelo número de participantes que podem ser considerados entrevistas coletivas; as notificações sobre violências obtidas dos serviços terciários de Porto Alegre e enviadas ao Distrito de Saúde Glória/Cruzeiro/Cristal (DSGCC), as visitas domiciliares, as reuniões de equipe e os registros de observações que foram acontecendo ao longo do trabalho. Assim, o texto resultante dos depoimentos dos atores nos grupos de discussão e demais atividades serviu de base para a construção de um *corpus*.

A análise, após a leitura exaustiva do material e da busca de conexões entre os diversos tipos de informação, buscou identificar os temas significativos (Bardin, 1977), centrando-se naqueles referentes à violência contra as mulheres, ou seja, como os trabalhadores percebem as violências perpetradas contra a mulher no território e como elas são atendidas nos serviços. Mesmo assim, não se deixou de pontuar os depoimentos que indicavam, descreviam ou denunciavam outros tipos de violência.

Buscou-se também verificar a existência de conexões entre os depoimentos e os dados de notificação, assim como com as observações da realidade dos serviços, considerando os elementos que os falantes utilizam para construir versões das ações e, também, da construção de suas falas, analisando-se os aspectos contraditórios, as omissões, as justificativas e as lacunas presentes nos discursos dos trabalhadores de saúde ouvidos nos grupos, reuniões e visitas (Iñiguez, 2003).

4.3 Produção de dados

Os dados foram produzidos por meio de grupos focais, uma técnica validada para investigar questões da saúde sob o ângulo do social, porque se prestam ao estudo de percepções de grupos, indivíduos e população acerca de um fato, prática ou serviço (Carlini-Contrim, 1996). O grupo focal pela sua capacidade interativa e problematizadora é uma importante estratégia para propiciar discussões e reflexões que contribuam para (re)pensar atitudes, concepções, práticas e políticas sociais (Ressel *et al.*, 2008).

Os grupos focais foram organizados nas equipes de saúde de sete das oito unidades de saúde do bairro Santa Teresa, as quais o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF/Cruzeiro) presta apoio. O tema dos grupos focais foi a equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica. As questões colocadas nos grupos referem-se quanto à percepção dos profissionais acerca das violências, especificamente as violências contra as mulheres no território, o processo de notificação, as ações realizadas frente a estas situações e a atuação das Redes frente a estes casos. Portanto, para conhecer a equidade de gênero nos serviços de saúde foram considerados os aspectos referentes à identificação das situações de violência, ao acolhimento e às ações de cuidado adotadas pela Unidade de Saúde ou pela Rede, em relação às mulheres.

Foram analisados dados sobre notificações de violências disponíveis na Gerência Distrital e outros produzidos em interações realizadas em diferentes ambientes e situações no território, destacando-se as visitas à comunidade, visitas domiciliares e reuniões com equipes de serviços. Contando-se sempre com a intermediação dos profissionais no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF/Cruzeiro) ligado à Gerência Distrital Gloria/Cruzeiro/Cristal (GDGCC) da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Este processo de composição de informações representa uma maneira de triangulação, aumentando a potência do estudo e é uma forma tradicional de organizar um estudo de caso.

Os dados foram produzidos no período de 2014 a 2015 no âmbito da pesquisa intitulada “Equidade de Gênero nos Serviços de Saúde como um Marcador

de Integralidade na Atenção Básica”, sob a coordenação da Prof^a. Dr^a Stela Nazareth Meneghel (Universidade Federal do Rio Grande do Sul).

Por fim, como fechamento deste trabalho, apresenta-se um caso exemplar, o qual se desenrola em meio à rota crítica vivida por duas vítimas de violência, uma mãe e sua filha, imersas a uma trágica história familiar. Tomou-se o conceito de caso exemplar, entendido a partir da definição de Leal e Leal (2014), como relatos de histórias e/ou itinerários de vida, que possibilitam visualizações mais detalhadas e de aspectos significativos que permeiam uma determinada problemática em estudo. O estudo de casos exemplares permite retratar experiências e vivências de atores sociais, proporcionando uma compreensão mais nítida e aprofundada de eventos e podendo contribuir para esclarecer outros casos similares. Desenvolvido a partir de uma postura de ética e de seriedade no desvendamento de fatos complexos e emaranhados em julgamentos morais, esse processo permite recuperar a fala dos sujeitos através de dados secundários e captar suas trajetórias singulares, suas percepções e seu sofrimento.

4.4 Sujeitos do Estudo

Em relação aos grupos focais, os participantes foram os trabalhadores da ABS que integraram as sete equipes de saúde do bairro Santa Teresa e que recebiam o apoio do NASF. Os grupos foram previamente agendados e houve o consentimento de todos os participantes. A previsão inicial e cumprida foi de sete encontros em sete equipes de Saúde.

A literatura diverge em relação ao número de participantes para compor grupos focais, variando de um mínimo de 4 e um máximo de 15 participantes. (Gatti, 2005; Gondim, 2003; Trad, 2009). Dessa forma, todos os profissionais de cada Unidade de Saúde foram convidados para participar da pesquisa. Sendo assim, foi estipulado grupos com no máximo, 15 trabalhadores incluindo todos os profissionais que integram as equipes de saúde da família como enfermeiro, médico, auxiliar/e ou técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde bem como, profissionais de saúde bucal como dentistas, auxiliar/e ou técnico de saúde bucal. Porém, em algumas unidades havia mais de 15 trabalhadores, então para que todos pudessem

opinar, abriu-se a possibilidade de que toda a equipe participasse dos grupos, cuidando-se para que houvesse manifestação de todos em relação às questões propostas para discussão.

A literatura aponta a importância de um roteiro de perguntas como fonte norteadora para estimular a discussão entre os participantes do grupo focal, contudo, é importante que não se confunda questões norteadoras com questionário (GONDIM 2003). Assim sendo, foi elaborado um roteiro a fim de fomentar e direcionar a discussão conforme segue: a) Vocês atenderam no último ano algum tipo de violência? b) Notificaram esta(s) situação(ões)? c) Que tipo de violência é mais comum na região? d) Em qual grupo etário e sexo vocês identificam maior frequência de situações de violência? e) Como está funcionando a rede para atender violências na região?

A reunião com cada equipe de saúde ocorreu em dia e horário combinado, sendo realizada visita prévia às unidades de saúde a fim de estabelecer um vínculo de confiança entre os participantes e o pesquisador. Os encontros do grupo focal transcorreram sempre nas respectivas unidades de saúde, e as sessões foram gravadas em áudio, com posterior transcrição na íntegra. Assim, contou-se com total de 101 profissionais distribuídos em sete unidades de saúde. Para fins deste estudo, as unidades, independentemente se eram Estratégias de Saúde da Família ou Unidades Básicas de Saúde, foram identificadas como Unidades de Saúde (US), caracterizadas de US-1, US-2, US-3, US-4, US-5, US-6 a US-7. Esta identificação foi adotada para resguardar o anonimato dos depoentes

A cada encontro para realização dos grupos focais, foi informado aos participantes o objetivo da atividade e o procedimento a ser adotado. Também foi esclarecido, que não se buscava consenso na discussão a ser realizada e que a divergência de perspectiva e experiências, assim como pontos de vista diversos eram bem vindos. Ademais, também foi informado que as informações produzidas bem como, suas identidades seriam preservadas.

A duração dos encontros com cada grupo foi, em média, sessenta minutos, respeitando-se o horário de início e de término dos encontros a fim de evitar que alguns participantes se retirassem antes de encerrados os trabalhos.

4.5 Aspectos Éticos

Esta pesquisa faz parte de um projeto maior intitulado “Equidade de gênero nos serviços de saúde como marcador de integralidade na atenção básica”, selecionado em Edital pelo CNPq (Meneghel, 2012). O projeto em questão foi aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem/UFRGS e pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o número 23752/Plataforma Brasil. A dissertação de Mestrado apresentada no presente documento faz parte do projeto original cadastrado no CEP/UFRGS e na Plataforma Brasil.

5 RESULTADOS

A partir da análise dos conteúdos das transcrições realizadas, foi possível identificar 4 categorias analíticas.

Assim sendo, os resultados e a discussão são apresentados em dois blocos, sendo que o primeiro bloco será realizado a discussão dos grupos focais, o segundo bloco onde ocorre a análise nas notificações de violência e por fim, o caso exemplar. Estes blocos estão sustentados à luz da literatura atual e a partir das falas dos sujeitos.

O Quadro 1 sintetiza a identificação das unidades e o número de participantes em cada GF.

Quadro 1: Características dos grupos focais

Unidade de Saúde	Número de Integrantes
US-1	19
US-2	24
US-3	15
US-4	08
US-5	16
US-6	09
US-7	10
Total	101

Fonte: Elaborado pela autora

Como visto no decorrer deste trabalho, a violência de gênero contra a mulher é um fenômeno universal, complexo e por seu caráter multifacetado, demanda a várias esferas do conhecimento reflexões para que seja possível elaborar estratégias de promoção, prevenção e enfrentamento.

Por provocar adoecimentos e sofrimentos, a área da saúde e mais precisamente, a Atenção Básica à Saúde, por conta de sua proximidade com o território bem como, da construção de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, revela-se um setor primordial e potente na superação da violência de gênero a qual, a mulher emerge como a principal protagonista na procura pelos serviços de saúde (Oliveira; Fonseca, 2014). Segundo as mesmas autoras, por conta da violência de gênero contra a mulher aparecer submersa nas entrelinhas das queixas que as mulheres trazem, este evento acaba sendo invisibilizado, ou até mesmo não reconhecido pelos serviços enquanto problema inerente à sua atenção.

Indo ao encontro do que foi exposto acima, Meneghel *et al.* (2013) analisaram os cinco anos de vigência da Lei Maria da Penha e neste estudo, os autores reconheceram que mesmo a lei estando incorporada no discurso dos mais variados operadores de políticas públicas, que trabalham no reconhecimento da violência contra a mulher em Porto Alegre, sejam eles, o setor jurídico, policial, profissionais de saúde e etc, na prática, estes ainda não conseguem prestar um atendimento integral à mulher em situação de violência, assim não conseguindo prevenir a ocorrência de novos episódios de violência.

5.1 Descrição do território – “A Vila Cruzeiro”

A Vila Cruzeiro do Sul possui uma população estimada é de 11.394 habitantes, perfazendo 15% da população de Porto Alegre, com uma elevada proporção de crianças e de famílias monoparentais chefiadas por mulheres. A vila constitui uma das grandes concentrações de baixa renda e baixa empregabilidade da cidade de Porto Alegre. Na Cruzeiro há uma concentração de sub-habitações e, embora haja eletricidade e água encanada, nem todas as moradias possuem ligação interna e o sistema de coleta de lixo é precário (IBGE, 2010).

A descrição do território emerge, dentre outros motivos, como resultado da realização da pesquisa observador-participante no local objeto de estudo. Assim, os dados foram coletados longitudinalmente durante a realização de um trabalho ligado ao Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde no campo das vigilâncias e violências (PET-Violências) desenvolvido no Distrito Glória-Cruzeiro-Cristal (DGCC), nos anos 2013 a 2015 e posterior com o mestrado, nos anos 2016 a 2018.

Esta jornada começou em um período em que o território encontrava-se em conflito, o que informalmente era compreendido como estar em “pé de guerra”. Durante cinco anos a autora deste trabalho imergiu no cotidiano da região denominada simplesmente por “Cruzeiro”, um território que então era tomado por constantes disputas entre gangues rivais ligadas ao tráfico de drogas, tiroteios, execuções, episódios estes motivados por conta da grande disputa pela ocupação de pontos para o mercado de venda de drogas, que mudou abruptamente a configuração local já pactuada entre o tráfico e a população. Ademais, durante o

período da pesquisa tornaram-se práticas cotidianas os conflitos armados e sobrevoos da Brigada Militar e da Polícia Civil pela região, práticas que não traziam qualquer sensação de segurança ao local, mas na verdade, costumavam se configurar como eventos estressores não só para os moradores, mas também para os trabalhadores, os quais eram afetados e transtornados pelo ruído característico dos voos rasantes realizados dos helicópteros.

Uma antropóloga que estudou a Cruzeiro entre janeiro a julho de 2015, no momento em que era considerada “um território em guerra”, declarou que enquanto a região é retratada nas páginas de jornais e nos noticiários de televisão como violenta e perigosa, a cidade esquece que ali vivem pessoas que lutam para sobreviver em meio ao descaso das autoridades e ao preconceito da população (Barbosa, 2015).

Cabe destacar, que durante o trabalho de campo que constituiu a caracterização do território, houve o esforço da pesquisadora em não replicar o olhar já configurado e de aparente “senso comum” de que o território é um lugar homogeneamente violento. Pelo contrário, buscou por meio de uma vivência do espaço evitar que fosse reforçada a imagem recorrente veiculada pelas grandes mídias, nas quais o foco concentra-se nos eventos violentos, de modo sensacionalista, reforçando estereótipos e visões deturpadas do território como um lugar negativo, fora da ordem e tendo a criminalidade como seu elemento cotidiano único. Sobre este tipo de estratégia de ação, Rocha e Eckert, (2008) explicam que, de fato, é importante estar atento às regularidades e variações de práticas e atitudes, reconhecendo as diversidades e singularidades dos fenômenos sociais para além das suas formas institucionais e definições oficializadas por discursos legitimados por estruturas de poder.

Os territórios, como a região da “Cruzeiro” onde vive parte da população em situação de pobreza urbana da cidade de Porto Alegre, são identificados como lugares violentos, espaços de insegurança, de medo e periculosidade, locais onde vive o “pobre perigoso”, protagonista da violência urbana e da criminalidade. Para Wacquant (2005, p, 225), há uma homogeneização das pessoas que vivem nos territórios de pobreza, colocadas na condição social de “suspeitos potenciais e criminalizáveis a priori”, sobretudo, por conviverem com uma sociabilidade violenta. A ideia dos pobres como “classes perigosas” estigmatiza, vulnerabiliza e marginaliza

as populações periféricas, responsabilizando-as pela violência que sofrem, criminalizando-as e desqualificando-as na imagem do suspeito-perigoso-violento – potencialmente criminalizável e submetido a um processo de acusação social a priori (Bezerra, 2011; Wacquant, 2005).

É neste cenário dual, ora carregado de intensas manifestações de conflitos e tensões, ora revelando-se um cenário vívido e cheio de esperança, que a pesquisadora se lançou para a materialidade da presente pesquisa. O primeiro contato com os trabalhadores da saúde e os moradores do território se deu através do NASF e foi através dessa parceria, que a produção não só do presente trabalho, mas também de outras atividades acadêmicas, foram possíveis, podendo-se citar a construção de atividades vinculadas ao Programa Ensino Trabalho (PET). A partir do primeiro contato, houve uma trajetória de construção de vínculos com a comunidade e com demais atores que compõe o quadro da atenção à saúde e assistência social do distrito. As estratégias da pesquisadora se harmonizam novamente com o que propõe Rocha e Eckert, (2008), que afirmam que a pesquisa de campo etnográfico consiste em estudarmos o outro, como uma alteridade, justamente para conhecer esse outro. Elas explicam que o observar na pesquisa de campo implica em interagir com o outro participando mutuamente das tramas da vida cotidiana e no fluxo dos acontecimentos.

O processo de aproximação e laços com o local se deu com a participação conjunta da pesquisadora nas discussões de casos entre o NASF/Cruzeiro e as equipes de Saúde da Família (eSF), no acompanhamento em Visitas Domiciliares (VD), pela contribuição no planejamento de estratégias e ações quanto aos Planos Terapêuticos Singulares (PTS) de maneira conjunta entre NASF e eSF, na elaboração e coordenação de diversas oficinas de educação permanente nos serviços de saúde, participação no grupo de monitoramento das violências além, de contribuição na implementação de uma linha de cuidado às pessoas em situação de violência.

O momento da chegada da pesquisadora no bairro gerou inicialmente estranhamento e desconfortos e segundo orientações passadas pelos profissionais do NASF, núcleo ao qual estava alocada durante todos os períodos (2013 a 2018) de pesquisa, a orientação consistia em evitar andar sozinha pelas ruas, e também, evitar conversas “soltas” com moradores. Embora estas orientações tenham sido

passadas diretamente pela equipe do NASF, o recado também foi transmitido mesmo que simbolicamente, através de olhares e de códigos diários externalizados pela comunidade. Como exemplo dessas manifestações é possível citar os olhares dos “zumbis”, que são crianças ou adolescentes que ficam sempre circulando nas esquinas observando a movimentação além, de efetuar a distribuição da droga. Em outro exemplo, são os “zumbis” que gritam “olha a chuva” mesmo em dia de sol, com o intuito de avisar que tem gente nova circulando no “pedaço”.

A preocupação maior ao percorrer as ruas no bairro, foi o receio pelo fato de não ser efetivamente um membro da comunidade, de sofrer eventuais represálias, ainda que se tenha tomado alguns tipos de encaminhamentos, como aqueles propostos por Rocha e Eckert (2008), em que o consentimento implica em saber quando e onde ir, com quem e o que se pode ou não falar ou como agir diante de situações de conflito e risco. Conforme explicado, o período da pesquisa foi um momento instável no território por conta da disputa pelo tráfico de drogas, em que até mesmo os moradores estavam receosos por não saberem qual grupo de traficantes iria ocupar o local. Um dos principais episódios de conflito ocorreu quando um dos líderes do tráfico foi morto, o que culminou na vacância do ponto de tráfico. Ademais, este evento gerou diversos desdobramentos por parte dos aliados dessa facção, além de insegurança e medo por parte dos moradores.

Ao percorrer o distrito com os agentes comunitários (ACS) ou com outros profissionais de saúde e ao dialogar com alguns moradores, estes externalizaram a sua insegurança quanto aos próximos líderes que iriam dominar o território. Mesmo de forma discreta, por conta dos riscos que suas opiniões ou histórias de seu dia-a-dia pudessem lhes gerar, algumas manifestações acabaram sendo produzidas. Foram recorrentes os relatos que expressaram sentimentos de insegurança por não saberem qual das facções (Manos, Bala na Cara, Abertos ou Conceição) iria administrar o ponto após a morte de um dos gerentes do tráfico. O medo do desconhecido gerou pânico no território como um todo. Curiosamente, neste caso, quando uma liderança já conhecida emergiu, esta foi imediatamente rechaçada por uma questão de gênero. Ou seja, após a morte do líder traficante, seu território e liderança foi imediatamente assumido por sua viúva, que não conseguiu consolidar o posto devido ao olhar preconceituoso e machista da comunidade, que não acreditava que uma mulher pudesse reestabelecer a “segurança” dos moradores no

local que seria “gerido” por ela. Sua liderança foi perdida em seguida pela retomada do local por um traficante do sexo masculino, configurando a desigualdade de gênero presente na sociedade e, inclusive, no território do tráfico.

As facções identificadas nos relatos da população são as mesmas citadas no trabalho de Teixeira (2016), sumarizadas no Quadro 2. Pesquisas como a de Teixeira (2016) e Fonseca e Meneghel (2017) procuram mostrar os mecanismos de propagação do medo e das violências, que emergiram das novas configurações do tráfico em territórios estigmatizados.

Quadro 2. Facções relacionadas à violência do “tráfico”, Porto Alegre

ABERTOS	Caracterizado no Presídio Central como o grupo independente das demais facções. Na balança deste poder, podem tender para qualquer dos lados sem necessariamente agirem de maneira uniforme. Há dentro da facção inclusive, os que se autodenominam "anti-bala", mas há grupos que negociam drogas e armas com a facção dos Bala na Cara.
BALA NA CARA	É hoje a facção com maior número de pontos dominados em Porto Alegre (14) e, na maioria deles está em confronto com outras quadrilhas. Caracterizada pela violência e pelo comando descentralizado, diferente das demais facções, iniciou sua estrutura de poder nas ruas para depois ganhar espaço nas cadeias.
CONCEIÇÃO	Em 2013, a facção que era dominada pelo Paulão da Conceição foi implodida. O resultado disso foi a perda de poder do antigo líder e a ascensão de um grupo com outra estratégia. Hoje, estão agrupados no Presídio Central integrantes de quadrilhas que atuam na Vila Cruzeiro, Restinga, Agronomia e Centro, além da própria vila no Bairro Partenon. Caracterizam-se por manter a independência entre as quadrilhas, com alianças estratégicas para uso de armas e compras de drogas. Dominariam oito regiões da cidade.
MANOS	A facção mais antiga e ainda a mais rica nas cadeias gaúchas. Tem em Porto Alegre um dos seus centros de poder, a partir do Condomínio Princesa Isabel, no Bairro Azenha. Seus principais aliados estariam na Zona Sul da cidade. Dominariam pelo menos 10 regiões do tráfico na Capital.

Fonte: Teixeira, 2015

Na verdade, há princípios éticos presentes e seguidos em comunidades, como a da Vila Cruzeiro, apesar da insistente divulgação em noticiosos de mídias quanto ao status de caos nestes territórios. Essa demonização serve para justificar a violência policial de que são alvos. Por exemplo, após a ampla divulgação pelas mídias de notícia sobre a ocorrência de um tiroteio no Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS), situado no território em questão, ocasionando a morte do líder do tráfico local, observou-se que ocorreu um desequilíbrio na região, e que a tentativa do reestabelecimento da ordem pelo Estado, na verdade, piorou a situação. A pesquisadora, ao dialogar com membros da comunidade, percebeu que o sentimento de parte da população era de perda de referência, pois enxergavam neste traficante uma liderança, ou seja, uma pessoa que ajudava, protegia e não

deixava com que as crianças se tornassem agenciadores do tráfico. Eles choravam a morte do líder, a morte do amigo, a morte do homem que era o símbolo da proteção para eles.

Mesmo diante do exposto, segundo relatos ainda de alguns moradores e também, pelos ACS, o forte sentimento de medo por parte da população decorre muito mais pela presença “atuante” dos Policiais Militares (PM) no território do que por ações dos traficantes. Os policiais atuam por meio da intimidação aos moradores quando estes tentam chegar as suas casas e só tem liberação de passagem depois de serem exaustivamente interrogados e revistados. Como aponta Wacquant (2005) nos territórios estigmatizados, qualquer um – rapaz, velho, mulher, trabalhador – é um suspeito em potencial, embora o alvo principal sejam os jovens negros. Assim, a violência policial atinge a todos e a qualquer um, diferentemente do que ocorre com as violências geradas pelo tráfico, que são pontuais e da ordem do “faz parte do cotidiano”.

Fica evidente que diante da ausência do Estado que não oferece nem melhorias das condições de vida, como equipamentos sociais, creches, cultura ou lazer e, muito menos, segurança, assim como a falta de perspectiva de uma solução próxima, a comunidade se vê necessitada de um complexo sistema para manter sua condição ou sensação de segurança. Essa articulação é tecida através de redes compostas por lideranças comunitárias, pelo comércio local, relações de vizinhança, parentesco e instituições religiosas (Fonseca, Meneghel, 2017). Ademais, um forte elo é traçado com as redes do tráfico favorecendo assim, a relação com o crime em meio à busca por proteção.

Apesar de seu potencial para a mudança, os atores locais sofrem com a ideia de impotência e vulnerabilidade. Eles percebem o preconceito, o estigma e o risco que a violência ocasiona em seu cotidiano, agravado pela baixa autoestima dos moradores do território, que sentem vergonha por residirem na região percebendo-a, por meio do discurso ideológico de desqualificação elaborado pelas mídias, como um lugar habitado por “marginais” ou “bandidos” (Fonseca e Meneghel, 2017).

Nos diálogos encetados com os vários atores que vivem na comunidade, os moradores destacaram que cotidianamente estão presentes e atuam em espaços da cidade para além de seu território, sejam estes bairros “nobres” ou de classes

médias. Contudo, nestes locais lhes são impostas condições que os marginalizam socialmente, não lhes sendo permitido vivenciarem a cidade como sujeitos de direito, mas somente como mão-de-obra barata e invisível. Eles ainda relatam que, se o mesmo indivíduo, que é aceito para trabalhar atrás de um balcão em um *fast-food* de um *shopping center*, se optar por circular no mesmo ambiente fora do contexto do qual lhe foi conferida autorização para percorrer, será alvo de um olhar preconceituoso, racista, classista e excludente.

O bairro Cruzeiro, segundo o que se observou na pesquisa observação-participante, busca mesmo frente à complexidade e às barreiras de classe-raça-local, se estabelecer no tecido urbano como aquilo que lhe é de direito, ou ser parte da cidade. O cenário do bairro, localizado no morro, descortinando uma vista privilegiada para o rio, é constituído por casas precárias, comércios e ruas que emergiram e consolidaram-se pelas mãos de um grupo historicamente excluído, o qual procurava estabelecer um lar e um refúgio para lhe acolher após sua rotina diária de trabalho, que ocorre de forma dispersa e subvalorizada em toda a cidade, já que ocupam postos pouco qualificados e mal remunerados.

A “vila Cruzeiro” é um território que tem janelas, que tem suas portas, que tem roupas nos varais, tem crianças brincando nos espaços coletivos, mas que tem sua imagem massivamente e insistentemente construída e divulgada como um lugar unicamente ameaçador, tomado exclusivamente pela criminalidade e celeiro da disseminação de tudo aquilo que é ruim para o resto da cidade.

Durante trabalho em campo, percebeu-se uma dualidade que se assemelha com aquela imagem dicotomizada do bem e mal, na qual uma região da cidade acolhe as oportunidades e outra região guarda em si as fontes de todas as violências. Identificou-se sim, a existência de violências no local, mas essas violências estão contextualizadas dentro de circunstâncias complexas de suas micropolíticas, que cabe serem compreendidas com um olhar atento e inclusivo. Dessa maneira, as violências precisam ser entendidas não como um fenômeno exclusivo deste local, mas como parte de uma sociedade violenta como um todo. Para compreender as configurações da pobreza urbana contemporânea há que fazer uma discussão sobre a noção de território estigmatizado (Wacquant, 2005) e romper com a imagem de seus moradores como encarnação das novas velhas classes perigosas. A atribuição de periculosidade a estas populações significa a

liberação do Estado, por meio de suas forças policiais e agentes de segurança, para aplicar sobre elas uma política de iniquidade e de extermínio, configurada como necropolítica.

5.2 Violências: definições e tipos

A violência, por suas características complexas e multifacetadas, resulta de múltiplas causas. A definição apresentada por Chauí (1985) considera que a violência é determinada pela relação de forças tanto em termos de classes sociais quanto em termos interpessoais. Segundo Minayo (2006) o conceito de violência não deve ser encerrado em uma definição fixa e simples, pois, é expor-se a reduzi-lo, a compreender mal seus contornos e sua especificidade histórica. Esta mesma autora ainda coloca, que para além das causas, a compreensão da violência remete às suas tipologias.

A tipologia proposta pela OMS (2002) indica três grandes grupos, definidos a partir das características daquele que comete o ato violento: a violência autoinfligida, a violência interpessoal e a violência coletiva, descritas a seguir:

A violência autoinfligida compreende o comportamento suicida (tentativas ou pensamento suicida) e autoabuso. A violência interpessoal inclui a violência familiar entre membros da família e parceiros íntimos (abuso infantil, violência sexual contra mulheres, idosos e pessoas com deficiência) e a violência comunitária, exercida entre não parentes, conhecidos ou não (estupro, violência juvenil, institucional e do trabalho - assédio moral e sexual).

Finalmente, a violência coletiva, possui os seguintes subgrupos: a violência social (crimes de grupos organizados, terrorismo e violências de multidões); violência política (guerras e conflitos, violência de estados e de grandes grupos) e econômica (em que grandes grupos, visando ganhos econômicos, interrompem e fragmentam a economia de um país/região e/ou negam o acesso a serviços essenciais). A violência coletiva relaciona-se à violência estrutural que, segundo o Relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) se refere aos processos sociais, políticos e econômicos que reproduzem e cronificam a fome, a miséria e as

desigualdades sociais, de gênero, etnia e mantêm o domínio adultocêntrico sobre crianças e adolescentes.

Neste contexto, a violência de gênero contra a mulher seja na infância, na adolescência, na fase adulta ou na velhice, emerge como um fenômeno universal, que por seu caráter multifacetado demanda propostas a várias esferas do conhecimento para que seja possível elaborar estratégias de prevenção e enfrentamento (Hasse, 2016). O fenômeno da violência de gênero precisa ser pensado como um problema estrutural de sociedades organizadas segundo o sistema patriarcal, apresentando diferentes expressões dependendo do momento histórico, não sendo possível analisá-la como um fenômeno único (Meneghel, Margarites, 2017).

A área da saúde e mais precisamente, a Atenção Básica à Saúde, por conta de sua proximidade com o território bem como da construção de vínculo entre os usuários e as equipes de saúde, revela-se um setor primordial e potente para o enfrentamento da violência de gênero contra a mulher que busca os serviços de saúde (Oliveira; Fonseca, 2014). Segundo as mesmas autoras, por conta da violência de gênero contra a mulher permanecer implícita nas entrelinhas das queixas que as mulheres trazem, este evento acaba sendo invisibilizado e não reconhecido pelos serviços enquanto problema afeto à sua responsabilidade.

Indo ao encontro do que foi exposto acima, Meneghel et al. (2013) analisaram os cinco anos de vigência da Lei Maria da Penha e neste estudo, reconheceram que mesmo a lei estando incorporada no discurso dos operadores que trabalham na rede de enfrentamento da violência contra a mulher em Porto Alegre, sejam eles, do setor jurídico, policial, saúde ou assistência social, na prática muitos deles, ainda não identificam este agravo como um problema de sua competência e, muito menos, prestam atendimento integral e equânime à mulher em situação de violência.

5.2.1 A violência estrutural na fala dos trabalhadores de saúde

O território onde se situam as Unidades de Saúde que fizeram parte desta pesquisa é considerado um dos mais violentos da cidade de Porto Alegre. Mesmo

assim, o número de casos notificados de violências pelas unidades de saúde locais têm sido pequeno, mantendo-se uma situação de subnotificação, apesar das demandas dos gestores e das atividades de educação permanente.

Dentre as Unidades de Saúde (USs) que fizeram parte desta pesquisa, a US1 agregou 19 participantes durante a realização dos Grupos Focais (GF). Porém, estes profissionais que participaram do grupo, trouxeram poucas declarações em relação aos temas discutidos, inclusive em relação ao enfrentamento da violência. Quando lhes foi perguntado acerca da notificação deste agravo durante o ano de 2017, eles relataram que houve registro de apenas dois casos de violência. Segundo os depoimentos, eles também não realizam atividades específicas para o enfrentamento das violências, como visitas domiciliares, oficinas, encontros em escolas ou outras atividades junto à comunidade.

O que inicialmente poderia ser compreendido como atitude de indiferença, na verdade, esconde uma faceta perversa que está presente no território que é a presença disseminada da violência estrutural. Este tipo de violência, pelo seu caráter de maior magnitude, penetração e gravidade, produz forte impacto tanto nos atores que atuam no território, como na comunidade.

Uma das justificativas da equipe para não atenderem as situações de violência aparece no diálogo a seguir (US1, excerto1) em que a enfermeira e médico fazem coro ao afirmar que a violência “*não chega*” na unidade de saúde e que “*nunca vimos*”, uma afirmação paradoxal para um território onde em dias de conflito entre os grupos do tráfico as atividades da US são suspensas e há toque de recolher. Mesmo assim, na sequência da conversa eles admitem que a violência é um problema de elevada magnitude no território. Em uma manifestação que revela os efeitos da impotência frente à violência estrutural, eles referem a postura de não intervir, adotada por muitos trabalhadores de saúde: “*tu não vai entrar nisso*”, ou seja, a equipe não vai realizar nenhuma intervenção. Eles também expressam o descrédito e o desânimo frente a situações que “*nem a polícia resolve*”, expressando o sentimento de que como trabalhadores de saúde pouco podem fazer nesta situação e contexto.

US-1 – Excerto 1:

[Pesquisador]: Em que grupo etário vocês identificam que tem mais violência?

[Enfermeira]: O Doutor que pode responder [...] Não chega né?

[Médico]: Não chega.

[Pesquisador]: E quando chega o que vocês fazem?

[Médico]: Não chega! Nunca vimos [...]

[Médico]: É óbvio que existe, aos montes, só que não chega... vocês sabem porquê. [...] tu não vai entrar nisso aí, porque tu sabe aonde vai terminar, se nem a polícia resolve [...]

A violência estrutural em locais onde há presença do tráfico exerce impacto forte e negativo sobre as mulheres, que são mantidas sob rígido controle e subordinação, podendo inclusive ser requisitadas para prestarem serviços aos traficantes. No livro *“No olvidamos ni aceptamos”* (Carcedo, 2010) ao analisar os territórios do tráfico, a autora explica que os grupos criminosos proliferaram em países pobres, devido aos efeitos de exclusão ocasionada pelo capitalismo neoliberal, atingindo milhares de jovens moradores de zonas pobres de países periféricos. Nestes contextos de precariedade econômica e ausência de perspectivas laborais o tráfico se torna uma das poucas possibilidades de renda e nestas redes também ocorre à inserção feminina de adolescentes fugindo de lares onde a violência e os abusos são frequentes, embora no tráfico sigam ocupando o lugar de subordinação em que o feminino é colocado.

No depoimento obtido na US-2, excerto-2, percebe-se que mesmo sendo urbana e estrutural, a violência do *“traficante batendo no rosto da mulher”*, configura uma agressão generificada e indica o nível a gravidade e a impunidade da violência contra as mulheres, que permite que este tipo de ato seja realizado em lugares públicos, como poder ser observado a seguir:

US-2 – Excerto 2:

[agente comunitária]: “O tráfico também é muito presente na comunidade. Os agentes ficam numa situação complicada, porque eles circulam pelas ruas e quando veem uma situação de violência, por exemplo: um traficante tava dando tapa na cara de uma usuária[...]

A violência estrutural na cidade de Porto Alegre está expressa nas taxas elevadas e ascendentes de homicídios masculinos e mesmo nos feminicídios, em uma distribuição na qual o risco não é igual para todos e todas, já que estas mortes

são muito mais elevadas em regiões de exclusão, como a que está sendo analisada. Assim, muitos casos de violência contra a mulher resultam da hierarquia generificada do tráfico, um poder de milícia, mafioso e patriarcal, que ocorre em paralelo ao poder do Estado. Somente no período de 2006 a 2010, em Porto Alegre, dez execuções de mulheres foram associadas ao tráfico sendo que, nenhuma delas foi percebida e tipologizada como feminicídio. Em uma das mortes a violência se revelou pelo estupro e eliminação de uma líder comunitária que se opunha às atividades de comércio da droga em uma das regiões mais pobres e violentas da cidade. Em outros casos, as vítimas perderam suas vidas ao prestar informações à polícia ou por simples “queima de arquivo”, ainda em outro caso, o feminicídio se deu pelo fato de uma mulher ocupar uma posição de liderança na hierarquia do tráfico, o que não é permitido devido ao machismo que impregna a organização (Meneghel, Margarites, 2017).

A violência estrutural revelou-se nos grupos focais realizados nas outras USs, manifestando-se de diferentes formas e matizes. Dessa maneira, observou-se que, segundo os relatos, o cenário de violência estrutural se repete e os ACS se veem obrigados a realizar seu trabalho em contextos de risco sem encontrar meios para se protegerem, fato gerador de estresse e medo. No estudo de Meneghel e Portella (2017), as autoras expõem que muito profissionais que atuam em regiões pobres, com a presença do tráfico e precariedade de equipamentos sociais e de serviços de referência, mesmo sabendo da importância de acolher as vítimas de violência, sentem-se temerosos e impotentes, sem recursos e retaguarda, e por isso preferem ignorar estas situações.

Os trabalhadores da US5 quando questionados sobre a violência em seu território relataram que, por vezes, não há como atender os moradores, pois não conseguem nem ao menos chegar à Unidade de Saúde. Evidência disso é verificada pelo Excerto 3, a seguir.

US-5 – Excerto 3:

“Duas vezes o posto foi fechado por causa de tiroteio e ainda, tem gente que não pode passar, aí tu pergunta: “Por que não veio na consulta? Ah. porque não me deixaram passar.”

No caso do GF realizado na US-3, verificou-se que está havendo um processo de naturalização e banalização da violência. Quando perguntados sobre o tipo de violência mais presente no território, os trabalhadores relataram que assassinatos são praticados todas as semanas, constituindo segundo a equipe, uma situação “*normal*”. Situação similar aparece em relatos sobre a “normalidade” dos assassinatos nas comunidades prestados por depoentes em países da América Central que apresentam as maiores taxas de mortes violentas em escala mundial (Carcedo, 2010). Pode-se considerar preocupante o conformismo e aceitação que este tipo de depoimento traz, conforme exposto no Excerto 4:

US-3 – Excerto 4:

[Profissional] “Em termos de violência. assassinato, a gente tem toda semana. isso é normal, né, todas as horas tem tiroteio em pontos isolados, toda semana. Então, isso é considerado normal para nós”

Os trabalhadores da US6 consideram que a violência estrutural afeta as relações interpessoais e ocorre em diferentes faixas etárias e perfis, dirigida contra idosos, crianças, mulheres e trabalhadores de saúde; acontece na rua, nos domicílios e no trânsito, dando uma ideia da dimensão e magnitude do agravo no território do estudo. Isso é evidenciado pelo Excerto 5, como segue:

US-6 – Excerto 5:

“Eu acho que é uma das coisas que mais acontece aqui na região, na unidade com os trabalhadores, com a comunidade são situações relacionadas da violência de qualquer ordem, contra idoso, mulher, violência urbana, violência no trânsito, contra trabalhadores”.

Nas demais unidades de saúde abrangidas pela pesquisa (US-4 e US-7), não houve relatos sobre a violência estrutural, o que não significa sua ausência já que o território em questão se configura como cenário de elevados níveis de violência estrutural. Nestes locais, segundo aponta Fonseca e Meneghel (2016:291), a violência estrutural adentra o território como um fenômeno endêmico resultante de desigualdades históricas de classe, gênero e raça, determinantes que incidem sobre esta população, revitimizando-a.

Para Minayo (2006), a violência estrutural por ter um caráter de perenidade e se apresenta sem a intervenção imediata dos indivíduos, sendo facilmente naturalizada como se não houvesse nela a participação dos que detêm o poder e a riqueza. Ademais, a autora coloca que a intervenção específica do setor saúde deveria ser feita com o intuito de reduzir e eliminar as desigualdades em saúde, de ampliar o acesso e a qualidade da atenção e no que tange ao âmbito da cidadania, os profissionais deveriam se engajar nos processos políticos de transformação social.

5.2.2 Violência contra criança

Segundo a OMS (2003), a violência contra as crianças é um problema global, caracterizado como um evento causado por ações impostas por indivíduos, grupos, classes, nações ocasionando danos físicos, emocionais, morais e/ou espirituais a este grupo etário. Quanto à natureza, podem ser classificadas como violência física, psicológica, sexual, negligência e abandono.

No que tange às consequências mais frequentes da *violência física*, pode-se citar as lesões abdominais, fraturas de membros, mutilações, traumatismos cranianos, queimaduras, lesões oculares e auditivas, muitas delas levando à invalidez permanente, ou temporária, ou até à morte (Minayo, 2001). A autora ainda sinaliza a dificuldade em quantificar a violência sexual porque, devido a ela estar envolta a tabus culturais, a relações de poder entre homens e mulheres, além da discriminação das vítimas como sendo culpadas, esse fenômeno acaba sendo subestimado nas estatísticas dos sistemas de saúde e segurança pública.

Por sua vez, ainda segundo Minayo (2001) a *violência psicológica* ocorre quando os adultos sistematicamente negligenciam, abandonam e desqualificam as crianças, bloqueando seus esforços para se afirmarem e afetando a sua autoestima. Esta autora expõe que este tipo de violência tem sido pouco estudado, e que tem um efeito perverso no desenvolvimento infanto-juvenil. Por trata-se de um tabu, as crianças e adolescentes, apesar do (ECA) são considerados posse exclusiva dos pais, o que lhes confere o direito de tratá-los como bem entendem, de maneira que o abuso psicológico frequentemente é considerado uma forma de educar com rigor.

As *negligências* representam uma omissão em relação às obrigações da família e da sociedade de proverem as necessidades físicas e emocionais de uma criança. Expressam-se como omissões ou falhas dos pais ou responsáveis em suprir as necessidades básicas para o desenvolvimento, como a falta de alimentos, de vestimenta, de cuidados escolares e com a saúde. Considera-se negligência quando as falhas não são o resultado de circunstâncias fora do controle e alcance dos responsáveis pelos adolescentes e crianças. Trata-se ainda, de um tipo de ação difícil de ser quantificada e qualificada, sobretudo quando as famílias estão em situação de miséria ou pobreza. O lar aparece como o local onde mais ocorrem tais práticas, embora as crianças que vivem em situação de rua ou as institucionalizadas também sejam vítimas frequentes de abusos (Minayo, 2001),

Em relação aos GFs, quatro das sete US relataram episódios de violência sexual, física e de negligência perpetradas contra crianças.

Na US-4, excerto 6, apresenta-se uma situação de negligência e possivelmente violência física, contudo, embora o enfermeiro da equipe tenha identificado marcas e cicatrizes no corpo da menina atendida, ele aceitou a explicação de que ela havia se queimado sozinha. O trabalhador de saúde suspeitou que pudesse haver uma situação de maus tratos contra a criança, mas não referiu a investigação do caso ou ações como o chamamento da família ou visita domiciliar, restringindo-se a cuidar da lesão física que havia sido o motivo da consulta:

US-4 - Excerto 6:

[Enfermeiro] "Teve um caso da menina que veio fazer um curativo em uma queimadura, e ela tinha uns 11 anos e relatou que estava sozinha com as três irmãs, uma de 9 e outra de 10 anos, e aí eu perguntei porque achei estranho né, ela já tinha várias queimaduras, várias marcas, cicatrizes no corpo, então eu achei estranho isso e perguntei e ela disse: " Não, a gente fica sozinha, eu esquento a comida no micro-ondas e o leite virou em cima."

Já o excerto 7, ocorrido na US-4, indica uma ocorrência de violência física grave e frequente perpetrada pelo pai contra as crianças, em uma família em que a mulher não consegue se separar porque não possui autonomia financeira para sobreviver, fato já amplamente relatado em relação à violência contra as mulheres (Sagot, 2000).

US-4 - Excerto 7:

“A situação que eu [enfermeira] vivenciei, foi de uma mãe que chegou aqui queixando que o pai era agressivo, batia nos filhos todos os dias praticamente, e ela ficava sem saber o que fazer porque ela dependia financeiramente dele, ela tinha medo dele e o cidadão batia mesmo pra valer...”

A violência sexual é uma forma de violência de gênero, comum no patriarcado, já que decorre da aplicação do poder masculino e geracional principalmente contra meninas. A violência sexual perpetrada contra crianças, embora tenha prevalências menores que as demais, pode ser considerada uma das formas mais graves e suas consequências acompanham as vítimas, às vezes, por toda a vida. Oliveira (2015) destaca que esta é uma violação dos direitos humanos de liberdade, integridade física e mental, expondo crianças e adolescentes a práticas inadequadas para sua faixa etária.

A violência sexual, pelo fato de ser na maioria das vezes perpetrada no âmbito da família, constitui um segredo, muitas vezes difícil de romper, o que explica também sua prevalência, obtida pelos dados de notificação, ser menor que as demais. Nesta pesquisa, apenas os participantes dos grupos focais realizados na US-1 e US-5 relataram episódios de violência sexual.

O excerto 8, US-1, apresenta o relato de uma violência sexual, no caso uma tentativa de estupro em criança perpetrada por agressor estranho à família, em que o pai da vítima, tomou providências usando violência física. Observa-se assim, a presença de casos de violência sexual no território, em magnitude maior que os dados estatísticos mostram e que a população acaba tomando medidas por sua própria conta, já que, como foi relatado no excerto 1, *“nem a polícia resolve”*. Além disso, segundo Meneghel, Bairros e cols (2011) a violência contra criança desperta maior empatia e mobilização por parte dos profissionais de saúde.

US-1 – excerto 8:

“Teve um caso de tentativa de estupro de uma menor de 7 anos, que o pai pegou o facão e não falou se cortou ou coisa parecida, chamou a polícia e o estuprador foi preso...”

No excerto 8, US-5, ouvimos outro relato em que, mesmo havendo uma denúncia de violência sexual, não houve investigação, e como tantas outras situações, o agravo ficou invisibilizado:

US-5 - Excerto 9:

“Eu me lembro que teve uma menina que veio falando de uma fratura de quadril, e aí alguém disse que ela tava sendo abusada e a SAMU levou ela para uma cirurgia no Hospital de Pronto Socorro e aquilo acabou que não se explicou, e se perdeu.”

Enfim, os depoimentos mostram que enquanto alguns profissionais consideram que não há nada a fazer, outros estão atentos para os sinais de violências, percebem os sintomas e as marcas, algumas claramente indicando que houve abuso ou violência. Mesmo assim, a maioria dos casos ainda permanece na invisibilidade, o que explica o comportamento do pai da menina ameaçada de estupro, ao fazer *“justiça com suas próprias mãos”*.

5.2.3 Violência Contra Idoso

Uma forma de violência menos presente nos relatos dos grupos focais foi a perpetrada contra mulheres idosas, somente as US-6 e US-7, relataram este tipo de ocorrência.

Segundo Valadares e Souza (2010), os abusos mais comuns contra as mulheres idosas envolvem a violência doméstica no contexto do ambiente familiar e as agressões contra esse grupo etário em sua maioria são perpetradas pelos filhos homens, noras, genros e cônjuges, havendo alta frequência de agressores usuários de drogas. No excerto 10 da US6, no relato da médica, a violência contra a mulher idosa foi perpetrada pelo filho “presidiário e usuário de drogas”, denominação que mostra o quanto ocorre discriminação de usuários e usuárias, por parte dos profissionais:

US-6 – Excerto 10:

“Violência contra o idoso, eu (médica) posso falar disso, tem aquele outro caso, daquele menino que é doente mental, e que esses dias veio aqui, não tinha dado medicação e ele estava desorientado e aí foi visto o que tinha acontecido com a mãe, daí a mãe apareceu aqui no outro dia, toda esfolada no rosto, levou uns sapatos do filho que é presidiário e usuário de drogas, e daí o filho veio aqui, e disse que sim, que a mãe mereceu porque a mãe estava maltratando o guri.”

Em outro grupo, no caso da US-7, excerto 11, a evidência da violência contra a idosa somente veio à tona por conta das visitas domiciliares. Neste caso, novamente, houve suspeita de que a agressão teria sido perpetrada pelo cônjuge e/ou filho contra a idosa que se encontrava acamada, conforme pode se verificar a seguir:

US-7 – Excerto 11:

“Tem aquele caso, que é pai e filho que cuidam da paciente acamada e que tem sonda, e eu (Técnica de Enfermagem) cheguei para passar a sonda com a médica, e tava (paciente) com um baita hematoma”

A violência contra a pessoa idosa ocorre independentemente do nível socioeconômico, pautada na concepção socialmente aceita de que a pessoa idosa é descartável ou um peso social, em um tipo de sociedade individualista e impregnada de valores utilitários (Mascarenhas *et al.*, 2010). Esse tipo de violência precisa ser analisado em suas especificidades como, por exemplo, nas construções sociais acerca da velhice e dos papéis sociais que a mulher deve desempenhar nessa etapa de vida, sobretudo, das relações de poder que se estabelecem com base na idade e no gênero (Silveira, 2015).

É importante caracterizar a presença da vulnerabilidade de gênero na violência perpetrada contra a mulher, seja ela criança, adulta ou idosa. O gênero se faz presente quando a vulnerabilidade devida ao fato de ser mulher foi determinante da agressão. É o que acontece nos casos de violência sexual, nas agressões perpetradas por maridos ou companheiros e no caso de idosas, quando o agressor aproveita a fragilidade da idosa devido ao fato de ser mulher.

5.2.4 Violência Contra Mulher

Dentre os relatos produzidos sobre as violências no território sob estudo, a violência contra a mulher foi bastante citada, embora esta reposta tenha sido estimulada por meio de pergunta específica realizada nos grupos focais. Apenas em duas USs (US-3 e US-7) não houve relato de violência contra a mulher.

Para além do fato evidenciado pela vivência no local de que a violência de gênero está presente nos territórios, à mulher de um modo geral experimenta toda sorte de barreiras quando precisa de apoio em sua condição de vítima dos atos violentos. No percurso em que buscam denunciar e interromper as violências sofridas, as mulheres encontram não só respostas tentando dissuadi-las de manter as denúncias, mas também se deparam com serviços que oferecem informações inadequadas e manifestam atitudes não acolhedoras e crivadas de julgamento moral (D'Oliveira; Schraiber, 2013).

Montserrat Sagot (2000.p.120) denominou o percurso ou itinerário que as mulheres realizam quando decidem dar um basta à violência, como “rota crítica”. A rota pode ser facilitada quando existe apoio por parte das pessoas próximas, acesso à informação e intervenções efetivas das instituições estatais. Por outro lado, respostas inadequadas ou culpabilizadoras podem ter efeitos negativos e fazerem com que as mulheres permaneçam na situação de violência.

Nesta pesquisa, ao observar os relatos de violência no território, percebe-se que as condutas dos trabalhadores de saúde envolvem, muitas vezes, pré-julgamentos, preconceitos, julgamento moral e naturalização da violência. Quando a vítima é uma mulher, as equipes das USs não percebem a violência em uma dimensão que implique na perspectiva de gênero, parecendo-nos que assumem mais facilmente a ideia de violência interpessoal. No estudo de Oliveira e Fonseca, (2015) as autoras revelam que mesmo quando a mulher verbaliza para o profissional de saúde a violência sofrida, ou que este a identifique de outras formas como pelas lesões físicas, o profissional não toma o problema como atribuição do campo da saúde, nem sob o prisma de gênero. Isso pode ser verificado pelo relato de um profissional da US-1, excerto 12, ao afirmar que “*ela veio pedir ajuda, na verdade*”. O

termo “ajuda” retira da responsabilidade da US, a realização de ações de cuidado para esse tipo de agravo.

US-1 – Excerto 12:

“A gente atendeu uma paciente que nos procurou para relatar o caso dela, que ela tava sofrendo com o marido, mas ela não chegou com lesão, mas ela sofre agressão do marido. Ela veio pedir ajuda, na verdade.”

Percebe-se ainda, entre os profissionais da US-1 o sentimento de naturalização acerca da violência contra a mulher. No excerto 13, enquanto a enfermeira explica os esforços por parte da vítima em tentar enfrentar as ameaças sofridas pelo companheiro, a residente naturaliza e julga moralmente os envolvidos no relato, usando a asserção pautada no senso comum de que as mulheres se queixam, mas não conseguem romper com uma situação de abuso e deixar os agressores. Estes profissionais consideram a violência apenas no seu aspecto interpessoal e não percebem as hierarquias de gênero presentes na sociedade patriarcal: *“daqui algum tempo [a mulher] vai voltar [para a relação com o companheiro agressor]”*. Essa fala é complementada pela enfermeira que reforça o julgamento moral e de classe, considerando que a violência é algo natural para *“eles”*. *“Eles”* são mulheres e homens do território, violentos por natureza, já que que *“assim eles vivem”*.

US-1 – Excerto 13:

[Residente]: “Um ciclo né, agora tá na fase da lua de mel e daqui algum tempo vai voltar [...]”

[Enfermeira]: Mas acho que ele se acalmou, que... também ela... quando ele ameaça, ela diz que vai processar, mas assim eles vivem.”

A percepção em relação aos relatos verbalizados no GF é de que a gravidade da violência é minimizada e a equipe assume uma postura de naturalização da violência, principalmente as perpetradas contra as mulheres. Não só a naturalização emerge como um problema, mas também a evidente falta de compreensão de como se dão os mecanismos de perpetração da violência. Embora algumas concepções de violência podem percebê-la como um ciclo, no qual se alternam as etapas de tensão, violência e reconciliação (Meneghel, 2015), concepções pautadas nas

reflexões de Diana Russell (1992) acerca dos feminicídios explicam as violências perpetradas contra as mulheres não mais como um ciclo que se repete infinitamente, mas como um *continuum* ou uma espiral em que a gravidade dos atos se torna cada vez mais grave.

O desafio está em compreender a situação de vulnerabilidade-risco-resistência de cada mulher desvinculando-se de julgamentos morais em relação à uma opção “incorreta” da vítima em manter-se na relação violenta, que pode ser na verdade, a compreensão desta mulher de que para ela, naquele momento, é mais perigoso sair do que permanecer na relação.

Essa naturalização da violência contra a mulher ocorreu em outras Unidades de Saúde, como na US-5, em que os profissionais se mostraram pouco sensibilizados com esta questão. Perguntados se no último ano atenderam algum tipo de violência, eles respondem que sim, que realizaram a notificação e que pouca coisa avançou depois desse processo. E para informar qual o tipo de violência eles identificam como a mais comum na região, o ginecologista da US-1 responde que não chega muita violência, dizendo que chegam poucos casos, mas fazendo um reparo, explica que isso acontece talvez porque “ele não enxergue”:

US-5 - Excerto 14:

“Não chega muito violência para nós. Eu sou gineco, e chega pouco paciente. Pode ser também, que não enxergue.”

Não obstante, o mesmo trabalhador de saúde – o médico ginecologista - infere que talvez as mulheres que sofrem algum tipo de violência das quais ele diz não enxergar, sejam aquelas enquadradas na “*categoria das poliqueixosas*” e ainda afirma que pela incidência, as violências deveriam ser mais evidentes ou “*mais visuais*”. Embora o médico assuma que “*não enxerga*” e que a violência deveria ser “*mais visual*”, ele parece saber que há violências nas vidas das “*poliqueixosas*”:

US-5 - Excerto 15:

“Pode ser que aquelas poliqueixosas, enfim, podem ser. Mas realmente, pela incidência deveria ter violências mais visuais”.

Diversos estudos mostram que as mulheres em situação de violência buscam com mais frequência os serviços de saúde com queixas diversas, contudo, os profissionais não relacionam as queixas com a violência, mas as interpretam como usuárias “poliqueixosas”, porque não há uma causa patológica evidente ou específica, embora não cogitem que a queixa pode estar sinalizando outro tipo de mal-estar, sofrimento ou violência (Angulo-Tuesta, 1997; Leal, 2010; Oliveira e Fonseca, 2015; Schraiber et al, 2007).

Como já foi mencionado ao discorrer sobre os territórios de tráfico, na etapa atual do capitalismo patriarcal, ocorre uma superposição entre as violências, que se inter-relacionam e somam (Carcedo, 2010). A violência estrutural é o caldo de cultura das violências raciais e de gênero e, sociedades mais violentas e desiguais utilizam o conservadorismo para penalizar as mulheres e exigir-lhes comportamentos alinhados aos papéis designados a elas pela cultura, usando a violência quando elas não se comportam de acordo com o *script*. Isso pode significar punições por não terem realizado tarefas domésticas, por desejarem estudar, trabalhar ou finalizar uma relação amorosa. A entrada de um homem em uma US, publicizando uma ameaça a uma mulher e atentando à sua integridade física, ao cortar truculentamente seu cabelo com uma faca, representa uma violação de direitos e a intersecção desses dois tipos de violência: a violência estrutural e violência de gênero, fato relatado no excerto 16:

US-5 - Excerto 16:

“Ah, teve uma que cortaram o cabelo dela dentro da unidade, o cara ameaçou a paciente e aí cortou o cabelo dela com uma faca.”

No excerto 16, a equipe não explicou se foi feita alguma intervenção no momento em que a presenciaram a agressão dentro da US. Disseram ter realizado uma visita domiciliar para averiguar como estava a mulher agredida na US e que ela não morava mais na região. Relataram ainda que identificam muitos casos de violência, em áreas fora da abrangência do seu território.

Na US-6, excerto 17, a médica da unidade de saúde relata um feminicídio, ocorrido recentemente, com todas as características de um crime de ódio, em que a moça teve o rosto desfigurado (“peneirado”), configurando a situação em que o

agressor deseja apagar os traços femininos da vítima, usando uma quantidade extremamente elevada de facadas ou tiros:

US-6 - Excerto 17:

“Na semana passada tivemos uma adolescente que assim, o que segundo foi contado aqui no posto, fizeram uma peneira no rosto dela de tantos tiros que ela levou”.

Este é mais um relato que evidencia o quanto os diversos tipos de violência estão presentes na região, produzindo banalização do fenômeno e a supressão dos sentimentos de indignação e empatia com as vítimas por parte dos trabalhadores, que começam a ficar insensíveis a estas tragédias cotidianas. O relato a seguir, excerto 18, traduz o quanto o sentimento de banalização e naturalização da violência está internalizado pela equipe.

US-6 - Excerto 18:

“Não existe mais assim ó..ah, teve duas mortes, que horror”. [...] Fica aquela coisa assim sabe, ninguém fala, já faz parte parece. [...] “é bem assim mesmo, quem vem de fora se assusta, pra gente, pois é, ah bah, mais dois quem será”.

Na sequência, o excerto 19 aponta o quanto a percepção dos profissionais está centrada e reduzida quase que somente a questões relacionadas ao papel biológico e reprodutivo da mulher. Pode-se observar por esse excerto que o foco dos profissionais na atenção à saúde da mulher, desconsidera a integralidade da mulher, preocupando-se apenas com seu papel reprodutivo.

Outra vez aparecem palavras de discriminação, tais como as usadas para denominar as usuárias de “*poliqueixosas*”, ou minimizar a capacidade das mesmas de discernirem o que é mais apropriado para suas vidas, tratando-as como as “*que ameaçam processar o companheiro agressor, mas permanecem na relação*”. No excerto 19, tratam-se das “*grávidas que se drogam, ficam na rua e não querem fazer a medicação para o HIV que vai afetar o bebê*”, pressupondo que todas as gestações deveriam ser desejadas e bem vindas.

US-6 – Excerto 19:

“Outro tipo de violência que a gente tem bastante aqui na nossa unidade, é a violência ainda durante a gestação, quando por exemplo, tu tem uma gestante que fica na rua se drogando, tá grávida e tu vai lá e tu chama ela pra vir na unidade de saúde e ela não vem, faz o pré-natal, muitas gestantes com sífilis tem que vir fazer sua medicação, não vem fazer a medicação e nós temos até gestante com HIV que a gente sabe, se ela não fizer o tratamento, o bebê pode nascer com HIV...”

Com relação às jovens gestantes que se drogam e não realizam o pré-natal, os trabalhadores ainda registram o fato delas não usarem a medicação para as DST's, sem considerar a violência estrutural em que estão imersas e que, de certa maneira, secundariza o peso de outros agravos e vulnerabilidades que elas podem estar vivendo. Assim, o que vem à tona neste excerto é a culpabilização da mulher reprodutora biológica pela doença passada ao bebê, sem olhar para a condição em que se encontra a jovem gestante.

Aqui cabe lembrar o que expõe Ceccon e Meneghel (2017), ao afirmar que ainda que todas as mulheres sejam suscetíveis à violência e à aquisição do HIV/aids, existe uma maior vulnerabilidade em alguns grupos, principalmente entre jovens, negras e pobres. Segundo os autores, as mulheres com HIV/aids são vistas pela sociedade como infratoras, promíscuas, impuras, marcadas com a condição de risco e segregadas a espaços restritos. Na verdade, estes grupos vulneráveis se tornam vítimas de preconceitos, do estigma, da culpabilização e do tratamento com inequidade nos serviços, sendo julgados com base em um comportamento moral e sexual pré-estabelecido e sendo elas próprias convencidas de que merecem o rechaço social e a doença representa uma punição merecida.

Outro aspecto importante trazido no excerto 20 refere-se à violência doméstica outra designação para a violência contra a mulher, trazida novamente pela US-2, sem considerar a questão de gênero, conforme pode se verificar a seguir:

US-2 – Excerto 20:

“...A violência doméstica é a que predomina, e a região mais atingida é a Moab Caldas. A faixa etária é variável. As mulheres têm muito medo de denunciar, porque nada é resolvido e elas continuam na mesma situação, apanhando...”

Para Saffioti (1999.p. 3) no que tange a violência domiciliar “são muito tênues os limites entre quebra de integridade e a obrigação de suportar o destino de gênero traçado para as mulheres: sujeição aos homens, pais ou maridos”. Segundo a autora, cada mulher sabe o seu limite, e a avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da individualidade. Com isso, fica claro que a permanência em uma relação conflituosa não ocorre porque a mulher gosta de apanhar, ainda presente no senso comum, mas devido a fatores particulares à mulher agredida, ao agressor e também à sociedade como um todo, que podem incluir dependência econômica, filhos e ou outras vulnerabilidades.

A violência de caráter crônico ou contínuo gera prejuízos seja no âmbito físico, social, moral, emocional ou afetivo, ou seja, a experiência constante de sofrer agressão física e/ou psicológica. Tal situação traz consequências danosas para a saúde e por conta disso, as mulheres correm mais risco de desenvolver problemas mentais, fobias, insônia, transtornos de humor, depressão, ansiedade, pensamentos suicidas e, mesmo a própria consumação do suicídio (Meneghel, Sagot e Bairros, 2009).

O excerto 21 traz uma situação de violência física contra a mulher, identificada pela agente comunitária da US-2, trabalhadora que por sua inserção na comunidade possui maior possibilidade de identificar estes casos. O depoimento mostra que os encaminhamentos que tem sido rotineiros - o de indicar às mulheres que façam uma denúncia ou um Boletim de Ocorrência - não constituem a melhor estratégia e, podem inclusive representar maior risco para a vítima, como no episódio em que os vizinhos chamaram a Brigada Militar e o marido, em represália, agrediu de forma ainda mais violenta a vítima.

US-2 – Excerto 21:

[agente comunitária]: “A minha vizinha sofre violência doméstica, apanha muito do marido... eu orientei ela pra denunciar, ela não denuncia, porque uma vez os vizinhos chamaram a Brigada, porque ela tava apanhando muito, a Brigada levou ele de manhã e de tarde já tava solto, aí quando ele retornou, terminou de quebrar ela. Então por medo ela não denuncia, aí fica o estigma que a mulher gosta de apanhar.”

Evidencia-se neste relato, o encorajamento do ACS para que a “vizinha violentada” denunciasse a violência perpetrada pelo marido. De qualquer maneira, é preciso um trabalho conjunto das instituições que constituem a rede de enfrentamento, uma vez que a solução não pode ser buscada somente no âmbito familiar ou nas equipes de saúde. É notório o reconhecimento da atuação da rede básica de saúde, para uma detecção precoce dos casos de violência, traçando linhas de cuidado que fortaleçam a mulher e não instigando apenas a denunciar (Oliveira, 2005), porque a denúncia sem uma rede de proteção pode significar um risco adicional.

Para Mizuno et al., (2010) a violência acontece em gravidade crescente, de modo que ao longo do tempo os incidentes vão se tornando mais graves, aumentando sua frequência e intensidade. No excerto 21 verificou-se o aumento da gravidade da violência: *“aí quando ele retornou, terminou de quebrar ela”*. Ainda, no caso apresentado no excerto 21 se reconhece o estigma sofrido pelas mulheres e o descaso dos órgãos de segurança, a partir da descrição de que *“a Brigada levou ele [o agressor] de manhã e de tarde já tava solto, aí quando ele retornou, terminou de quebrar ela. Então por medo ela não denuncia, aí fica o estigma que a mulher gosta de apanha.”*

Na US-4, no momento em que se perguntou se a unidade atendeu algum tipo de violência no último ano, eles relatam a violência de caráter crônico e gravidade ascendente sofrida por uma menina, perpetrada pela mãe e familiares como se observa no excerto 22:

US-4 – Excerto 22:

“A mãe cortou os dedos da menina numa briga. Essa aí apanha bastante né, a mãe cortou os dedos, apanhou do ex-marido, apanhou das irmãs do ex-marido, essa aí apanhou, apanhou muito. Na verdade, a gente não faz atendimento de urgência e emergência aqui, então, esse tipo de atendimento a gente não faz aqui, eles voltam sempre para fazer curativos, retirar pontos.”

Esse caso somente foi conhecido pelos profissionais da US quando a vítima buscou o local para fazer curativos, o que reforçou para os profissionais a ideia de que a mulher continuava em uma situação de violência por sua própria opção. Percebe-se ainda que a vítima não recebeu qualquer ação de acolhimento, nem foi

referida outra ação ou intervenção em relação a esta família. A postura é a tradicional pautada no modelo biomédico, que se restringe a tratar as lesões e agravos.

O empoderamento das mulheres em situação de violência é um processo complexo e desafiador. Conforme explica Sagot (2000) ao trabalhar com mulheres que conseguiram fazer cessar a violência, identificou-se que estas experimentavam mesmo nos seus momentos de dor e aparente fraqueza, um processo de iluminação e preparação pessoal, para algo que somente elas poderiam realizar, sem possibilidade de que outra pessoa pudesse fazer esta tarefa por elas. Trabalhar com pessoas em situação de violência e conseguir oferecer linhas de cuidado representa um grande desafio para os profissionais da rede, e em particular os da saúde. Na verdade, as intervenções mais efetivas e equânimes são aquelas que respeitam e apoiam esse processo de transformação no qual cada mulher é a protagonista de sua mudança. Sendo assim, decisões e imposições de uma lógica externa, como exigir que a mulher faça uma denúncia ou se separe, pelo simples fato de invadir o espaço do processo pessoal das mulheres, podem se tornar, ao invés de um facilitador, um obstáculo a mais na rota crítica.

As mulheres vítimas de violências precisam estar fortalecidas para que possam agir por si próprias, denunciando e defendendo-se das violências que sofrem. Contudo, para que este processo seja possível, se faz necessário que, em primeiro lugar, elas se vejam e se identifiquem como pessoas violadas e agredidas. Este é um caminho que irá emergir e se consolidar de modo particular para cada mulher e somente ela poderá ser a autora de sua libertação.

5.3 Ações realizadas (ou não) pelos profissionais frente às violências contra as mulheres

5.3.1 *Notificação da violência contra a mulher*

Dentre as diversas estratégias adotadas para o enfrentamento da violência, a notificação compulsória surge como medida fundamental para dimensionar a

magnitude e a gravidade deste fenômeno. É importante reforçar, que o Ministério da Saúde em junho de 2006, reconhecendo o impacto do problema da violência no Brasil, implantou o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), com a finalidade de obter dados, divulgar as informações sobre violências e acidentes e subsidiar a formulação de políticas e a definição de prioridades. Sendo assim, o objeto de notificação é a violência doméstica, sexual e de outras violências (psicológica/moral, financeira/econômica, tortura, tráfico de pessoas, trabalho infantil, negligência/abandono e intervenção por agente legal) contra mulheres e homens em todas as idades. Ademais, o instrumento de notificação compulsória busca conhecer vários aspectos do fenômeno em questão, dentre eles, os dados pessoais das vítimas, dados da ocorrência, tipologia da violência, dados do provável autor da agressão, além de informações sobre evolução e encaminhamentos (Brasil, 2013).

Por conta dos relatos trazidos pelos profissionais nos grupos focais em relação às dificuldades encontradas no processo de notificação, perceberam-se os dilemas e desafios enfrentados pelos profissionais que estão na linha de frente do atendimento e do reconhecimento das situações de violência. No contexto da Atenção Básica, Rolim *et al.*, (2014), relata que os processos de identificação e de notificação dos casos de violência deveriam ocorrer com presteza para poder adotar medidas de cuidado pertinentes, visto que a ESF está configurada em um lugar privilegiado para a detecção de situações de violência. Contudo, estes autores apontam debilidades estruturais e dificuldades dos profissionais de saúde no que tange esses processos, sendo essas práticas ainda incipientes ao nível da rede de atendimento e o que determina que as notificações de violências ocorram de forma casual e não sistemática.

No excerto 23, US-6, pode-se evidenciar o quanto os processos de notificação parecem se configurar como apenas mais um procedimento burocrático ou *“um papel que a gente preenche só para notificar”*. A notificação faz parte do processo de vigilância epidemiológica, cujo slogan é *“informação para ação”* (Meneghel, 2015) e se os profissionais de saúde não compreenderem a importância da notificação como instrumento para a tomada de decisões, eles irão descurar a realização desta atividade, não notificando, notificando com atraso ou não

investigando adequadamente o caso. Nesta situação, a notificação é vista apenas como mais um trabalho a realizar.

US-6 – Excerto 23:

[Coordenador] “Eu acho ah, que é mais um papel que a gente tem que preencher e com pouca resolução, eu participei de uma capacitação de preenchimento da ficha de notificação de violência, eu entendi, saí dela (capacitação) entendendo que é mais um papel que a gente preenche só pra notificar”.

US-3 – Excerto 24:

[Profissional] “A gente fez a ficha de notificação de violência e foi uma das poucas vezes que a gente fez isso, até porque os profissionais não se sentem à vontade de fazer as notificações por causa das ameaças, medo de sofrer represálias, de insegurança, então os profissionais não têm o hábito de fazer a ficha de violência realmente”.

US-6 – Excerto 25:

[Profissional] “eu fui a uma reunião do grupo de monitoramento das violências e fiquei sabendo, por exemplo, que tentativa de suicídio a gente tem que encaminhar a notificação, e a gente não faz isso, e olha quantas tentativas de suicídios que a gente teve, e que nunca notificou”.

Nos excertos elencados acima (24, US-3 e 25, US-6) os profissionais atribuem alguns motivos para a não notificação como o medo de sofrerem represálias, descrença na valorização do registro e desconhecimento quanto a sua obrigatoriedade. Estudo de Lima e Deslandes (2015) aponta que o medo de retaliações, seja por parte do familiar ou do autor da violência, seja pelo receio de envolvimento judicial, acabam incidindo para a subnotificação das situações de violência. Outros fatores associados também foram identificados pelas autoras como, por exemplo, o desconhecimento dos profissionais de saúde da importância do processo de notificação; pouco apoio institucional para a realização da notificação; falta de formação ou capacitação do profissional para a identificação das situações de violência ou quanto aos procedimentos de notificação; descrença nos mecanismos sociais de proteção e até a falta de compreensão do que sejam as orientações éticas profissionais quanto ao sigilo.

Percebe-se assim, o quanto a notificação se revela elemento importante para a atuação efetiva dos profissionais nas unidades básicas. Egry *et al.*, (2018) reforçam que a notificação é uma das principais etapas na linha de cuidado para o enfrentamento da violência, pois é dela que derivam ações que alimentam as redes

de atenção e proteção, culminando na promoção, prevenção de reincidências às pessoas em situação de violência.

Egry *et al.*, (2018) também alertam para a importância da capacitação dos profissionais para que consigam atuar tanto em termos de fluxo e procedimentos como de uma compreensão ampliada do fenômeno da violência, incluindo a interseccionalidade de gênero, geração, raça e classe social, além de estratégias diversificadas de reconhecimento e enfrentamento.

Os profissionais da US-7 citaram um evento de violência sexual praticado contra criança, situação que se acredita elevada no território, apesar da baixa notificação local. Eles colocam que mesmo realizando o preenchimento da ficha de notificação, a qual foi realizada pela médica da US, acionando o Conselho Tutelar ou levando o caso para discussão com a rede, não houve continuidade na atenção e cuidado, falhando no que tange à resolutividade do problema. Esse fato aparece no excerto 26, quando o profissional desabafa: *“ninguém faz nada, demanda, demanda, comunica, comunica e nada é feito”*. No relato 27, a fala acontece em nome da equipe que afirma o desejo de *“resolver a situação, sem encontrar uma saída”*, mostrando o quanto esse processo gera o sentimento de angústia e impotência.

US-7 – Excerto 26:

[profissional] “Teve ficha de notificação de violência e que foi até a médica que fez, levamos o caso para o conselho tutelar e a gente discutiu na reunião da rede, falou com o conselheiro e nada foi feito e ninguém faz nada, demanda, demanda, demanda, comunica, comunica e nada é feito e por mais que a gente registre, comunique, apresente, não tem soluções concretas, soluções concretas pra nós não chega.. é incrível”.

US-7 – Excerto 27:

“A gente se sente responsável, tanto é que nos angustia e todo mundo fica angustiado com a situação, porque a gente quer resolver e não encontra saída, e a gente fica presa né? a gente se sente angustiado, porque a ESF é dar resolutividade aos casos, soluções às situações apresentadas, e a gente não consegue dar soluções às situações de violência.”.

Um fator que obstaculiza a atuação dos trabalhadores da saúde é a insuficiência ou inexistência de equipamentos sociais como serviços especializados e casas de passagem que possam albergar e proteger essas mulheres. O fato de realizar um diagnóstico de violência de gênero perpetrada contra uma mulher e não ter recursos humanos e materiais para oferecer é uma situação que gera mal-estar,

ansiedade e angústia, fazendo com que muitos trabalhadores prefiram ignorar este problema (Meneghel, Portella, 2017).

Estes relatos evidenciam as barreiras existentes entre as diferentes instituições, que dificultam ou impedem o estabelecimento de canais de comunicação e de atendimento entre os serviços. Ainda assim, é imprescindível o estabelecimento de um fluxo de atendimento para que seja possível pensar em um trabalho articulado em rede. Em muitas redes de enfrentamento às violências não há rotinas de encaminhamento e atuação conjuntas e preestabelecidas, dificultando os fluxos e não conseguindo superar as barreiras existentes nas redes intersetoriais que atuam em relação a esta temática (Schraiber *et al.*, 2007). Ademais, é importante destacar que trabalhar com o atendimento à violência, muitas vezes é visto pelos profissionais como um trabalho que gera desconforto e mal-estar, além de trazer sentimento de tristeza, impotência e angústia (Kiss e Schraiber, 2011).

Um recurso potente que foi desvendado durante a pesquisa foi a existência de Relatórios de Notificação de Violências fornecidos pelo Centro de Vigilância da Saúde (CEVS) da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Porto Alegre. Tais arquivos são elaborados pelo CEVS-SMS, a partir de notificações de serviços terciários (hospitais, HPS e outros) referentes aos diferentes territórios da cidade e enviados para cada gerência distrital que, por sua vez, os envia às USs. Assim, não haveria razão para o desconhecimento por parte dos trabalhadores das USs dos casos notificados em outros serviços que compõe a rede. Por outro lado, a Gerência, em seu processo de trabalho e educação permanente, realiza demandas contínuas para aumentar as notificações de violências no território, mas não contabiliza, nem analisa os dados de notificação constantes dos Relatórios enviados pelo CEVS.

No Quadro 2, apresenta-se uma síntese do Relatório de Notificação, referente às sete USs trabalhadas nesta pesquisa. Foram 21 casos de violências, dos quais, somente dois casos haviam sido notificados pelas USs de referência das vítimas (US-4 e US-6), sendo que todos os outros registros foram realizados pelos serviços de referência que compõe a rede.

Verificou-se que dentre os possíveis motivos pelos quais os profissionais não tiveram conhecimento dos registros realizados um deles deve-se ao fato de que os

relatórios com os registros são encaminhados juntamente com os dados de notificação de todas as gerências distritais em uma única base. Tais arquivos são recebidos simultaneamente por todas as unidades do território, sendo remetidos pela gerência sem nenhum tratamento prévio dos dados e, ao receberem estes relatórios, as unidades de saúde simplesmente mostram-se indiferentes ao documento.

Quando foram questionados sobre o motivo para não abertura dos arquivos, os profissionais justificaram apresentando diversas razões, incluindo o mau funcionamento da conexão de *internet*. Além disso, não há nas USs, profissional capacitado a desmembrar os arquivos e organizar os dados das notificações, além de haver apenas um único computador em cada US, disponível para os mais diversos usos. Como resultado, observa-se que os profissionais não visualizam as notificações e desconhecem a dimensão real do problema em suas áreas de atuação.

Tendo em conta o exposto, os arquivos enviados pela gerência distrital referentes às 7 USs deste estudo foram analisados segundo os dados provenientes da ficha de notificação, incluindo dados demográficos, fonte notificadora, ano da notificação, local da ocorrência e tipo de violências segundo o Capítulo 20 da Classificação Internacional de Doenças - CID-10.

De fato, observa-se no Quadro 2 que dentre os 21 casos notificados, somente dois tiveram registros efetuados nas próprias USs. Os 19 casos remanescentes foram detectados e notificados por outros serviços e, portanto, ficaram invisibilizados aos profissionais, embora ao terem conhecimento dos casos, tenham assinalado que eram pessoas conhecidas.

Foram 12 casos de violência física perpetrados por companheiros, pais, filhos e pessoas não especificadas, seis casos de violência sexual, configurando praticamente um terço do total, duas tentativas de suicídio e uma situação de negligência com adolescente. Selecionaram-se apenas as ocorrências em mulheres, com idades variando de 14 a 64 anos. Os casos foram notificados pelo Hospital de Pronto Socorro (HPS) (2), Hospital Fêmeina (2), Hospital Municipal Presidente Vargas (HMPV) (2), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (1), Casa Viva Maria (1), Pronto

Atendimento Cruzeiro do Sul (PACS) (1) e os demais pela rede. Em seis situações foram realizadas VDs pelos ACS ou outro tipo de acompanhamento.

Após este levantamento, foram agendadas reuniões com cada unidade de saúde para apresentar o relatório e os casos notificados e discutir possibilidades de intervenção. Nestes encontros foram apresentados às equipes as notificações de violências procedentes do CEVS e referentes à população moradora na área adscrita, das quais eles não tinham conhecimento. A partir destes encontros e discussões, nos quais foi pontuado a importância, não apenas de notificar, mas de acompanhar as situações de violência, buscando ofertar cuidado às vítimas, algumas USs decidiram organizar-se para realizar Visitas Domiciliares (VDs) às famílias afetadas.

As visitas trouxeram elementos para além do que havia sido constatado nos GFs da presente pesquisa e as informações trazidas do campo mostraram forte evidência de como a violência de gênero de fato perpassa e atinge mulheres de diferentes idades e situações de vida no território. Contudo, houve dificuldade em motivar os profissionais a adentrarem nos territórios para visitar as famílias e quase a totalidade das VDs foram canceladas por algum motivo relacionado ao cotidiano dos serviços. Além do mais, para nenhum dos casos notificados foi construído um Projeto Terapêutico Singular (PTS) inserindo as mulheres e meninas vítimas de violências em uma linha de cuidado integral. O PTS consiste em uma reunião com toda a equipe de saúde com objetivo de ajudar a entender o cidadão com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, definir propostas de ações coletivamente (Brasil, 2007).

Um ponto relevante de ser destacado refere-se ao fato de que, após o levantamento dos dados e discussões de equipe junto aos profissionais, estes verbalizaram que, sem exceção, conheciam todas as vítimas registradas na base de dados e, em muitos relatos expressaram surpresa quanto à ocorrência da violência, alegando que não suspeitavam de tal fato, mesmo conhecendo e atendendo estas pessoas. Esse fato demonstra o quanto a violência é invisibilizada nos serviços de saúde, que não possuem protocolos de atendimento e, mesmo frente a sintomas difusos, preferem considerar as mulheres como “poliqueixosas” ao invés de investigar a presença de violência em suas vidas.

Outro aspecto relevante que cabe ser destacado é que os profissionais possuem a visão estereotipada da violência como um agravo físico ou mesmo psicológico, mas não percebem a vítima de forma integral, pensando em um cuidado da pessoa ou do grupo familiar como um todo. Além disso, há um sentimento de desobrigação em relação a usuários e usuárias que viviam no território de outras equipes, justificando que cada equipe deve se preocupar somente com usuários sob sua responsabilidade.

As VDs foram em sua totalidade realizadas pelos próprios ACS, cabendo lembrar que estes profissionais possuem um acesso ampliado à comunidade, sobretudo por sua proximidade e vínculo com as famílias. Ainda cabe destacar a importância dessas VDs, as quais possuem grande potencial para trazer à tona informações, percepções e oportunidades de cuidado, que sem elas ficariam apagadas em meio às vivências pessoais de cada vítima.

Aqui seria importante trazer o que expõe Cunha e Sá (2013), os quais apontam o importante papel da VD no estabelecimento de vínculos com a população, e ainda o seu caráter estratégico para integralidade e humanização das ações de saúde. Segundo os autores, as VDs permitem uma maior proximidade e, conseqüentemente, maior responsabilização dos profissionais com as necessidades de saúde da população. Por seu turno, Signorelli *et al.*, (2013) reforçam não só a importância das VDs, mas também do papel-chave dos ACSs, ao estarem em contato permanente com as pessoas sob seus cuidados, adentrando o universo doméstico dos indivíduos e proporcionando um diálogo, não apenas moldado pelo viés biomédico, mas amplo, horizontal e rico em subjetividades. Por fim, os ACS podem desempenhar um papel importante no acolhimento de mulheres em situação de violência doméstica, podendo constituir-se em importantes elementos na estratégia de amparo às mulheres fragilizadas pela violência.

Quadro 2 – Notificações de violências no território segundo o tipo de violência contra a mulher

Item	US	Idade da vítima	Data da notificação	Fonte notificadora	Tipo de violência	Evolução e Encaminhamentos
1	US-1	-	18/08/2014	Rede	Maus tratos pelo esposo ou companheiro	Sem encaminhamentos
2	US-1	14 anos	04/08/2015	HPV	Agressão sexual por meio de força física	Sem encaminhamentos
3	US-1	17 anos	30/07/2015	HPS	Negligência e Abandono pelos pais	Sem encaminhamentos
4	US-1	40 anos	06/01/2015	Rede	Auto intoxicação por exposição intencional a outras drogas	Sem encaminhamentos
5	US-2	30 anos	24/06/2014	Rede	Agressão por meio de força física	Tratamento com psiquiatria.
6	US-2	17 anos	10/01/2015	Rede	Agressão sexual por meio de força física na estrada	Realização de VD
7	US-2	16 anos	01/07/2015	PACS	Maus tratos pelos pais: abuso	Sem encaminhamentos
8	US-2	41 anos	02/07/2015	GHC	Autointoxicação intencional	Sem encaminhamentos
9	US-3	38 anos	10/09/2014	Rede	Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação	Sem encaminhamentos
10	US-4	15 anos	10/07/2014	Rede	Agressão sexual por meio de força física	Não mora mais no território. Segundo coordenador da US, ela está casada e feliz. Os registros informam que a vítima sumiu de casa aproximadamente 6 meses. O pai estava procurando desesperadamente e localizaram através de cartazes. A vítima estava em um prostíbulo. Possui problemas de saúde mental, já foi internada. Não tem mais acompanhamento neurológico, encontra-se fora da escola, vínculos familiares fragilizados (pai e mãe).
11	US-4	54 anos	20/10/2014	US4	Agressão fogo no cabelo	Não mora mais no território. Segundo relato da ACS, A vítima teve o cabelo queimado pelo namorado. Ainda segundo a ACS, ela possui 2 namorados, o filho é agressivo com a mãe e ela está sempre na unidade de saúde. OBS: equipe muito resistente para discutir os casos. Esta notificação foi realizada pela própria unidade.
12	US-4	32 anos	25/02/2015	Rede	Auto Intoxicação intencional	Segundo ACS, a vítima está internada no CAPS.
13	US-5	19 anos	12/07/2015	Hospital Fêmeina	Abuso sexual	Sem encaminhamentos
14	US-5	23 anos	16/06/2015	Viva Maria	Maus tratos pelo companheiro	Sem encaminhamentos
15	US-5	15 anos	11/03/2015	Rede	Maus tratos por outra pessoa especificada	Sem encaminhamentos
16	US-6	23 anos	13/06/2015	HPS	Agressão Física	Sem encaminhamentos
17	US-6	64 anos	22/06/2015	US-6	Maus tratos pelo filho (força e sufocamento)	Filho foi afastado e foi solicitado pela medica da US a troca do endereço da tornozeleira
18	US-7	35 anos	23/07/2014	Rede	Maus tratos por pessoa especificada	Sem encaminhamentos
19	US-7	17 anos	15/06/2015	HPV	Agressão sexual por meio de força física	Sem encaminhamentos
20	US-7	19 anos	27/02/2015	Rede	Maus tratos (abuso) por pessoa não especificada	Sem encaminhamentos
21	US-7	22 anos	23/04/2015	Hospital Fêmeina	Agressão sexual por meio de força física	Sem encaminhamentos

Fonte: elaborado pela autora

5.3.2 Atuação da rede de atendimento à mulher em situação de violência

O setor saúde é um dos espaços privilegiados para identificação das pessoas em situação de violência e possui papel fundamental na definição e articulação dos serviços e instituições que atendem essas pessoas. Essa abordagem envolve dois campos de atuação: um próprio da saúde, chamado intrassetorial, e outro fora do setor saúde denominado intersetorial. A Rede Intrassetorial é constituída pelos Serviços de Atenção Básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NUPREVS), Serviços de Atenção Especializada de Saúde Mental e, Hospitais, que realizam atenção à violência sexual. A Rede Intersetorial inclui os demais órgãos e instituições envolvidos com a temática: Assistência Social, Sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos e as entidades da sociedade civil existentes no território (Brasil, 2010).

É importante compreender de que forma os trabalhadores da atenção básica em saúde estão operando (ou não) no que tange a articulação em rede, em busca de ações efetivas ao atendimento à mulher em situação de violência. Segundo Schraiber *et al.* (2012), os serviços de um mesmo setor de assistência, assim como entre os distintos setores que prestam assistência às mulheres em situação de violência precisam estar pautados no trabalho de equipes com abordagem interdisciplinar e desempenho multiprofissional, além de estarem abertos para uma integração intersetorial.

A atuação em rede apresenta potências, mas também limitações, sobretudo no que se refere ao atendimento à mulher em situação de violência. Os relatos elencados durante os grupos focais realizados nesta pesquisa trouxeram à tona algumas facetas relevantes no que compete à rede de atenção a mulheres em situação de violência.

A dificuldade de acesso consistiu no aspecto mais frequentemente manifestado pelos entrevistados como um empecilho para ofertar atenção e cuidado aos casos detectados. Os relatos que verbalizaram este problema, ocorreram em vários grupos focais, havendo 3 US que efetivamente fizeram referência a isso.

Dentre os relatos, foram elencados alguns desafios e dificuldades enfrentados pelos profissionais em situações que eles consideraram “insolúveis”, ocorridas por ocasião da busca de encaminhamentos de casos para outros serviços que compõe a rede. O Conselho Tutelar (CT), dentre as instituições que compõe a rede, foi a mais criticada. Os excertos a seguir (28, US-3; 29, US-3 e 30, US-4) referem-se a problemas enfrentados com o CT, que não apenas resiste em atender as demandas, mas “*quase nos correram da sala*”, mostrando pouca disponibilidade de acolher os parceiros em suas instalações, para tratarem de ações conjuntas. Eles contam também que não apenas as USs enfrentam questões com o CT, mas outros serviços como os Núcleos da Saúde da Criança e o NASF.

US-3 – Excerto 28:

“[profissional] eles participam (CT), da última vez, eles quase nos correram da sala, eles nos correram da sala. Tinha horário para começar e terminar, assim, ligeirinho”.

As críticas à atuação do CT foram contundentes, como no caso da US-3, quando ao ser questionado onde o CT falhou, o profissional diz que “eles não têm ética”. Em suma, o CT não é bem visto pelos profissionais, pelos próprios moradores e por toda a rede que compõe o território:

US-3 – Excerto 29:

“[profissional] Eu acho que falhou na questão do Conselho Tutelar. O conselho Tutelar da nossa região, não sei se mais alguém quer falar sobre isso, é pouco atuante, eles querem tudo “mastigadinho”, e eles acabam envolvendo os profissionais da saúde. Não tem ética.”

US4 – Excerto 30:

“Olha, o Conselho Tutelar não é muito bem visto nos locais que eu frequento, eu vou no Núcleo de Atenção da Saúde da Criança e Adolescente (EESCA) e eles falam mal do CT, quando eu vou no NASF também não falam muito bem, os próprios moradores me dizem que eles não resolvem nada..”

Ainda em relação às instituições que compõem a rede, houve reclamações ao Disque 100 (um serviço de utilidade pública que recebe demandas relativas a violações de Direitos Humanos 24 horas por dia). Os participantes argumentaram que nem mesmo o contato telefônico possibilita oportunidades de interação com a

rede, na medida em que eles não atendem as chamadas, conforme pode ser verificado nos excertos 31 e 32.

US-5 – Excerto 31:

“Eu [médica] fiquei 50 minutos no disque 100 para conseguir que a menina [atendente] se sentisse satisfeita, depois a gente [equipe] ligou de novo para confirmar a situação, tive [médica] que repetir tudo de novo, todos os dados, assim, foi extremamente irritante, difícil, desgastante”.

US-5 – Excerto 32:

“Fica muito difícil, o acesso teria que ser rápido e aí ela [atendente do disque 100] me dá 72 horas até que se tome uma providência né, então em 72 horas, acho que tem que ter outro mecanismo, a pessoa vai estar morte” [Enfermeiro].

De fato, as dificuldades burocráticas presentes nos processos de trabalho no cotidiano dos profissionais, no que concerne à articulação efetiva com a rede de proteção social, acabam gerando além do impedimento de uma atuação mais assertiva, o sentimento de angústia e de impotência, algo já observado quando se levantou a percepção dos profissionais.

Não bastasse os desafios envolvendo a dificuldade de acesso às instituições que compõem a rede, outras barreiras ainda emergem como elementos que dificultam uma possibilidade aceitável de atuar em relação à violência de gênero contra a mulher. Dentre as barreiras enfrentadas, as USs foram categóricas em apontar os problemas de morosidade nos encaminhamentos e atuação da rede. Os profissionais da US-4, por exemplo, relatam que a articulação com as redes de atenção à violência se dá de forma fragmentada, ou seja, a maneira que eles encontraram de articular com outros serviços se dá por meio dos contatos existentes na micro rede do território. Somente a partir dessa relação que eles conseguem avançar para algum encaminhamento.

No caso da US-5, quando perguntados sobre a relação com a rede, eles responderam que não estavam articulando ações com o conselho de saúde local, por conta da própria violência no território:

US-5 – Excerto 33:

“O conselho local a gente não está fazendo as reuniões, até por causa da violência e questões das barreiras e também por causa do horário que era somente das 18hs às 19hs.”

Os excertos, por si só, já revelam as barreiras que em conjunto inviabilizam e desestruturam os esforços no sentido de fazer com que as ações de promoção da saúde e atenção às vítimas aconteçam no cotidiano das USs. Inacessibilidade, barreiras burocráticas e falta de articulação são, de fato, elementos que atuam fortemente para a ineficiência da rede. Para Silva *et al.*, (2013), o acesso à rede pode acontecer em qualquer local e as pessoas devem transitar nos serviços que a compõem e a relação que deve ser estabelecida entre os serviços precisa estar pautada em uma organização em nível horizontal, em que todos tenham funções diferentes, essenciais, com o mesmo grau de importância e sem hierarquias.

Não obstante os desafios já citados houve depoimentos pontuando que outro obstáculo é constituído pela morosidade dos serviços, conforme os excertos 34 e 35:

US-6 – Excerto 34:

[Enfermeiro] “Recentemente nós tivemos um caso de uma senhora, que faz mais de quatro meses e ainda não se fez nada, a gente encaminhou para o serviço social e ainda não foi avaliada”.

US-7 – Excerto 35:

“A gente [equipe] depende de outros setores pra resolver a situação e sozinho a gente não consegue resolver os problemas, porque a gente depende de outras pessoas e outros setores”

A morosidade pode ser, com efeito, um elemento que obstaculiza a eficiência da rede, sobretudo no tocante ao tratamento das violências. Quanto a isso, as autoras Silva *et al.*, (2013) chamam a atenção para a problemática existente no que tange à ausência de articulação entre os serviços e de ações compartilhadas, bem como problemas de comunicação e interação entre os profissionais. Desta maneira, a constituição e manutenção de uma rede de atenção à mulher em situação de violência constitui um desafio para os gestores e profissionais da saúde.

D'Oliveira e Schraiber (2013), por sua vez, corroboram destacando que existe dificuldades na conformação dessa rede e na capacidade de resposta e articulação

dos serviços, apesar do avanço ocorrido na legislação, nas políticas públicas e na ampliação dos serviços voltados à violência contra a mulher. Essas mesmas autoras reforçam que a invisibilidade da violência na área da saúde está relacionada a uma “recusa tecnológica”, presente nas representações e concepções dos profissionais do campo.

A atenção aos casos de violência na maioria das vezes não exige o uso de tecnologias duras - equipamentos e medicamentos – que fazem parte do arsenal de tecnologias validadas na formação dos profissionais de saúde. As propostas para atuar em situações de violência compreendem principalmente as tecnologias leves, como as recomendações de escuta e orientação para a tomada de decisões compartilhadas entre as mulheres para lidarem com a violência. Aos profissionais, essas propostas não parecem pertinentes ao campo da saúde, como as que estão habituados a oferecer. Logo, a superação desse obstáculo deve passar pela obtenção e aceitação de ferramentas que privilegiem as tecnologias relacionais, que incluem a capacidade de diálogo, a escuta não julgadora, a construção de vínculo e o respeito para o tempo de cada mulher, dando-lhe espaço e protagonismo para efetuar as decisões sobre sua própria vida (Schraiber e d’Oliveira, 2009).

Com efeito, e indo ao encontro com as autoras acima, Merhy (2002) já expunha que as tecnologias permeiam diversas instituições do campo da saúde, as quais podem ser compreendidas em níveis. Estas tecnologias caracterizam-se de diferentes formas. Num extremo, elas aparecem como tecnologias duras, formadas por equipamentos e elementos que operam insensíveis ao homem. Num outro extremo, essas tecnologias tornam-se aquilo que o mesmo autor aponta como tecnologias leves, onde a subjetividade e interatividade como o usuário são predominantes. Neste nível, observa-se a presença da flexibilidade e a sensibilidade típica da interação operador da saúde versus cidadão/usuário. No âmbito das tecnologias leves, Merhy ainda aponta dois aspectos centrais, o trabalho vivo e o trabalho morto. Para ele o trabalho morto ocorre sobre a ação consumada ou trabalho realizado. Noutro caminho, o trabalho vivo ocorre no âmbito da interação entre o profissional da saúde e o usuário. É nele que, segundo (MERHY,1998; PINHO *et al.*, 2007), se faz presente o acolhimento, a possibilidade da personalização do atendimento, além da concretização de um cuidado que possibilite a superação da técnica. Neste contexto, os profissionais da atenção

básica emergem como atores “credenciados” para articular a construção de ações que levem à concretização do que seria esperado em termos de integralidade, sobretudo nas questões associadas à violência contra a mulher.

5.4 Caso exemplar: Ana, uma vida marcada pela violência

Todas as discussões e elementos trazidos até este ponto da pesquisa apontam evidências que mostram o cotidiano de violências contra as mulheres e quanto estes eventos são invisibilizados, esquecidos e o quão grande são os desafios em mudar tal cenário. Percebe-se que de um modo geral, o número de casos de violência inicialmente obtidos por meio de levantamentos com os grupos focais, se ampliam ao se realizar um olhar mais atento para a comunidade e sua rotina de exposição à violência e sofrimentos. Contudo, percebeu-se durante o estudo um aspecto muito relevante e mesmo assustador no tocante à violência de gênero e o quanto o sofrimento das vítimas pode estar oculto frente a uma série de complexidades que contornam a atuação na Atenção Básica à Saúde. Se cada caso pudesse ser visualizado em sua singularidade, os contornos de como a violência se desenrola na vida particular de cada mulher talvez nos trouxesse um cenário e um olhar de maior equidade quanto a essas pessoas, as quais muitas vezes são discriminadas, esquecidas, marginalizadas e estigmatizadas como sendo as únicas culpadas pelos seus tortuosos destinos.

Para experimentar ao menos em parte, o quanto um olhar pormenorizado poderia contribuir para compreender e diminuir o sofrimento imposto às mulheres vítimas de violências, se propõe como fechamento deste trabalho a apresentação de um caso exemplar, o qual desenrola em meio à rota crítica vivida por duas vítimas de violência, uma mãe e sua filha, em meio à uma trágica história familiar. Tomou-se o conceito de caso exemplar, entendido a partir da definição de Leal e Leal (2014), como relatos de histórias e/ou itinerários de vida, que possibilitam visualizações mais detalhadas e de aspectos significativos que permeiam uma determinada problemática em estudo. O estudo de casos exemplares permite retratar experiências e vivências de atores sociais, proporcionando uma compreensão mais nítida e aprofundada de eventos e podendo contribuir para esclarecer outros casos

similares. Desenvolvidos a partir de uma postura de ética e de seriedade no desvendamento de fatos complexos e emaranhados em julgamentos morais, esse processo permite recuperar a fala dos sujeitos através de dados secundários e captar suas trajetórias singulares, suas percepções e seu sofrimento.

A história aqui relatada foi pauta de diversas reuniões com a equipe do NASF durante o período da pesquisa. Inicialmente, o caso tratava-se de uma suspeita de abuso sexual de uma menina que na época, tinha apenas seis anos. O nome fictício desta vítima será Ana, de forma a preservar sua identidade, e que mesmo com tão pouca idade foi forçada à realidade cruel da violência praticada por aqueles que a deveriam acolher, cuidar e respeitar. Em setembro de 2014, recebemos a notificação de violência da Ana, e em posse desses dados, trouxe o caso para discussão durante reunião de equipe do NASF. Durante a reunião, foi relatado que este era um caso “cabeludo” e que há anos a equipe estava envolvida com a história familiar da Ana e que infelizmente, não havia muitas opções para seguir com o caso a não ser, continuar com o que já estava sendo realizado pela US de referência. O relato apresentado não elucidou todos os contornos da situação em questão e querendo saber mais sobre esta história, pedi autorização para o coordenador do NASF de forma a poder estudar longitudinalmente o caso, através de uma linha do tempo com os dados da história familiar de Ana.

A linha do tempo que se vincula à história de Ana inicia ainda nos anos 90, com a história de sua mãe e pai, que aqui serão chamados de João e Maria, e é apresentada a seguir:

- 1997:** A história inicia neste ano, quando Maria é diagnosticada pela equipe de saúde com retardo mental leve e também, é relatado que Maria sofreu abuso pelo pai;
- 1998:** Passado um ano, Maria procura a US informando que está com alteração de comportamento, onde ela própria relata que anda perambulando pelo centro da cidade e que também anda agressiva com as crianças;
- 1999:** Novamente, Maria relata tentativa de abuso por parte do pai e então, ela é encaminhada para psiquiatria e o diagnóstico prescrito é “sem queixas clínicas”;

- 2001:** Outra vez, passados 4 anos do primeiro contato com a US, Maria relata mais um abuso perpetrado pelo pai. Contudo, dessa vez, além de ir na US, ela realiza registro na delegacia da mulher;
- 2002:** Passa-se mais um ano e então Maria se casa;
- 2006:** Após 4 anos de relacionamento vem o primeiro filho do casal. Nasce neste ano, Léo, chamado aqui por este nome para preservar sua verdadeira identidade. Ele nasce com epilepsia;
- 2008:** Após dois anos do nascimento de Léo e passado uma década do primeiro contato de Maria com o US, nasce seu segundo filho, uma menina. Ana nasce com asma convulsiva;
- 2009:** Neste ano Maria passa a relatar agressão/atritos com o marido, além de relatar sintomas de nervosismo e ansiedade;
- 2012:** No ano em que completa 6 anos, Léo é internado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA) sofrendo convulsão. Na sua internação foi cogitada agressão física;
- 2012:** Ainda em 2012, Léo passa a apresentar comportamento agressivo na escola e é encaminhado para acompanhamento psicológico e encaminhado para o NASCA (Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente);
- 2013:** Após 11 anos de relação, Maria relata novamente agressões verbais e físicas entre ela e o marido. Os dois passam a agredir-se mutuamente e ambos agredem os filhos. A equipe de saúde dialoga com João e questiona sobre o seu comportamento agressivo. Então, João justifica dizendo que a esposa "*lhe tira do sério*" e ainda diz que ela não faz nada o dia todo, nem o mínimo necessário da rotina doméstica para higiene e cuidado dos filhos e da casa. Ademais, João relata que a esposa não faz comida para as crianças e que só quer fumar e conversar com os vizinhos e que não fica em casa. Quanto às crianças, ele diz que elas são muito agitadas, não respeitam regras e demandam atenção constante, e ambos fazem acompanhamento especializado no HCPA. Até aqui 15 anos de uma vida conturbada e de reincidentes

eventos de violência se desenrolaram. Maria, por várias vezes, traz à rede sua condição e sofrimento. Em meio a suas idas e vindas nessa tortuosa rota crítica, suas manifestações são visualizadas apenas no campo de desequilíbrio psicológico e a rede, sobretudo, a atenção básica, não consegue avançar para o acolhimento e a integralidade do cuidado. Maria, em uma década e meia, parece acumular em sua vivência todas as facetas de violência e desafios já discutidos até este ponto da pesquisa;

2014: Neste ano vem à tona a suspeita de que Ana sofre abuso perpetrado pelo seu avô, pai de Maria. O mesmo homem que 18 anos antes, em 1998, foi apontado por sua própria filha como aquele que lhe violentava. Em meio a isso, a psicóloga do Serviço de Assistência Familiar (SAF) entra em contato com a equipe do NASF para propor ações e encaminhamentos em parceria. Na sequência, uma série de encaminhamentos foram realizados, conforme segue:

- a) **26.08.2014:** Laboratório entra em contato com a unidade de saúde para informar resultado de EQU (Exame Qualitativo de Urina) com presença de Tricomona/DST em Ana. No mesmo dia, a Unidade de Saúde entra em contato com Maria para confirmar a origem da urina de Ana e chama mãe e filha para conversar;
- b) **28.08.2014:** A US contata com o SAF para pedir apoio. A US e SAF levam Maria e Ana até o CRAI/HMIPV (Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas) para realizar o boletim de ocorrência, notificação, realizar exames clínicos e encaminhamento judicial;
- c) **28.08.2014:** Na ocasião, a mãe de Ana diz que a filha está mentindo e então, o SAF realiza reunião junto com a equipe para pensar em encaminhamentos para a Ana. A suspeita de abuso pelo avô é então confirmada;
- d) **01.09.2014:** NASF discute o caso em uma reunião de equipe e propõe encaminhamentos para apoio da equipe e proteção a Ana. A Unidade de Saúde contata com o SAF para pedir apoio.

Embora não seja possível afirmar de forma categórica, os desdobramentos nestes 18 anos de passagem de Maria, e depois de Ana, pela rede possivelmente ocultam os desafios identificados até aqui na pesquisa. Em meio a sua busca por cuidado possivelmente Maria sofreu indiretamente ou não os efeitos dos medos, da impotência, das angústias, da indiferença, da naturalização da violência, dos tabus, da banalização da violência, da inacessibilidade à rede, desafios estes vividos e identificados nos levantamentos junto aos GFs. Não bastasse os efeitos trágicos vivenciados por Maria, a história de Ana vem à tona como um evento que se perpetua em meio à complexidade do fenômeno da violência. Um olhar pouco atento e transversal poderia visualizar no caso de Ana um evento isolado e singular. Contudo, a história de Ana se vincula com uma história muito mais antiga e que talvez tenha iniciado não em 1998, com os abusos sofridos por sua mãe, mas até mesmo antes disso, em meio a um contexto de injustiças e violências de gênero praticadas contra a mulher e no contexto de uma sociedade patriarcal. Infelizmente, e muito provavelmente, outras histórias como a de Maria e Ana se desenrolam cotidianamente, acortinadas por trás de um cenário de inequidade, invisibilidade e sofrimento vivenciado pelas comunidades segregadas nos territórios vulneráveis das grandes metrópoles.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho buscou conhecer se há equidade na atenção a mulheres em situação de violência na atenção básica de saúde. Este objetivo geral consolidou-se por meio de alguns objetivos específicos, alcançados e relatados no decorrer do trabalho.

Neste sentido, buscou-se primeiramente saber se os profissionais de saúde estão reconhecendo a violência contra a mulher no território onde atuam. Relativamente a isso, verificou-se que os trabalhadores da saúde não percebem a violência em uma dimensão que implique a perspectiva de gênero, parecendo-nos que assumem mais facilmente a ideia de violência interpessoal. Além disso, observou-se que estes profissionais possuem a visão fragmentada da violência, como um agravo físico ou mesmo psicológico, mas não percebem a vítima na sua integralidade. Percebeu-se ainda que, ao observar os relatos de violência, as condutas dos trabalhadores de saúde envolvem, muitas vezes, pré-julgamentos, preconceitos, julgamento moral e naturalização da violência, o que entre outros motivos parece revelar-se como uma das principais causas que obstaculiza a visibilidade da violência.

Um segundo objetivo específico consistiu em descrever como se dá o atendimento de situações de violência contra a mulher pelas equipes de saúde. No que tange a este objetivo, alguns pontos importantes merecem ser destacados, dentre os quais a presença no território da violência estrutural, que se manifesta como um determinante e entrave às ações de atendimento e acolhimento de situações de violência. Para, além disso, observa-se ainda que inexistem mecanismos para promover o fortalecimento e o empoderamento das mulheres vítimas de violência para que possam agir por si próprias, denunciando e defendendo-se das violências que sofrem. Verificou-se também que há barreiras no acesso dos profissionais a informações que lhes apoiem na atuação frente às violências. Dentre os principais desafios enfrentados está a dificuldade de operar com os relatórios, os entraves tecnológicos para acessar as informações, além da falta de profissional capacitado para atuar no registro, organização e gestão das notificações que chegam às USs. Nota-se ainda que a atuação em rede apresenta potências, mas também limitações, sobretudo no que se refere à continuidade do

cuidado às mulheres em situação de violência. O maior indício disso aparece na fragmentação e falta articulação da rede de cuidados.

Por fim, o último objetivo específico buscou identificar casos de violência contra a mulher ocorridos no território, procedentes de notificações de serviços pertencentes e externos ao Distrito. Neste sentido, apesar de se perceber o quanto a notificação se revela elemento importante para a atuação efetiva dos profissionais nas unidades básicas, identificou-se uma situação de subnotificação, onde apenas uma pequena parte dos casos foram efetivamente registrados nas USs. Mesmo nos casos em que houve algum registro na rede, estes ficaram invisibilizados aos profissionais da atenção básica. Nos casos notificados, verificou-se que a maioria trata-se de violência perpetrada por homens contra mulheres e, em praticamente um terço das situações, eram casos de violência sexual.

Outro problema enfrentado é a dificuldade ou impedimento de acesso às residências para a realização das visitas domiciliares. Por conta das situações de violência no território, o desempenho para a realização das VDs tem sido comprometido. Ademais, foi possível constatar no presente estudo como a violência interfere no processo de trabalho da unidade de saúde na medida em que a equipe não consegue realizar os cuidados assistenciais de acordo com o planejado, além de não conseguir realizar assistência domiciliar por conta da presença cotidiana da violência no território, o que restringe a assistência somente ao espaço físico das USs. Nesse sentido, pontua-se a importância de pensar de forma articulada em ações de prevenção à violência haja vista que, o trabalho articulado em rede é mais efetivo se comparado com ações de caráter pontual e/ou individual.

Ainda, é importante destacar a potencialidade da atenção básica para identificar, acolher e cuidar das mulheres em situação de violência, além de discutir e organizar as demandas referentes a violência de gênero. Dentre estas potencialidades pode-se destacar o acolhimento, os encaminhamentos, a articulação com os serviços de referência, a criação de vínculos para que as mulheres se sintam fortalecidas na busca de fazer cessar as violências.

Como possibilidades para ampliação do presente trabalho é possível supor estudos que extrapolem o limite do território abrangido, tentando visualizar as mesmas temáticas tratadas na presente dissertação em outros bairros vulneráveis

de Porto Alegre. Estudos focados exclusivamente no potencial da VDs para continuidade do cuidado e acolhimento às situações de violência, podem também se configurar como uma oportunidade de ampliação e seguimento da presente pesquisa.

Como fechamento, é importante destacar o quanto a vivência no território se configurou como um tema de descobertas e de crescimento pessoal. Durante vários anos e milhares de horas de vivência no território – do PET violências, passando pelo estágio curricular, a elaboração do TCC e da dissertação de mestrado - me senti pelo menos em parte adotada por este. Descobri, em meio aos diálogos e observação atenta da vida no território que este urge por algo que lhe é de direito, ser parte da cidade e não ser renegado ao estigma de “berço de violências e marginalidade”. Não é possível supor que somente o esforço das equipes de atenção básica à saúde possam romper com a imagem dicotomizada do “bem e mal”, na qual as regiões da cidade são divididas entre aquelas que estimulam as oportunidades, enquanto outras – as da periferia – parecem guardar em si todas as fontes de violências.

Território, com o encerramento desta pesquisa talvez não seja mais parte de ti, mas sempre serás parte de mim!

REFERÊNCIAS

ALMA-ATA. Conferencia Atención Primária em Saúde. 1978. Disponível em: <<http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 10 de junho de 2017

Almeida LR, Silva ATMC, Machado LS. The object, the purpose and the instruments of healthcare work processes in attending to gender-based violence in a primary.

ANGULO-TUESTA, A.J.. Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde. Dissertação (Mestrado). Fundação Oswaldo Cruz. Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

BAIROS, F.S.; MENEGHEL S.N.. Racial inequalities in access to women's health care in southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 2011; 27 (12): 2364-2372.

BANDEIRA L.. A transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. Brasília: SPM, 2004.

BANDEIRA, L.. Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas. Convênio Comissão Econômica para América Latina e Caribe – CEPAL, Secretaria Especial de Política para as Mulheres – SPM. UnB, Brasília, Janeiro 2004. Disponível em: <http://www.spm.gov.br/arquivos-diversos/.arquivos/integra_transversalidade_genero>. Acesso em: 15 junho 2017.

BARBOSA, A. P. Entre sociabilidades e representações sociais: uma experiência etnográfica na Vila Cruzeiro do Sul, Porto Alegre. *Illuminuras*, Porto Alegre, v. 16, n.38, p.165-180, jan./jul. 2015.

BARDIN, L.. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASTOS, F.I.; SZWARCOWALD, C.. Aids e pauperização: principais conceitos e evidências empíricas. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 16, n. 1, p. 65-76, 2000.

BEIJING. Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher: Convenção de Belém do Pará, 1994. Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/convencaobelem1994.pdf>>. Acesso em: 21 de junho de 2017.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal. Centro Gráfico, 1988. 292 p.

BRASIL. Lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Lei Maria da Penha. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. Disponível em:

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 15 de Junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Brasileira de Atenção Integral à saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher: Princípios e Diretrizes, DF, 2004. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/viewFile/17/18>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva): 2009 2010 e 2011. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Vigilância em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde: Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nas_f.pdf>. Acesso em: 04 de Outubro de 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Clínica ampliada equipe de referência e projeto terapêutico singular / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

CARCEDO, A.. No olvidamos ni aceptamos. Femicidio em Centro América, 2000-2006. San Jose: CEFEMINA, 2010. Disponível em: <[http://www.ufrgs.br/rotascriticas/textos/no-olvidamos-ni-aceptamos-femicidio-en-centroamerica\[1\].pdf](http://www.ufrgs.br/rotascriticas/textos/no-olvidamos-ni-aceptamos-femicidio-en-centroamerica[1].pdf)>. Acesso em: 04 de agosto de 2018.

CARLINI-COTRIM, B.. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigações sobre abuso de substâncias. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 285-293, Jun. 1996.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N. Iniquidades de Gênero: Mulheres com HIV/Aids em Situação de Violência. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v27n4/0103-7331-physis-27-04-01087.pdf>>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

CECCON, R.F.; MENEGHEL, S.N.; PORTES, V.M.. Mecanismos de submissão feminina: gênero, pobreza e iniquidades. Saúde em Redes, v. 2, n. 1, 2016.

CEDAW - 1974. Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher. Disponível em: <<http://www.cidh.org/basicos/portugues/m.belem.do.para.htm>>. Acesso em: 22 de junho de 2017.

CHAUÍ, M.. Participando do debate sobre mulher e violência. Perspectivas antropológicas da Mulher 4: Sobre Mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar Editores, p.25-62, 1985.

CONASS, Conselho Nacional de Secretário de Saúde. Atenção Primária e Promoção da Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_3.pdf>. Acesso em: 20 de junho de 2017.

CUNHA, M.S.; CASTILHO, S.A.M.. A visita domiciliar na estratégia de saúde da família: os desafios de se mover no território. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 17, n. 44, p. 61-73, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de Agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832013000100006>.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; SCHRAIBER, L.B.. Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção. Revista de Medicina, São Paulo, v. 92, n.2, p. 134-40, abr.-jun. 2013.

EGRY, E.Y.; APOSTOLICO, M.R.; MORAIS, T.C.P.. Notificação da violência infantil, fluxos de atenção e processo de trabalho dos profissionais da Atenção Primária em Saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 23, n. 1, p. 83-92, Jan. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000100083&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 de Agosto de 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018231.22062017>.

FACCHINI L. Luiz Facchini fala sobre a reformulação da Política Nacional de Atenção Básica. Associação Brasileira de Saúde Coletiva – Abrasco, 2017. Disponível em: <<http://rededepesquisaaps.org.br/2017/08/02/luiz-facchini-fala-sobre-a-reformulacao-da-pnab-politica-nacional-de-atencao-basica/>>. Acesso em: 11 Setembro de 2018.

FONSECA, E.S.; MENEGHEL, S. N.. Entre as violências, o medo e o protagonismo social: vivências em um distrito de saúde, Porto Alegre. *Saúde em Redes*, v. 2, n. 3, p. 281-291, 2016.

FONSECA, R.M.G.S.. Eqüidade de gênero e saúde das mulheres. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v.39, n.4, p.450-459, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400012&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 julho de 2018.

GATTI, B.A.. Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas. Brasília: Líber Livro, 2005.

GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (organizadores). *Métodos de Pesquisa*. Coordenado pela Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS e SEAD/UFRGS. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

GIFFIN, K.. Pobreza, Desigualdade e Equidade em Saúde: Considerações a partir de uma Ótica de Gênero Transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, v.18 (suplemento), p. 103-112, 2002.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>>. Acesso em: 22 de outubro de 2017.

GÓMEZ, E.G.. Género, equidad y acceso a los servicios de salud: una aproximación empírica. *Rev Panam Salud Publica*, v. 11, n. 5/6, p. 327-334, 2002.

GONDIM, S.M.G.. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. *Paidéia*, v.12, n. 24, p. 149-161, 2003.

HASSE, M.. Violência de gênero contra mulheres: em busca da produção de um cuidado integral. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/83/83131/tde-13022017-204029/pt-br.php>>. Acesso em: 1 de agosto de 2018.

HEILBORN, M.L.. Articulando gênero, sexo e sexualidade: diferenças na saúde. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R.M.G.; GOMES, M.H.A.. *O Clássico e o Novo: tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. p. 198-444.

ILHA, M.M.; LEAL, S.M.C.; SOARES, J.S.F.. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. *Rev. Gaúcha Enferm.* (Online), Porto Alegre, v.31, n.2, p.328-334, Jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472010000200018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Aug. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1983-14472010000200018>.

IÑIGUEZ L. (coord.). *Manual de análise do discurso em Ciências Sociais*. Petrópolis-RJ: Vozes, 2004.

JACQUES N.; MENEGHEL S.N.; DANILEVICZ, I.M.; SCHRAM, J.M.A.; FERLA, A.A.. Equidade na atenção à saúde de mulheres no Haiti. Rev. Panam Salud Publica, v. 41, n. 34, p. 01-07, 2017.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.L.P.. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu) 2007; 11(23):485-501. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n23/a07v1123.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2018.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.. Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais. Cienc Saude Colet. 2011; 16(3):1943-52. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000300028. Acesso em: 12 de julho de 2018.

KISS, L.B.; SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.. Possibilidades de uma rede intersectorial de atendimento a mulheres em situação de violência. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-32832007000300007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 de agosto de 2018.

LEAL, M.L.; LEAL, M.F.P.. orgs. Pesquisa sobre Tráfico de Mulheres, Crianças e Adolescentes para fins de Exploração Sexual Comercial - PESTRAF: Relatório Nacional - Brasil / Maria Lúcia Leal e Maria de Fátima Leal, organizadoras. — Brasília: CECRIA, 2002.

LEAL, S.M.C., et al. Mulheres e violência em áreas rurais do Rio Grande do sul. In: MENEGHEL, S.N.. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2009. p. 64-82.

LEAL, S.M.C.. Lugares de (não) ver – as representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. Tese (Doutorado). Programa de pós-graduação em enfermagem, UFRGS, 2010.

LIMA, J.S.; DESLANDES, S.F.. Olhar da gestão sobre a implantação da ficha de notificação da violência doméstica, sexual e/outras violências em uma metrópole do Brasil. Saude soc., São Paul , v. 24, n. 2, p. 661-673, Junho de 2015.

MASCARENHAS, M.D.M., et al.. Violência contra a pessoa idosa: análise das notificações realizadas no setor saúde - Brasil, 2010. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2331-2341, set. 2012.

MENDES E.V.. As redes de atenção à saúde. Brasília, Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549.

MENEGHEL S.N.. Equidade de gênero na atenção básica como um marcador de integralidade. [Projeto de pesquisa. Financiada CNPq]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, 2012.

MENEGHEL S.N.; PORTELLA, A.P.. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciênc. saúde coletiva. 2017, 22, (9): 3077-3086.

MENEGHEL S.N.. Que vigilância vamos fazer? In: Meneghel SN. Epidemiologia: exercícios (in)disciplinados. Porto Alegre/ Tomo Editorial, 2015.

MENEGHEL, S.N., et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública 2011, vol.27, n.4.:743-752.

MENEGHEL, S.N., et al. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.4, p.743-752, Abr. 2011.

MENEGHEL, S.N.; FARINA, O.; RAMAO, S.R.. Histórias de resistência de mulheres negras. Rev. Estud. Fem, Florianópolis, v. 13, n. 3, p. 567-583, Dez. 2005.

MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON, E.A.. A rota crítica das mulheres no Brasil – aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. In: MENEGHEL, S.N.. (Org.). Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007. p. 51-61.

MENEGHEL, S.N.; SILVA, B.C.; FONSECA, E.S.. Oficina de bonecos: Experiências de um programa de educação pelo trabalho (PET SAÚDE). Rev. interface-comunicação, saúde, educação. No prelo.

MENEGHEL, SN. Ciclo da Violência. In: FLEURY-TEIXEIRA, E; MENEGHEL, SN (orgs). Dicionário Feminino da Infância. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015, p. 61-63.

MENEGHEL, Stela Nazareth et al . Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência de gênero. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 691-700, Mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000300015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 17 de Julho de 2018

MENEGHEL, Stela Nazareth et al . Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 743-752, Apr. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; MARGARITES, Ane Freitas. Femicídios em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil: iniquidades de gênero ao morrer. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 33, n. 12, e00168516, 2017 .

MENEGHEL, S.N.; PORTELLA, A.P.. Femicídios: conceitos, tipos e cenários. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 22, n. 9, p. 3077-3086, Sept. 2017 .

MERHY, E.E.. SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2002.

MINAYO, M.C.S.. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Pública; v. 6, n. 3, p. 278-292, 1990.

MINAYO, M.C.S.. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005, p. 119.

MINAYO, M.C.S.. A violência na adolescência: um problema de saúde pública. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 278-292, Setembro. 1990.

MINAYO, M.C.S.. Violência contra crianças e adolescentes: questão social, questão de saúde. Rev. Bras. Saude Mater. Infant., Recife, v. 1, n. 2, p. 91-102, Aug. 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>

MINAYO, M.C.S.. Expressões culturais de violência e relação com a saúde. In: Violência e saúde. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. Temas em Saúde coletiva, pp. 83-107. ISBN 978-85-7541-380-7.

MINAYO, M.C.S.. O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. Política de Atenção à Saúde da Mulher. Brasília, DF; 2004.

MIZUNO, C.; FRAID, J.A.; CASSAB, L.A.. Violência Contra a Mulher: Por que elas simplesmente não vão embora. Simpósio sobre Estudos de Gênero e Políticas Públicas, v. 1, 2010.

MOONEY, G.. A equidade no contexto da diversidade cultural e da diversidade de sistemas econômicos. In: MCLNTYRE, D.; MOONEY, G. (Org). Aspectos econômicos da equidade em saúde. Rio de Janeiro, 2014. v.2, p. 83-104.

OLIVEIRA, R.N.G; FONSECA, R.M.G.S.. A violência como objeto de pesquisa e intervenção no campo da saúde: uma análise a partir da produção do Grupo de Pesquisa Gênero, Saúde e Enfermagem. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/3610/361035360006/>>. Acesso em: 15 de julho de 2018.

OLIVEIRA, R.N.G.; FONSECA, R.M.G.S.. Necessidades em saúde: a interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 23, n. 2, p. 299-306, abr. 2015.

OMS. World report on violence and health. Geneva, World Health Organization, 2002

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Beijing, 1995. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório Mundial Sobre Violência e Saúde. Genebra, 2002. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf>. Acesso em: 15 de junho de 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Relatório Mundial da Saúde de 2008: Cuidados de Saúde Primários. Disponível em: <http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponível em: <[2002.http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1&isAllowed=y)>. Acesso em: 30 de julho de 2018.

PEQUIM, 1995. Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial Sobre a Mulher. Disponível em: <http://www.onumulheres.org.br/wp-content/uploads/2014/02/declaracao_pequim.pdf>. Acesso em: 10 Outubro de 2018.

PINHO, L.B., et al.. A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. Rev Eletr Enf [on-line]. v. 9, n.3, p. 835-846, 2007.

PORTO ALEGRE, 2017. Plano Municipal de Saúde, 2018 – 2021. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/plano_municipal_de_saude_-_pms_2018-2021_-_revisado_em_16_01_18.pdf>. Acesso em: 10 Outubro de 2018.

PORTO ALEGRE. Observapoa. Disponível em: <http://portoalegremanalise.procempa.com.br/?regiao=11_10_0>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

PRESSER, A.D.; MENEGHEL, S.N.; HENNINGTON E.A.. Mulheres enfrentando as violências: a voz dos operadores sociais. Saúde Soc. 2008; 17(3):126-37. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n3/13.pdf>. Acesso em: 12 de julho de 2018.

RAMÃO, S.R.; MENEGHEL, S.N.; OLIVEIRA, C.. Nos caminhos de Iansã: cartografando a subjetividade de mulheres em situação de violência de gênero. Psicologia e Sociedade, v. 17, n. 2, p. 79-87, 2005.

RESSEL, L.B.; BECK, C.L.; COLOMÉ; GUALDA, D.M.R.; HOFFMANN, I.C.; SILVA, R.M.; SEHNEM, G.D.. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 779-786, Dez. 2008.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Segurança Pública. Indicadores de Violência Contra a Mulher, 2017. Disponível em: <<http://www.ssp.rs.gov.br/indicadores-da-violencia-contr-a-mulher>>. Acesso em: 03 de outubro de 2017.

ROCHA, A.C.; ECKERT, C.. Etnografia: Saberes e Práticas. Ciências Humanas: pesquisa e método. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2008. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/iluminuras/article/view/9301/5371>>. Acesso em: 2 de agosto de 2018.

ROLIM, A.C.A.; MOREIRA, G.A.R.; CORRÊA, C.R.S.; VIEIRA, L.J.E.S.. Subnotificação de maus-tratos em crianças e adolescentes na Atenção Básica e análise de fatores associados. Saúde Debate, 38(103), 794-804. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0794.pdf>>. Acesso em: 6 de agosto de 2018.

RUSSEL D; CAPUTTI J.. Femicide: The Politics of Women Killing. New York: Twayne Publisher, 1992.

SAFFIOTI, H.. Gênero, Patriarcado, Violência. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015. 160p.

SAFFIOTI, H.. Já se mete a colher em briga de marido e mulher. São Paulo Perspec., São Paulo , v. 13, n. 4, p. 82-91, Dec. 1999 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-88391999000400009>. Acesso em: 17 de março de 2018.

SAGOT, M.. Estratégias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2007. p. 32-51.

SAGOT, M.. Estratégias para enfrentar la violencia contra las mujeres: reflexiones feministas desde América Latina. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: Editora Edunisc, 2009. p. 32-51.

SAGOT, M.. La ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en America Latina: estudio de caso en diez países. OPS/OMS, 2000.

SAGOT, M.. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000. p.145.

SANTANA, R.P.; SANTANA. J.S.S.. Violência contra criança e adolescente na percepção dos profissionais de saúde. Revista de Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2016; 24(4):e7070. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/7070/19427>>. Acesso em: 31 de Julho de 2018.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA A.F.P.L.; PORTELLA, A.P.; MENICUCCI, E.. Violência de gênero no campo da saúde coletiva: conquistas e desafios. Ciências Saúde Coletiva, v.14, n. 4, p. 1019-1027, 2009.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.; DURAND, J.G.; PUCCIA, M.I.; ANDRADE, M.C.. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.41, n. 3, p.359-367, jun 2007

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L.; COUTO, M.T.; HANADA, H.; KISS, L.B.. Assistência a mulheres em situação de violência – da trama de serviços à rede intersetorial. Athenea Digital, 12(3), p.237-254, 2012. Disponível em: <[file:///C:/Users/Philco/Downloads/Dialnet-AssistenciaAMulheresEmSituacaoDeViolenciaDaTramaDe-4154834%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Philco/Downloads/Dialnet-AssistenciaAMulheresEmSituacaoDeViolenciaDaTramaDe-4154834%20(1).pdf)>. Acesso em: 5 de agosto de 2018.

SCOTT, J.W.. “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”. Educação & Realidade. Porto Alegre, v.20, n.2, p.71-99, jul./dez. 1995.

SCOTT, J.W.. Gender on the Politics 01 History. New York: Columbia University Press, 1988 (p.28-50). Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/185058/mod_resource/content/2/G%C3%AAnero-Joan%20Scott.pdf>. Acesso em: 9 de março de 2018.

SIGNORELLI, M.C.; AUAD, D.; PEREIRA, P.P.G.. Violência doméstica contra mulheres e a atuação profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 29, n. 6, p. 1230-1240, Junho 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2013000600019>. Acesso em 03 de agosto de 2018.

SILVEIRA, L.. Gênero e patriarcado em denúncias: a violência contra as mulheres idosas em Vitória/ES. Revista Ágora: Feminismo e Patriarcado. Ano 2015 <http://periodicos.ufes.br/agora/issue/view/679/showToc>

STARFIELD, B.. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 17 de junho de 2017.

TEIXEIRA, J.C.. Territórios da paz, do crime e da violência no bairro santa tereza do município de Porto Alegre-RS. Dissertação em Geografia. UFRGS. Porto Alegre, p.157.2016. Disponível em: <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/observatorio/usu_doc/dissert_janaina.versao_01.11_2016.pdf>. Acesso em: 17 de julho de 2018.

TRAD, L.A.B.. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.19, n. 3, p. 777-796, 2009.

TRAVASSOS, C., et al.. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. Revista Panamericana de Salud Pública = Pan American Journal of Public Health, Washington, v. 11, n. 5/6, p. 365-373, 2002.

VALADARES, F.C.; SOUZA, E.R.. Violência contra a pessoa idosa: análise de aspectos da atenção de saúde mental em cinco capitais brasileiras. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2763-2774, Sept. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 3 agosto de 2018.

WACQUANT, L.. Os condenados da cidade: estudos sobre marginalidade avançada. Trad. João Roberto Martins Filho. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2005.

WAISELFISZ, J.J.. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. São Paulo. 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2018.

YIN, R.. Estudo de caso: planejamento e métodos; trad. Cristhian Matheus Herrera. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.