

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

PAULA SUSÉLI SILVA DE BEARZI

**TRILHAS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

PORTO ALEGRE

2018

PAULA SUSÉLI SILVA DE BEARZI

**TRILHAS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de 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. Aline Blaya Martins de Santa Helena

PORTO ALEGRE

2018

CIP - Catalogação na Publicação

Bearzi, Paula Suséli Silva de
TRILHAS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO
BÁSICA / Paula Suséli Silva de Bearzi. -- 2018.
86 f.
Orientadora: Aline Blaya Martins de Santa Helena.

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. Atenção Primária à Saúde.. 2. Profissional de
Saúde.. 3. Violência Contra a Mulher.. 4. Teoria
Fundamentada.. 5. Violência de Gênero.. I. Santa
Helena, Aline Blaya Martins de, orient. II. Título.

PAULA SUSÉLI SILVA DE BEARZI

**TRILHAS POSSÍVEIS PARA O ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO
CONTRA A MULHER NA ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de 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. Aline Blaya Martins de Santa Helena

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Stela Nazareth Meneguel
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Sandra Maria Cezar Leal
Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Maciazeki Gomes
Universidade Federal de Rio Grande

AGRADECIMENTOS

À Secretaria Municipal de Saúde (SEMSAD) de São Leopoldo e ao Núcleo Municipal de Saúde Coletiva por viabilizarem a realização deste estudo com as equipes de Atenção Básica do município.

À (aos) colegas da Equipe de Saúde da Família Brás e da gestão municipal da SEMSAD pelo convívio, debates e aprendizagem diários.

À cada uma das usuárias que atendi e que, ao dividirem comigo suas histórias, fizeram surgir em mim a inquietação sobre o tema da violência de gênero contra as mulheres. Incômodos e inquietações nos movem!

Às (aos) residentes e estagiárias (os) que conviveram comigo no setor de Planejamento da SEMSAD, por tornarem o trabalho mais leve. Eu aprendo muito com vocês!

Às equipes que se dispuseram a participar dessa pesquisa e acolheram a pesquisadora e a relatora nas Unidades Básicas de Saúde.

À Juliane Kramer, pela disposição em me acompanhar nos grupos e fazer as relatorias.

Às minhas colegas do mestrado em Saúde Coletiva, especialmente à Aline, à Fernanda e à Scheila, por tantas trocas de saberes e compartilhamento de ideais e utopias.

Às (aos) residentes da Residência Integrada em Saúde Bucal, por estarem abertos à experimentação das metodologias ativas no ensino/aprendizagem e tornarem minha prática em docência incrível.

À minha orientadora Prof^a. Dr^a. Aline Blaya, com suas ideias grandes que sempre me desafiaram a dar o melhor, com afeto e carinho de sobra. Obrigada por me guiar nesta trilha caminhando lado a lado, pela amizade, pela inspiração e por acreditar em mim sempre.

Ao Prof. Dr. Renato de Marchi pelos conhecimentos compartilhados e por me acompanhar na aventura da descoberta da Teoria Fundamentada nos Dados.

À UFRGS e ao PPGCOL, lugar de sonhos, aprendizagens e lutas, pela oportunidade de cursar o Mestrado em Saúde Coletiva.

Às mulheres da minha banca, meu reconhecimento e agradecimento pela disponibilidade e contribuições. Vocês são minhas referências inspiradoras!

Aos meus amigos e familiares por entenderem minhas ausências e por me incentivarem a lutar por um mundo mais justo.

À minha mãe e ao meu pai, por viabilizarem que eu concluísse um curso superior e pudesse trilhar esse caminho.

À minha irmã, “Mana”, pelo apoio incondicional sempre. Tudo o que faço carrega um pouco de ti e do que aprendo contigo.

À minha prima, Renata, por sua amizade e por ser meu exemplo, desde as brincadeiras de aulinha em que éramos suas alunas até as negociações e mediações de conflito entre primas e primos. Grande amiga e professora!

À minha “mana” emprestada, Ana, por estar sempre por perto e disponível para estender a mão nos momentos bons e nos perrengues da vida. Sou muito grata por nossa amizade.

À Clarissa, à Natália, ao Vítor, à Lívia e ao Otávio pelos risos soltos, por me ensinarem sobre amor e por me lembrarem que o tempo passa muito rápido. Amor sem limites!

À Luna Lovegood, que não sabe nada sobre escritas e dissertações, mas sabe muito de afeto e companheirismo. Inteligência canina!

Ao meu companheiro Igor, pelo amor e compreensão ao meu desejo de cursar o mestrado, o que implica em abrirmos mão de outros desejos. Também agradeço pela paciência em ouvir minhas angústias e inquietações diante desse tema e por lutar junto comigo, diariamente, contra o machismo.

Por fim, quero agradecer ao movimento feminista e a todas as mulheres que lutam por um mundo mais igualitário. Seguiremos em marcha, até que todas sejamos livres!

RESUMO

A violência de gênero contra a mulher é um problema social e de saúde pública, sendo a Atenção Básica um importante espaço para o seu enfrentamento devido a sua proximidade com as usuárias e o território. Dessa forma, essa pesquisa objetivou conhecer a percepção das (os) profissionais da saúde da atenção básica a respeito de situações de violência contra a mulher e identificar quais são as estratégias utilizadas diante deste problema. Para tanto, utilizou-se uma pesquisa qualitativa com a realização de quatro grupos focais, com posterior análise das informações por meio da técnica da Teoria Fundamentada nos Dados. A partir da análise emergiram as categorias: 1) Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher, 2) Condutas frente à violência de gênero contra a mulher e 3) Rede de atendimento à mulher em situação de violência. As (os) profissionais reconhecem a presença desta violência, porém, nem sempre há investigação ou intervenção. Por outro lado, alguns profissionais exemplificaram estratégias para intervir e referiram efeitos desta interferência na redução dos episódios de violência. Os resultados apresentam algumas questões que direcionam estes posicionamentos e condutas e são importantes para a reflexão sobre as potencialidades da Atenção Básica frente a este tema, a partir da percepção que a capacidade de intervenção está no acolhimento, no vínculo e na constituição de rede de apoio.

Palavras-chave: Violência contra a mulher. Atenção primária à saúde. Profissional de saúde. Teoria Fundamentada.

ABSTRACT

Gender violence against women constitutes a social and public health problem, and Primary Care is an important space for the confrontation due to its proximity to the users and the territory. Thus, this research aimed to understand the perception of the health professional(s) of the primary care about violence situations against women and to identify the strategies facing this problem. Therefore, a qualitative research was carried out through four focal groups, with further analysis of the information through the technique of Data Based Theory. From the analysis categories came out: 1) Recognition of gender violence against women, 2) Conduct against gender-based violence against women and 3) Women's care network in situations of violence. The professionals recognize the presence of this violence; however, there is not always an investigation or intervention. On the other hand, some professionals exemplified strategies to intervene and reported the effects of this interference in the reduction of the violence episodes. The results show up some questions that guide these positions and behaviours and are important for the reflection on the potentialities of Primary Care in this area, from the perception that the intervention capacity is in the reception, in the bond and in the establishment of the support network.

Key words: Violence against women. Primary health care. Healthcare professional. Grounded theory.

LISTA DE QUADROS E FIGURAS

QUADRO 1 – Direitos da mulher em situação de violência antes e depois da Lei Maria da Penha	27
FIGURA 1: Mitos sobre a violência	29
QUADRO 2: Participantes da pesquisa.....	37
FIGURA 2: Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher.....	39
FIGURA 3: Condutas frente à violência de gênero contra a mulher.....	48
FIGURA 4: Codificação axial - Deixando de investigar a violência.....	51
FIGURA 5: Codificação Axial – Intervindo para a redução da violência.....	58
FIGURA 6: Rede de atendimento à mulher em situação de violência.....	60
FIGURA 7: Diagrama da relação entre o fenômeno central e as categorias e subcategorias.....	68

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
2 MARCO TEÓRICO	18
2.1 Breve histórico do movimento feminista.....	18
2.2 Violência contra a mulher: alguns conceitos.....	20
2.3 Políticas e legislação para o enfrentamento da violência contra a mulher.....	24
2.4 Violência contra a mulher: o contexto da Atenção Básica.....	28
3 METODOLOGIA	32
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
4.1 Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher	39
4.1.1 A violência está no cotidiano.....	40
4.1.2 Violência de gênero sofrida por usuárias do serviço de saúde.....	44
4.1.3 Como uma doença crônica.....	45
4.2 Condutas frente a violência de gênero contra a mulher	48
4.2.1 Deixando de investigar a violência.....	49
4.2.2 Intervindo para redução da violência.....	54
4.3 Rede de atendimento à mulher em situação de violência	60
4.3.1 Fragilidades da rede.....	61
4.3.2 Potencialidades da rede	64
4.4 COMPREENDENDO AS RELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
6 REFERÊNCIAS	73
ANEXOS E APÊNDICES	79

1 INTRODUÇÃO

As lutas feministas do século XX fizeram com que a violência de gênero contra a mulher ganhasse espaço nos temas de estudos e pesquisas acadêmicas em muitas sociedades. No Brasil, observamos que as mudanças sociais e políticas durante o processo de redemocratização, em conjunto com muitas denúncias e manifestações coletivas que ocorreram a partir da década de 1980, fizeram com que o debate sobre esse tipo de violência saísse do âmbito privado e começasse a ganhar visibilidade (GROSSI; ALMEIDA; TAVARES, 2007; SANTOS; IZUMINO, 2005).

Esse tema é de extrema relevância, uma vez que pesquisas epidemiológicas de âmbito populacional ao redor do mundo estimam que pelo menos um quinto da população mundial de mulheres tenha sofrido violência física ou sexual em algum momento da vida. (OMS, 2014). No Brasil, estudos têm apontado prevalências de até 76%, sendo relatado que a cada 25 segundos uma mulher sofre violência e que mais da metade delas não procura ajuda, o que se constitui em um problema social, além de ser um problema de saúde pública, uma vez que afeta a saúde física e mental da mulher (GODINHO, 2013; SCHRAIBER et al., 2007; VENTURINI).

Apesar das estruturas e estratégias para ocultar a violência de gênero, ela está presente na organização da sociedade por ideias difundidas nos meios de comunicação sobre padrões de beleza, na política, nas leis, no mercado de trabalho, na religião, nas relações familiares, nos ambientes escolares, e também no sistema policial e jurídico, o que demonstra que ela não possui uma autoria única, mas sim múltipla (SILVEIRA; MEDRADO, 2009; STREY, 2012).

O enfrentamento desse problema requer ampliação do debate e ações intersetoriais com foco na garantia de direitos, além de políticas públicas que tenham potencial para combater a base moral e cultural que legitima a violência contra a mulher. Dessa forma, ainda que possamos observar alguns avanços nos direitos e conquistas das mulheres, a violência sofrida por elas continua sendo um tema importante, principalmente por evidenciar as desigualdades e iniquidades existentes na sociedade patriarcal (MIGUEL; BIROLI, 2014).

A atenção básica constitui-se num importante espaço para o enfrentamento dessa forma de violência, devido a sua proximidade com o território, assim como pelo fato de ter seu trabalho pautado pelas tecnologias relacionais e pela atenção integral aos usuários. No entanto, pesquisas demonstram que as (os) profissionais de saúde não estão preparados para identificar e atender as mulheres em situação de violência de gênero (HESLER et al., 2013; ILHA; LEAL; SOARES, 2010; SILVA et al., 2017; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015). Dessa forma, observou-se a necessidade de uma melhor compreensão sobre a violência de gênero contra a mulher no campo da saúde, a fim de incorporar o cuidado às vítimas de forma qualificada, justificando a escolha por esse problema pesquisa.

As questões que nos colocamos diante do exposto foram: 1) As (os) profissionais da saúde inseridas (os) na rede de atenção básica de São Leopoldo reconhecem e identificam a violência de gênero que ocorre no território onde atuam? 2) Estas (es) profissionais percebem a situação da violência de gênero como um problema a ser enfrentado pela equipe de saúde?

Dessa maneira, este estudo teve como objetivo geral conhecer as percepções dos (as) profissionais da saúde da atenção básica a respeito de situações de violência de gênero, e identificar quais são as estratégias utilizadas quando se deparam com casos de mulheres em situação de violência, nos territórios das equipes onde atuam. Os objetivos específicos foram: 1) Conhecer quais são as percepções das (os) profissionais da saúde em relação à violência de gênero contra a mulher; 2) Saber se a violência de gênero contra a mulher é reconhecida no território de atuação das equipes 3) Identificar as potencialidades e/ou limites das (os) profissionais das equipes de saúde frente à violência de gênero contra a mulher.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 Breve histórico do movimento feminista

Inicialmente, o feminismo definiu-se a partir da crítica à exclusão da mulher na esfera pública e sua submissão na esfera doméstica, surgindo como movimento político e intelectual na virada do século XVIII para o XIX, na ocasião da Revolução Francesa. Este foi um fruto indesejável desse movimento, uma vez que a principal inspiração para a Revolução Francesa foi Rousseau, filósofo iluminista, para quem as mulheres eram dotadas de uma razão inferior e estavam destinadas “naturalmente” a restringir-se ao âmbito doméstico para obedecer, ser fiel ao marido e cuidar dos filhos (AUAD, 2003).

Em 1791, na França, Olympe de Gouges publicou a “Declaração Universal dos Direitos da Mulher e da Cidadã”, referindo que as mulheres possuíam direitos naturais como os homens e deveriam participar da vida política e civil em condição de igualdade, este fato a levou a ser guilhotinada sob a acusação de ter desejado ser um homem de Estado. Outro importante documento desse período é o livro “Uma vindicação dos direitos da mulher” publicado em 1792 na Inglaterra por Mary Wollstonecraft, considerada a precursora do feminismo (AUAD, 2003).

No Brasil, em um período em que havia pouca preocupação com educação para meninas, a educadora Nísia Floresta é tida como a primeira feminista, a partir da publicação de vários textos em jornais e livros, incluindo a tradução livre do livro de Mary Wollstonecraft sob o título “Direito das mulheres e injustiça dos homens” em 1832 (AUAD, 2003; MIGUEL; BIROLI, 2014).

A luta das mulheres e sua organização em grupos pode ser dividida em períodos históricos ou as também chamadas ondas. A primeira onda caracterizou-se pelo movimento por direitos políticos e sociais, direito à educação, direito ao voto, igualdade no casamento e melhores condições de trabalho, principalmente na Europa e Estados Unidos. O movimento pelo direito ao voto popularizou-se a partir de muitas manifestações em Londres, que fez com que essas mulheres ficassem conhecidas como “sufragetes”. Bertha Lutz, bióloga e cientista, liderou o movimento sufragista no Brasil, o qual conquistou o direito ao voto para as mulheres no país em

1932, quando foi promulgado o Novo Código Eleitoral brasileiro. No entanto, em alguns outros países essa conquista foi mais tardia, como por exemplo na Suíça, onde as mulheres só passaram a poder votar no século XX (AUAD, 2003).

Este foi caracterizado como um feminismo intelectual e elitizado por possuir um marcado viés de classe, não sendo considerado representativo das mulheres operárias e das mulheres escravizadas. Cabe ressaltar que houve o surgimento de um feminismo socialista, assim como há registros de um movimento de operárias anarquistas, que se reuniam na “União das costureiras, chapeleiras e classes anexas” lutando principalmente por melhores condições de trabalho, entretanto, estes ficaram à margem das correntes dominantes do sufragismo (PINTO, 2010).

Na década de 40 começam a ganhar projeção as discussões vinculadas à sexualidade e aos direitos reprodutivos, assim como às formas de submissão que continuavam operando na família, na escola, no trabalho e na política. Em 1949, Simone de Beauvoir denunciou as raízes culturais da desigualdade sexual e do pensamento que colocava a mulher em uma posição de inferioridade no livro “O segundo sexo”, nele o conceito central trazido é “não se nasce mulher, torna-se mulher” (BEAUVOIR, 1980; MIGUEL; BIROLI, 2014).

A segunda onda inicia na década de 1960 e estende-se aos dias atuais, trazendo como marca o slogan “o pessoal é político”. Nesse período a discussão sobre gênero aparece, preocupando-se com questões culturais e com a luta contra a discriminação. Em 1963 Betty Friedan lança o livro “A mística feminina” e as mulheres começam a falar sobre as relações de poder entre homens e mulheres e o feminismo aparece como um movimento que luta para que a mulher tenha liberdade e autonomia sobre o seu corpo e a sua vida (AUAD, 2003; PINTO, 2010).

Nesse período o Brasil vivia um regime de ditadura, assim, as primeiras manifestações feministas com esse teor ocorreram somente na década de 1970 e só vieram ganhar visibilidade com a redemocratização. Uma importante vitória do movimento feminista brasileiro foi a criação, em 1985, do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher vinculado ao Ministério da Justiça, o qual foi importante para inclusão dos direitos das mulheres na Constituição Federal de 1988. Ainda cabe ressaltar a realização de quatro Conferências Nacionais de Políticas para Mulheres

em 2005, 2007, 2011 e 2016, após a criação da Secretaria de Políticas para as mulheres no âmbito nacional, em 2003 (AUAD, 2003; PINTO, 2010).

2.2 Violência contra a mulher: alguns conceitos

Santos e Izumino (2005) referem que os estudos brasileiros sobre a violência contra as mulheres, na área das ciências sociais, situam-se em três correntes: a dominação masculina, a dominação patriarcal, e a relacional. A dominação masculina definiu a violência contra as mulheres como expressão da dominação exercida pelo homem sobre a mulher. As pesquisas que utilizaram essa corrente objetivaram a identificação de perfis das vítimas e dos agressores e traziam a noção da mulher como vítima ou cúmplice da dominação masculina, porém, essa cumplicidade não era uma escolha. Valiam-se do conceito de violência utilizado por Chauí (1998) que se refere à violência como uma relação hierárquica de desigualdade a partir de uma diferença que tem o objetivo de explorar, dominar e oprimir, tratando o outro como uma coisa, não como um sujeito (SANTOS; IZUMINO, 2005; SILVEIRA; MEDRADO, 2009).

A dominação patriarcal é influenciada pelo feminismo marxista, que entende a violência como expressão do patriarcado, sendo uma forma de demonstração do poder político que tem como objetivo a dominação ideológica e a exploração econômica que historicamente oprime as mulheres. O patriarcado entende as mulheres como sujeitos sociais autônomos, porém vitimados pelo controle social masculino que não se resume à dominação, mas que faz parte do sistema capitalista de exploração (SAFFIOTI, 2015; SANTOS; IZUMINO, 2005).

Saffioti (2015) refere que o patriarcado está em permanente transformação, o direito de vida e morte que o patriarca tinha sobre sua esposa e filhas na antiguidade não existe juridicamente hoje, porém, homens continuam matando suas companheiras e saindo impunes, pois o julgamento desses criminosos é influenciado pelo sexismo presente na sociedade. Para essa autora isso acontece porque o patriarcado atravessa a sociedade como um todo, não se restringindo à família. Ela ainda pontua que a exploração capitalista e a dominação patriarcal são dois lados de

um mesmo fenômeno, sendo que a opressão (entendida como a dominação somada à exploração) é uma característica da violência contra a mulher.

A terceira corrente teórica entende que violência conjugal envolve um jogo relacional no qual a violência é uma forma de comunicação e não apenas uma luta de poder, relativizando a perspectiva dominação-vitimização. Parte das feministas passa a usar a expressão mulheres em situação de violência ao invés de mulheres vítimas de violência e discutir a “cumplicidade” da mulher nessa relação de violência (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Tanto as dimensões que se referem ao patriarcado quanto ao gênero estão presentes na construção das subjetividades e das relações estabelecidas entre homens e mulheres a partir das desigualdades de poder (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Assim, na década de 1990 começa a ocorrer uma mudança teórica nos estudos, passando da categoria mulher para a categoria gênero, com o objetivo de incluir nas investigações as construções sociais do masculino e do feminino, enfatizando a diferença entre o social e o biológico (SANTOS; IZUMINO, 2005). A principal referência para estes estudos é a historiadora Joan Scott que considera gênero como uma categoria de análise e define:

O núcleo da definição repousa numa conexão integral entre duas proposições: 1) o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e 2) o gênero é uma forma primária de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1995, p. 86).

Gênero também é o conjunto do que se pensa sobre o masculino e o feminino, colocando-os em polos opostos com símbolos e características atribuídas a cada um. Assim ser homem ou mulher cria uma identidade em oposição ao sexo que não é o seu, fazendo, por exemplo, com que meninos se afastem de características consideradas femininas, como delicadeza, fragilidade, meiguice; esperando-se que eles desenvolvam atitudes com mais iniciativa, coragem e agressividade (AUAD, 2003). Nesse sentido, Saffioti (2015) refere que os corpos são *gendrados* pela sociedade, a qual imprime alguns conceitos e simbologias referentes ao gênero a partir do sexo biológico para que aquele corpo seja formatado segundo as normas do ser mulher ou do ser homem. Ainda ressalta que o gênero se inter-

relaciona com outras dimensões, como as de poder, classe social, orientação sexual, etnia e geração.

A família e a economia são os lugares centrais onde a estratificação de gênero é produzida e mantida. Uma clara demonstração da divisão do trabalho baseada no gênero está no fato de as tarefas domésticas e os cuidados da família ainda serem entendidas como responsabilidade das mulheres, em contraposição aos homens estarem mais presentes na economia e na política, o que se traduz na raiz das diferenças de poder (STREY, 2012).

A temática da violência insere-se nesse contexto de desigualdades e pode ser analisada a partir de aspectos históricos, sociais, subjetivos e culturais, no entanto, não se reduz a nenhum deles. A ação violenta nega a subjetividade do outro, tratando-o como um objeto e aparece quando o poder está em risco ou quando o agressor percebe sua impotência (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

Nesse sentido, a violência alia-se às desigualdades de gênero sustentadas por padrões patriarcais e machistas, produzindo a violência de gênero contra a mulher, a qual se difere das demais porque o motivo para que ela ocorra consiste no fato da vítima ser mulher (AUAD, 2003; GARCIA; SILVA, 2018). A violência de gênero contra a mulher pode ser entendida como uma categoria mais geral, abrangendo a violência doméstica e a intrafamiliar, sendo que esta última envolve pessoas de uma mesma família e pode ocorrer dentro do domicílio ou fora dele. Já a violência doméstica pode envolver pessoas que não pertencem à família da vítima, mas que moram no mesmo domicílio, e traz como característica a rotinização (SAFFIOTI, 2015).

Strey (2012) aponta que a violência dos homens contra as mulheres acontece desde a antiguidade e foi aceita por muito tempo, inclusive pelas leis, e que ainda é habitual que a atitude de punir a mulher seja entendida como um direito do homem, apoiada por algumas crenças religiosas. Essa violência tem como base uma cultura machista e ocorre em todos os grupos sociais, não havendo limites relacionados à classe, desenvolvimento econômico ou cultural, e pode ocorrer por várias formas, desde ofensas até agressões físicas e sexuais (CORTEZ, 2012; GARCIA; SILVA, 2018; ILHA; LEAL; SOARES, 2010; LEAL, 2010; SAFFIOTI, 2015). Segundo a Lei

Maria da Penha, em seu artigo 7º são consideradas formas de violência contra a mulher:

I - a violência física, entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II - a violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - a violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - a violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - a violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. (BRASIL, 2006).

Existem barreiras internas e culturais que tornam muito difícil o rompimento com a violência e diversos motivos podem levar a mulher a permanecer imobilizada em uma relação violenta, destacando-se o medo do agressor e a violência exercida por ele como os mais importantes. O medo tem uma base real sustentada na ameaça, no potencial de causar danos e na impunidade, associado a outros fatores como a culpa, a vergonha, o amor pelo agressor, a manipulação, o desconhecimento de seus direitos e a falta de informação. Nesse contexto também se deve levar em consideração as pressões exercidas sobre as mulheres para que cumpram os tradicionais papéis de gênero e conformem-se com a vida que levam (SAGOT, 2007).

Sagot (2007) analisou que os fatores que influenciam as mulheres a romperem o silêncio contra a violência podem ser externos ou internos, estando estes intimamente relacionados e reforçando-se mutuamente. Os internos dizem respeito aos processos pessoais, sentimentos e razões particulares, dentre os quais:

1) a certeza de que o agressor não vai mudar, 2) a falta ou esgotamento de recursos pessoais para lidar com a situação, 3) o desgosto, desamor, 4) a saturação com a situação e 5) a fixação de metas e projetos próprios.

Já os externos referem-se à qualidade dos serviços, rede de apoio, informação, recursos financeiros e materiais, sendo os mais importantes: 1) aumento da violência, 2) mudança nos padrões do agressor, 3) infidelidade, 4) violência contra os filhos ou outros membros da família, 5) possibilidade de perder bens, 6) negação do agressor em suprir os gastos familiares, 7) apoio de pessoas próximas, 8) condições econômicas favoráveis, 9) informação e serviços de qualidade (SAGOT, 2007).

É fundamental ampliar a discussão para que se compreenda a violência de gênero como um fenômeno complexo e múltiplo, produto de uma organização social fundamentada na desigualdade, resultado de relações hierárquicas de poder exercidas pelos que se apossam do direito de intimidar e controlar os demais, e não como resultado condutas patológicas. Além disso, é preciso avançar no reconhecimento da violência de gênero contra a mulher como violação de direitos humanos de modo que se contemplem as diferenças entre homens e mulheres na busca da dignidade e da igualdade social (SAFFIOTI, 2015; STREY, 2012).

2.3 Políticas e legislação para o enfrentamento da violência contra a mulher

Nas últimas décadas as agendas acadêmicas, governamentais e políticas passaram a inserir a violência contra a mulher, dando maior visibilidade a essa questão (MIGUEL; BIROLI, 2014). Nesse sentido o Brasil assumiu alguns compromissos internacionais que visam assegurar direitos às mulheres e outros grupos marcados pela discriminação, dentre os quais destacamos (AUAD, 2003; AZAMBUJA, 2007; SILVEIRA; MEDRADO, 2009):

- 1) Convenção para eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher (CEDAW) ocorrida em 1979 e ratificada pelo Brasil em 1984 (com ressalvas) e 1994 (totalmente);
- 2) Declaração de Direitos Humanos de Viena em 1992;

- 3) Conferência Mundial de Direitos Humanos - Declaração sobre a Eliminação da Violência contra a Mulher em 1993;
- 4) Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher/Convenção do Belém do Pará, ratificada pelo Brasil em 1995;
- 5) Quarta Conferência Mundial das Mulheres em 1995;
- 6) Protocolo Facultativo CEDAW ratificado pelo Brasil em 2001;

A execução das ações previstas nesses acordos internacionais foram pauta do movimento feminista que lutou para efetivá-las, pois apesar de o país ser signatário destas convenções, a legislação brasileira era insuficiente para enfrentar a violência contra a mulher. Em 1980 foi criado o SOS Mulher no Rio de Janeiro, em São Paulo e em Belo Horizonte, como serviço de informações sobre direitos e assistência jurídica, e em 1983, os primeiros Conselhos Estaduais e Municipais de Direitos da Mulher para elaborar, deliberar, fiscalizar e implementar políticas públicas para as mulheres. O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM) só veio a ser criado em 1985 (CORTEZ, 2012; LEAL, 2010).

As décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por manifestações que lutavam pelo reconhecimento dos direitos da mulher e sua cidadania, denunciando a absolvição de homens que matavam as esposas sob alegação de crime passionai e/ou legítima defesa da honra, como foi o caso do assassinato de Ângela Diniz por seu companheiro que ocorreu no Rio de Janeiro em 1976 e teve grande repercussão na mídia. Esse episódio resultou em manifestações públicas com o lema: “Quem ama não mata”, após o assassino ter alegado que matou por amor (CORTEZ, 2012; LEAL, 2010; SILVEIRA; MEDRADO, 2009).

Esse contexto contribuiu para a criação das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAM), com o intuito de propiciar um atendimento especializado nesse tipo de violência e com funcionárias exclusivamente mulheres. A criação dessas delegacias foi baseada em uma visão essencialista de que mulheres seriam “naturalmente” melhor preparadas para lidar com esse tipo de violência, no entanto, estudo realizado por Osterman (2009) revelou que as policiais entrevistadas negaram esse pressuposto, referindo que não haviam passado por nenhum treinamento que abordasse essa temática, além de não desejarem e estarem insatisfeitas em trabalhar na Delegacia da Mulher, na qual tinham sido alocadas unicamente pelo fato de serem mulheres.

Cortez (2012) observou a insuficiência de recursos humanos, investimentos, estrutura física e capacitação de pessoal ao analisar uma DEAM no Estado do Espírito Santo, situação que resultou em uma atuação apenas repressora desse órgão, não agindo no campo da prevenção de outras violências, que também deveriam fazer parte desse serviço. Esta atuação de forma isolada e sem a qualificação necessária pode levar as usuárias a novas agressões por insuficiência dos sistemas protetivos. Dessa forma, o movimento de mulheres luta pela construção de uma rede intersetorial de serviços que seja capaz de enfrentar a violência contra as mulheres e acolher as vítimas (SILVEIRA; MEDRADO, 2009).

A Constituição Federal de 1988 é um importante marco jurídico-político da democracia e da institucionalização dos Direitos Humanos no Brasil. A atuação das mulheres foi fundamental para garantir a inclusão do artigo quinto que define que homens e mulheres são iguais em direitos e obrigações perante a constituição e seu § 3º que refere que os tratados e convenções internacionais sobre direitos humanos que forem aprovados, serão equivalentes às emendas constitucionais. Assim como o § 8º do artigo 226 que refere que: “O Estado assegurará assistência à família [...] criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações” (BRASIL, 1988).

O mais importante marco legal no que diz respeito à violência contra as mulheres foi a criação da Lei nº 11.340, conhecida como Lei Maria da Penha. Este nome deve-se à história da cearense Maria da Penha, farmacêutica bioquímica, que foi agredida pelo seu marido, economista e professor universitário, durante seis anos. Em 1983 ela sofreu uma tentativa de homicídio por tiro de espingarda, na qual ficou paraplégica, e duas semanas depois de receber alta seu marido tentou eletrocutá-la no banho, o que a levou a buscar justiça. A punição do agressor ocorreu mais de dezenove anos depois do ocorrido, após Maria da Penha denunciar a demora do processo para organismos nacionais e internacionais, entre eles a Comissão Interamericana de Direitos Humanos (AZAMBUJA, 2007).

Em 2001, esta comissão, em seu Informe nº 54, responsabilizou o Estado brasileiro por negligência, omissão e tolerância em relação à violência doméstica contra as mulheres, recomendando que fosse criada uma legislação adequada a esse tipo de violência, o que resultou na Lei nº 11.340/06, que tramitou 20 meses no Congresso e foi aprovada por unanimidade. Para Maria da Penha, que se tornou

símbolo desta luta, a aprovação desta lei significou dar às mulheres outra possibilidade de vida (AZAMBUJA, 2007). Essa legislação alterou a forma como os crimes de violência doméstica e familiar eram tratados no sistema judiciário, trazendo uma série de inovações, dentre as quais destacamos algumas no Quadro 1, que traz uma comparação entre a forma que estes crimes eram julgados antes da lei e como são julgados depois da lei Maria da Penha:

QUADRO 1: Direitos da mulher em situação de violência antes e depois da Lei Maria da Penha

ANTES DA LEI MARIA DA PENHA	DEPOIS DA LEI MARIA DA PENHA
Não existia lei específica sobre a violência doméstica contra a mulher	Tipifica a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece as formas de violência doméstica como física, psicológica, sexual, patrimonial e moral.
Aplicava a Lei dos Juizados Especiais Criminais (Lei 9.099/95) para os casos de violência doméstica.	Retira essa violência da tipificação de menor potencial ofensivo (com pena de até 2 anos), não podendo mais ser julgada nos Juizados Especiais Criminais.
Era permitida a aplicação de penas pecuniárias como cestas básicas e multa	Proíbe a aplicação destas penas
Os Juizados Especiais Criminais tratavam somente do crime. Para questões de separação, pensão, guarda dos filhos, a mulher tinha que ingressar com outro processo na vara da família.	Cria Juizados Especiais de violência doméstica e familiar contra a mulher com competência civil e criminal para abranger todas as questões
A mulher podia desistir da denúncia na delegacia	A mulher somente poderá renunciar perante o Juiz
A mulher poderia entregar a intimação para o agressor comparecer à audiência	É vedada a entrega da intimação pela mulher ao agressor
Não era permitida a prisão em flagrante nem era prevista a prisão preventiva	Possibilita a prisão em flagrante
A mulher vítima de violência não era informada quanto ao andamento dos atos processuais	A mulher vítima de violência será notificada dos atos processuais, especialmente quanto ao ingresso e saída do agressor na prisão.
A mulher vítima de violência, em geral, não ia acompanhada de advogado ou defensor público nas audiências.	A mulher deverá estar acompanhada de advogado ou defensor em todos os atos processuais
A pena para o crime de violência doméstica era de 6 meses a um ano	Aumento da pena que passa a ser de 3 meses a 3 anos
A violência doméstica contra mulher portadora de deficiência não aumentava a pena	Se a violência for contra mulher portadora de deficiência, a pena será aumentada em 1/3.
Não previa o comparecimento do agressor ao programa de recuperação e reeducação	Permite que o Juiz determine o comparecimento obrigatório do agressor a estes programas

Fonte: Elaborado pela autora com base em AZAMBUJA, 2009; BRASIL, 2006; MIGUEL; BIROLI, 2014 e SILVEIRA; MEDRADO, 2009.

Além desses aspectos, a Lei nº 11.340 refere em seu artigo 35 que a União, Distrito Federal, Estados e municípios poderão criar:

I - centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e respectivos dependentes em situação de violência doméstica e familiar;

II - casas-abrigos para mulheres e respectivos dependentes menores em situação de violência doméstica e familiar;

III - delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde e centros de perícia médico-legal especializados no atendimento à mulher em situação de violência doméstica e familiar;

IV - programas e campanhas de enfrentamento da violência doméstica e familiar;

V - centros de educação e de reabilitação para os agressores. (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, foi criado em São Leopoldo no ano de 2006 o Centro de Referência para atendimento a mulheres em situação de violência, conhecido como Centro Jacobina. Também foi criado no município o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM), em 2005, e a Secretaria Municipal de Política para as Mulheres em 2008 (CORNAGLIA, 2010).

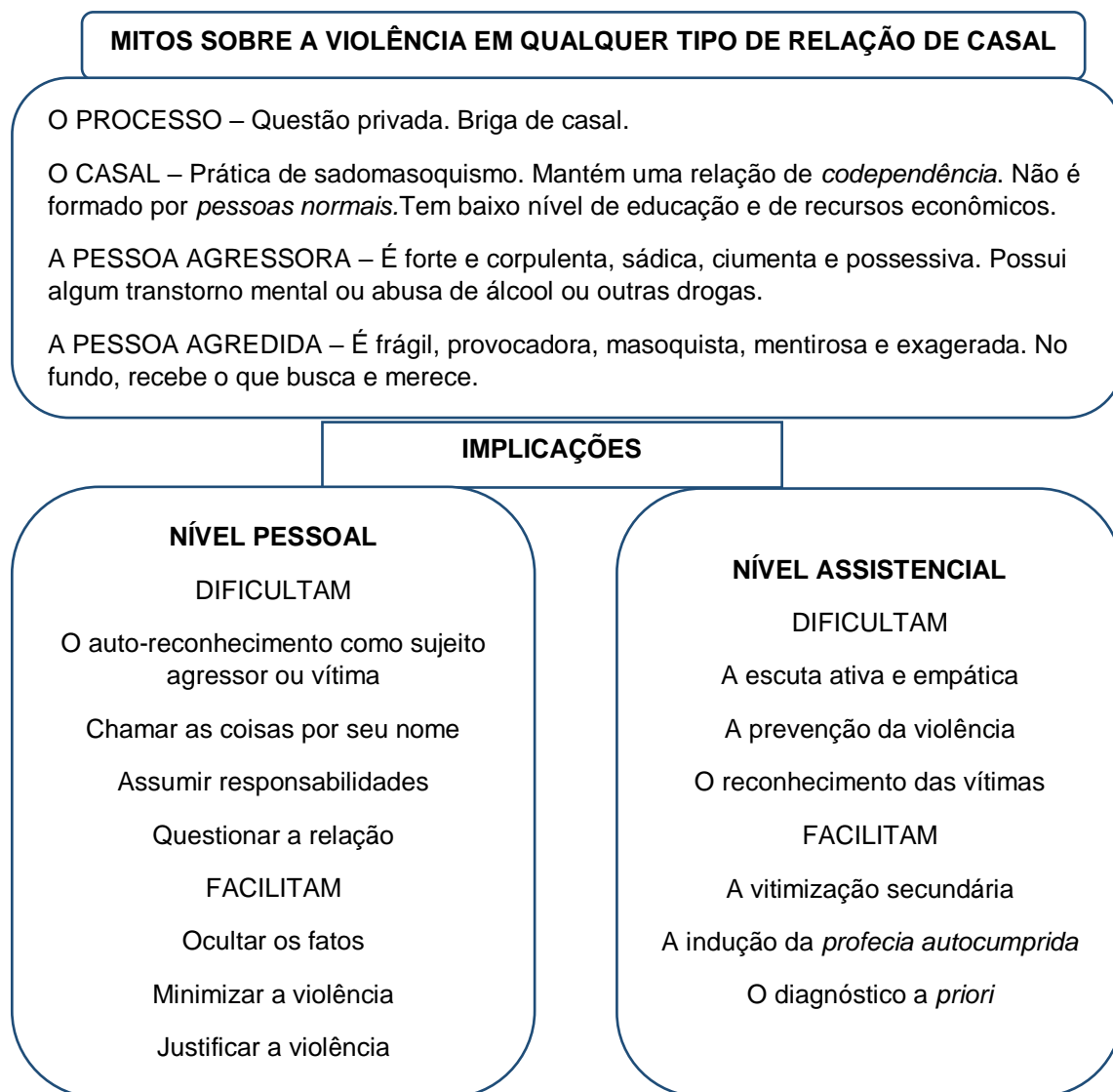
A Lei Maria da Penha possui três eixos: 1) Criminal, 2) Proteção de direitos e 3) Prevenção e educação. Assim, ela ressalta a importância da promoção de estudos, pesquisas, estatísticas e outras informações relevantes quanto às causas e consequências da violência doméstica e familiar contra a mulher, acrescentando que a inclusão do tema nos currículos escolares de todos os níveis de ensino é imprescindível (BRASIL, 2006; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015). Esse instrumento legal constituiu-se em um avanço significativo para assegurar à mulher o direito à sua segurança física, psíquica e sexual, porém representa um desafio ao exigir reestruturação das políticas públicas, investimento em pessoal e criação de programas de prevenção. Além disso, a abordagem criminalizadora apresenta alguns obstáculos para a compreensão e intervenção na violência (AZAMBUJA, 2007).

2.4 Violência contra a mulher: o contexto da Atenção Básica

Alguns estudos apontam para o uso mais intenso dos serviços de saúde em situações de violência de gênero, apesar desse fato, a violência ainda é pouco

reconhecida nestes serviços, sendo essas mulheres muitas vezes diagnosticadas como políquelixosas e/ou hipocondríacas, por apresentarem queixas vagas e imprecisas, sendo desconsideradas suas histórias de vida e de sofrimento (ANGULO-TUESTA, 1997; LEAL, 2010; OLIVEIRA; FONSECA, 2015; SCHRAIBER et al., 2007). Além disso, os (as) profissionais de saúde desenvolvem diversos sistemas de defesa para lidar com a carga emocional envolvida no trabalho, salientando-se estratégias para invisibilizar situações de violência (LEAL, 2010). Cantera (2010) refere que a invisibilidade social da violência conjugal deve-se, em parte, à persistência de alguns mitos que contribuem para o ocultamento ao reforçar valores e estereótipos tradicionais, conforme a Figura 1:

FIGURA 1: Mitos sobre a violência



A falta de registros adequados e o silêncio a respeito da violência doméstica fazem com que aumentem os custos com seu atendimento e também as agressões, uma vez que se trata de um problema habitual que impede o desenvolvimento social de muitas mulheres e traz consequências físicas e emocionais para elas (AZAMBUJA, 2007; LEAL, 2010). Meneghel, Sagot e Bairros (2009) citam alguns estudos que referem que a experiência constante de sofrer agressão física e/ou psicológica faz com que as mulheres tenham mais risco de desenvolver problemas mentais, fobias, síndrome do estresse pós-traumático, insônia, transtornos de humor, depressão, ansiedade, uso abusivo de álcool e outras drogas, pensamentos suicidas e suicídio.

Schraiber e d'Oliveira (2009) referem que na maioria das vezes as mulheres não falam sobre o que estão passando, não rompendo com o silêncio que cerca a questão da violência doméstica, e que tampouco os profissionais de saúde perguntam sobre o assunto, mesmo quando suspeitam que a paciente possa estar enfrentando problemas desse teor. Para estas autoras, muitos profissionais demonstram uma atitude de dúvida quanto ao que está sendo relatado e que, ao duvidar da vítima:

Reforçam moralmente a inversão ética a que hoje se assiste em que a vítima é que se torna a pessoa indigna. Também reforçam politicamente as desigualdades de gênero em que tanto o homem pode agredir a mulher, em especial quando sua companheira íntima, como lhe é sempre dado crédito de ter um bom motivo para tal, isto é, a violência é aceita como norma de correção de um comportamento da mulher avaliado exclusivamente pelo agressor como comportamento a ser corrigido. É nesse sentido que os silêncios se revestem ideologicamente de significado positivo como comportamentos a serem socialmente adotados tanto quanto a violência sofrida de significado punitivo moral, revestindo-se a vítima de sentimentos de vergonha e culpa por tê-la sofrido. (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2009, p.132).

Os serviços de Atenção Básica são os que as (os) profissionais têm maior proximidade com a população com acesso frequente e constante às mulheres, constituindo-se em uma importante porta de entrada para o atendimento das mulheres em situação de violência, além de ser um potencial espaço de prevenção da violência (MOREIRA et al., 2014). Porém, para isso os profissionais devem estar instrumentalizados e sensibilizados para identificar, enfrentar e acompanhar esse problema (LEAL, 2010; OLIVEIRA 2011).

Em algumas pesquisas abordando o tema da violência contra a mulher notou-se uma naturalização da violência por parte dos (as) profissionais de saúde, podendo ser entendida como “destino de gênero”, além de uma prática de atendimento em saúde voltada para os sintomas clínicos e direcionada para a medicalização denunciando que o setor saúde precisa ter uma melhor compreensão sobre gênero, a fim de incorporar o cuidado às mulheres vítimas de violência de forma qualificada (HESLER et al., 2013; OLIVEIRA; FONSECA, 2015; SCHRAIBER et al., 2007; SILVA; PADOIN; VIANNA, 2015; SIMOES-BARBOSA; DANTAS-BERGER, 2017).

Esse problema, relacionado a uma intervenção baseada no modelo tradicional biomédico, não se refere exclusivamente às questões de violência de gênero, sendo a algum tempo discutida a complexidade da clínica na atenção básica em busca de uma abordagem que não esteja focada apenas na doença, mas que amplie o olhar, incluindo também o sujeito e seu contexto (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011). Nesse sentido, tomar a violência de gênero contra a mulher como objeto de intervenção na saúde é um desafio, pois a intervenção biomédica não traz respostas eficientes, além de que é necessário um trabalho interdisciplinar e intersetorial, uma vez que disciplinas isoladas são insuficientes para conhecer e intervir nessa problemática (SCHRAIBER; D' OLIVEIRA; COUTO, 2009).

3 METODOLOGIA

O tema que foi objeto deste estudo, mulheres em situação de violência de gênero, é um fenômeno complexo que necessita uma análise das dimensões subjetivas e simbólicas, assim como dos contextos e processos que vivenciam os atores sociais. Minayo (2001) refere que a metodologia é o caminho do pensamento e a prática usada para abordar a realidade que se quer pesquisar, pontuando que a abordagem qualitativa:

[...] responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2001, p.21).

A pesquisa qualitativa refere-se a um conjunto de elaborações e de práticas interpretativas a respeito de conceitos até procedimentos práticos do trabalho de campo. Parte do pressuposto que o conhecimento é produzido na interação entre sujeito e objeto e busca o significado da ação social (VÍCTORA, 2011). Dessa forma, a escolha para este estudo foi a abordagem qualitativa, por entender que esta era mais adequada aos objetivos desta pesquisa.

Para tanto, nos importou identificar grupos de pessoas que possuíssem características relevantes para o fenômeno social que foi pesquisado. Nesse intuito, trabalhou-se com os profissionais de saúde da atenção básica pela proximidade que estes têm com as famílias e os territórios, onde se situam muitos episódios de violência de gênero. Essa pesquisa foi executada no Município de São Leopoldo, após realização de reuniões prévias de planejamento com as equipes de Diretoria da Atenção Básica e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO 1).

A atenção básica no Município de São Leopoldo presta assistência aos munícipes por meio de 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde se encontram Equipes de Saúde da Família (ESF) e outras que não são estão organizadas nesse modelo de atenção. Atualmente estão atuando 13 equipes de ESF, o que equivale a uma cobertura de pouco mais de 20% da população, devido a essa realidade, decidimos trabalhar com as duas modalidades de equipes.

As equipes foram escolhidas por conveniência, a partir da avaliação de quais equipes realizavam reuniões semanais de 2 horas em que a UBS ficava fechada e que tinham a participação da maioria das (os) profissionais nesse dia. As (os) profissionais das equipes que demonstraram disponibilidade em receber a pesquisadora durante a reunião de equipe foram convidadas (os) a participar do estudo, momento em que foram informados dos objetivos da pesquisa e dos grupos focais, assim como dos procedimentos éticos e legais. Aos profissionais que aceitaram participar foi fornecido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 1). Das sete equipes que foram convidadas, tivemos recusa de duas, uma devido à dificuldade de ajustar agenda para realização do grupo focal e outra por não demonstrar interesse na temática.

A técnica que utilizamos foi a entrevista de grupos focais (GF), que tem como principal objetivo reunir informações sobre um tema específico sugerido pela pesquisadora a partir de um grupo de pessoas selecionadas. Esta técnica permite o alcance de diferentes perspectivas de uma mesma questão, possibilitando captar conceitos e preconceitos, opiniões e ideias, valores, sentimentos e ações, voltados para o objetivo do estudo; além de favorecer a compreensão de práticas cotidianas, atitudes e comportamentos (GATTI, 2005; TRAD, 2009). Outra vantagem está na possibilidade de formação de novas ideias através do contexto do próprio grupo, oportunizando a discussão de pontos de vista e a interpretação valores, crenças e conceitos, o que favorece a compreensão de como os participantes entendem as suas similaridades e diferenças (COSTA et al., 2014; GONDIM, 2003).

Assim, foram realizados quatro grupos focais, dois deles com equipes de unidades de saúde da família e dois com equipes de unidades básicas de saúde sem saúde da família, o que permitiu variabilidade entre as categorias profissionais e experiências de trabalho. A literatura é divergente quanto ao número de participantes em cada GF, entre as indicações encontramos um número mínimo de quatro e máximo de quinze participantes (GATTI, 2005; GONDIM, 2003; TRAD, 2009). Seguindo essa orientação, nos grupos realizados o número de participantes variou de quatro a doze pessoas, a partir do convite a todos os componentes da equipe.

Os grupos focais foram realizados no período de agosto a setembro de 2017, nas UBSs para evitar deslocamentos e favorecer a participação dos (as)

profissionais, em horário em que a unidade estava fechada para reunião de equipe e tiveram duração entre 60 e 90 minutos, onde as (os) participantes puderam expor suas opiniões e entendimento sobre a temática a partir das seguintes perguntas disparadoras:

1. O que vocês entendem por violência contra a mulher? Vocês já sofreram algum tipo de violência?
2. Quais podem ser as causas dessa violência?
3. Qual a experiência de vocês com mulheres em situação de violência no seu cotidiano de trabalho?
4. A equipe utiliza estratégias para identificar situações de violência contra a mulher?
5. Quais são as possibilidades e limitações de atendimentos às mulheres em situação de violência?
6. Qual é o fluxo de atendimento dessas mulheres? Essas violências são notificadas?

As discussões foram gravadas e armazenadas em mídia digital, transcritas na íntegra utilizando o *Microsoft Office Word*® e inseridas no *software NVIVO*® 11, para auxiliar no processo de codificação e organização das informações. Além da moderadora, esteve presente uma relatora. Também foi utilizado como ferramenta um Diário de Pesquisa, com a finalidade de registrar a narrativa e as impressões da pesquisadora em seu contexto ao longo do percurso (LOURAU, 2007).

A técnica escolhida para análise das informações foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), a qual busca estudar os fenômenos sociais e compreender de que maneira os sujeitos vivem suas experiências, com o objetivo de identificar os significados e os aspectos sociais através da análise sistemática de informações, organização em categorias e elaboração de uma teoria final a partir das relações percebidas entre essas categorias (CHARMAZ, 2009).

À medida que as informações foram coletadas, procedeu-se a sistematização e a análise, visto que, na TFD a análise se dá concomitante à coleta. A codificação na TFD induz o estudo da ação e dos processos, definindo a estrutura analítica a partir da qual será construída a análise, dessa forma, conduzimos nossa análise pela codificação inicial linha a linha seguida pela codificação focalizada, de maneira

interdependente, utilizando os códigos iniciais mais significativos ou frequentes para desenvolver as categorias que compõem a análise produzida neste estudo, a partir dos pressupostos de Charmaz (2009).

Na codificação inicial, realizou-se minuciosa exploração das informações, através de leituras exaustivas das transcrições, realizando a codificação de cada segmento, linha a linha. Atribuiu-se palavras ou expressões, dando origem aos códigos preliminares e construindo uma interação entre as informações produzidas no estudo, durante o processo de análise e compreensão das informações.

Na segunda etapa realizou-se a codificação focalizada, na qual os códigos oriundos da codificação inicial foram reagrupados e inter-relacionados em um nível maior de abstração. A construção das categorias originou-se por meio de várias leituras das informações, comparação de códigos iniciais, construção de mapas de ideias e representações gráficas na forma de esquemas procurando encontrar uma interação e integração entre os códigos.

Algumas subcategorias foram mais bem exploradas através da codificação axial, a fim de especificar suas dimensões, propriedades e questionar suas inter-relações, recompondo os dados para responder às seguintes questões: quando, onde, por que, quem, como e com que consequências (CHARMAZ, 2009).

A coleta de informações encerrou-se quando consideramos que havia saturação, ou seja, quando as informações produzidas em novas entrevistas tornaram-se repetitivas e sem novas informações relevantes para a análise, estudo das categorias e compreensão do fenômeno (CHARMAZ, 2009).

O método proposto mostrou-se adequado aos objetivos da pesquisa, permitindo manter a análise muito próxima dos dados, a partir da utilização dos vários níveis de codificação, memorandos, amostragem teórica e comparação constante.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os grupos focais permitiram aos participantes compartilhar experiências significativas e receber apoio e compreensão da equipe. Consideramos que a escolha de iniciar os questionamentos a partir de vivências pessoais permitiu que as profissionais pudessem perceber que as opressões que as afetam também afetam as usuárias do serviço, possibilitando que houvesse uma aproximação com a temática.

Num primeiro momento, quando houve o convite à participação na pesquisa muitas pessoas referiram que não tinham experiências de atendimento às vítimas para compartilhar, ao passo que ao final dos grupos perceberam que tinham muito a contribuir, como observamos nesse diálogo:

*“No início quando falou sobre o tema eu pensei: ‘Puxa, isso eu não lembro de nada’.
O que que nós vamos falar? (risos)
E o que vamos deixar de falar?
Viu? Vai surgindo, né.” (diálogo do GF4)*

Os grupos contaram com a participação de 36 pessoas no total e o perfil das (os) participantes aponta que as mulheres constituem a maioria das (os) profissionais que atendem nestas unidades, o que segue a realidade nacional (MARQUI et al., 2010; MARSIGLIA, 2011). Observou-se que a maioria das (os) profissionais trabalha na atenção básica e na mesma equipe há mais de seis anos, o que favoreceu a abordagem da temática no grupo e permitiu uma boa participação. Outro fato importante que estimulou as discussões foi que em todos os grupos houve relatos pessoais de vivência da violência, assim como de atendimento às mulheres vítimas. Os núcleos profissionais e características dos grupos encontram-se no Quadro 2.

QUADRO 2: Características dos grupos focais

	PARTICIPANTE (Código)	GÊNERO	IDADE	FUNÇÃO	TEMPO DE SERVIÇO NA ATENÇÃO BÁSICA	EXPERIÊNCIA DE VIOLÊNCIA FAMILIAR RELATADA	RELATO DE ATENDIMENTO À VÍTIMA DE VIOLÊNCIA
Grupo 1 (GF1)	GF1_1	Feminino	52	ASB	2 anos		Sim
	GF1_2	Feminino	55	Téc. Enf	20 anos		
	GF1_3	Feminino	51	Higienizadora	4 anos	Sim	
	GF1_4	Feminino	49	Téc. Enf	15 anos		
	GF1_5	Feminino	34	Enfermeira	12 anos		Sim
	GF1_6	Feminino	51	Higienizadora	8 anos		
	GF1_7	Feminino	58	Nutricionista	12 anos		Sim
	GF1_8	Feminino	57	Administrativo	3 anos		
	GF1_9	Feminino	50	Enfermeira	20 anos		Sim
Grupo 2 (GF2)	GF2_1	Masculino	59	ACS	19 anos		
	GF2_2	Feminino	42	ACS	9 anos	Sim	Sim
	GF2_3	Feminino	33	ACS	1,5 anos		Sim
	GF2_4	Feminino	62	ACS	9 anos	Sim	
	GF2_5	Feminino	28	Téc. Enf	9 anos	Sim	Sim
	GF2_6	Feminino	53	ACS	8 anos	Sim	Sim
	GF2_7	Feminino	36	ACS	9 anos	Sim	Sim
	GF2_8	Masculino	60	ACS	19 anos		Sim
	GF2_9	Feminino	30	ACS	9 anos	Sim	
	GF2_10	Feminino	32	ASB	2 anos	Sim	Sim
	GF2_11	Feminino	28	Higienizadora	1,6 anos		
	GF2_12	Feminino	33	Enfermeira	9 anos		Sim
Grupo 3 (GF3)	GF3_1	Feminino	32	ASB	8 anos	Sim	Sim
	GF3_2	Feminino	25	Médica	6 meses		
	GF3_3	Feminino	53	Téc. Enf.	15 anos		
	GF3_4	Feminino	28	Enfermeira	2 anos	Sim	Sim
	GF3_5	Masculino	71	Dentista	23 anos		Sim
	GF3_6	Feminino	59	ACS	9 anos		
	GF3_7	Feminino	40	ACS	10 anos	Sim	Sim
	GF3_8	Feminino	57	ACS	10 anos		
	GF3_9	Feminino	25	ACS	3 anos	Sim	
	GF3_10	Feminino	22	Téc. Enf	3 anos		Sim
	GF3_11	Feminino	52	ACS	3 anos	Sim	
Grupo 4 (GF4)	GF4_1	Feminino	32	Enfermeira	6 anos		Sim
	GF4_2	Feminino	51	Administrativo	2 anos		Sim
	GF4_3	Feminino	46	Higienizadora	1,5 anos	Sim	
	GF4_4	Feminino	53	Téc. Enf.	10 anos		Sim

Fonte: Elaborado pela autora

A partir da análise das informações e das codificações realizadas emergiram três categorias analíticas. A construção da primeira categoria, **Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher**, surgiu a partir dos relatos de vivências pessoais e narrativas trazidas por usuárias em atendimentos, sendo estas experiências reconhecidas como cotidianas e, muitas vezes, naturalizadas. Frente a este reconhecimento surgiram relatos relacionados às condutas que foram ou não tomadas, o que fez emergir a categoria seguinte: **Condutas frente à violência de gênero contra a mulher**.

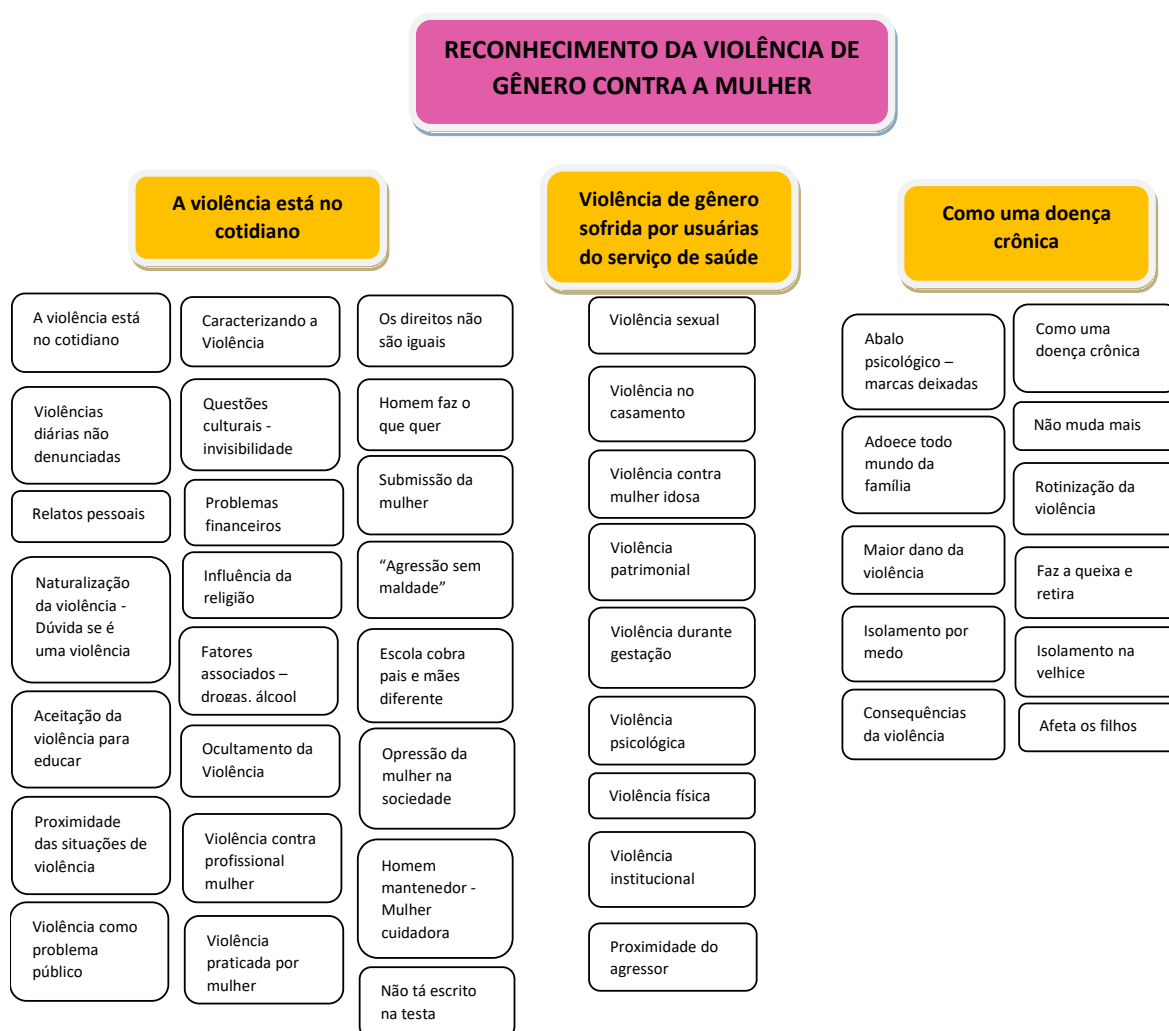
Esta segunda categoria trouxe à tona relatos de omissão e naturalização dos episódios de um lado e, de outro, relatos de mobilização e intervenção baseadas no vínculo e acolhimento. Ao questionarem-se sobre a decisão de intervir ou não, foram pontuadas questões relacionadas à rede de atendimento, compiladas na terceira categoria: **Rede de atendimento à mulher em situação de violência**. Esta categoria ajuda a entender o contexto e articula-se com as demais a partir da percepção de que a rede de atendimento precisa estar fortalecida para dar suporte às ações executadas na atenção básica, a fim de favorecer condutas menos fragmentadas e que tenham potencial de reduzir episódios de violência.

Os resultados e a discussão são apresentados em conjunto para que seja possível interpretar e compreender as informações de maneira integrada, à luz da literatura atual e a partir das falas dos sujeitos.

4.1 Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher

Apresentam-se na Figura 2 os códigos iniciais e focais que deram origem a esta categoria e suas subcategorias:

FIGURA 2: Reconhecimento da violência de gênero contra a mulher



Fonte: Elaborado pela autora

A inter-relação entre os códigos iniciais que se referiam às vivências pessoais e à percepção das formas de violência contra a mulher presentes na sociedade, em conjunto com os aspectos culturais e sociais que contribuem para sua manutenção deram origem à subcategoria apresentada a seguir:

4.1.1 A violência está no cotidiano

A violência de gênero contra a mulher foi identificada pelas (os) participantes dos grupos focais como uma situação que afeta as mulheres com grande frequência através de experiências diárias de discriminação e opressão que revelam o machismo presente na sociedade:

“Eu acho que assim, 99% das mulheres provavelmente já sofreram algum tipo de agressão, de violência assim, contra a mulher” (GF2_5).

“Porque a gente ainda vive uma sociedade machista, que fere muito os direitos da mulher, pelo fato de ser mulher” (GF3_4).

Os relatos demonstraram a proximidade das mais diversas situações de violência, tanto no âmbito privado quanto público, e várias foram as falas que trouxeram vivências pessoais:

“Eu também sofri... pessoal mesmo, vendo a minha vó apanhar do meu vô, a minha mãe apanhar do meu pai, e assim foi, e eu também. Durante dez anos, eu era... Eu apanhava, eu era mantida em cativo, depois que eu apanhava eu ficava trancada, ele me trancava, chaveava, pregava as portas e eu não podia dar um pio dentro da casa” (GF2_7).

“Eu fico um pouco, ouvindo aqui os relatos, e nós estamos aqui em uns dez ou doze, e como a violência tá presente né? Em todos” (GF3_4).

Em todos os grupos foram relatadas experiências de vivência de situações de violência, em sua grande maioria no âmbito doméstico, trazidas através de falas produzidas com emoção que demonstraram ainda ser causa de sofrimento para as participantes. Estes relatos evidenciam que este é um problema frequente entre as mulheres, as quais compartilham experiências diárias de violências, o que tem sido apontado em outros estudos (SCHRAIBER et al., 2007; VENTURINI; GODINHO, 2013).

O ambiente de trabalho na área da saúde também surgiu como um local em que a violência manifesta-se, a partir de agressões verbais de usuários e até mesmo assédio, reproduzindo as violências dirigidas às mulheres que ocorrem nos demais espaços:

“Sim, até na área da saúde, a gente sofre a violência né. Eu sofri [...] empurrou a mesa que eu estava, [...] me chamou de vagabunda e saiu.” (GF1_5 – relato de uma enfermeira após um atendimento).

“Há uns três meses atrás, antes de ela me falar, ele tinha me assediado. E daí eu não entrava mais (na casa).” (GF2_7 – relato de uma agente comunitária de saúde em uma visita domiciliar).

A diferença desse tipo de violência para outras é que o motivo para que ela ocorra consiste no fato da vítima ser mulher, e dessa forma manifesta-se na maneira de como elas são tratadas, com agressões verbais e seus corpos vistos como objetos, o que ficou evidente e foi destacado na relação dos códigos “Opressão da mulher na sociedade” e “Os direitos não são iguais”. Macedo (2015) salienta que as violências não são só contra as mulheres, mas também *sobre* elas, uma vez que são múltiplas e situam as mulheres em posições de subordinação, desvalorização e falta de reconhecimento, replicando as relações de poder desiguais em todos os espaços.

Este é um fenômeno complexo que apresenta muitas expressões, algumas disfarçadas de tradição ou moralidade, outras mais explícitas, mas sempre carregadas de algum tipo de poder que permita violentar. Questões culturais, valores sociais e religiosos justificam diferenças nos direitos, obrigações e recompensas de homens e mulheres na sociedade, delimitando comportamentos específicos para cada um dos gêneros (STREY, 2012). Nesse sentido, foram citados diversos elementos relacionados à cultura, educação e religião que contribuem para manter as relações de gênero desiguais:

“É, eu, consigo ver assim, a religião católica, né. Muito machista, vem a predominância do homem ser o dono da razão” (GF4_1).

“São raros os lares que as mães criam suas filhas com autonomia do lado do guri, ela sempre faz a separação: o guri pode mais, a guria pode menos [...] os direitos nunca são iguais” (GF2_2).

“Porque a mulher é criada já pra ser submissa ao homem desde que nasce. Por exemplo: brinquedos de meninos: ‘N’. Menino pode ser astronauta, pode ser o que quiser [...] O que é que é brinquedo de menina? É vassoura, é panelinha, fogãozinho, é boneca” (GF3_1).

A naturalização de muitas atitudes violentas esteve presente nas falas, como, por exemplo, a violência enquanto meio de educação dos filhos, assim como um entendimento de que a agressão estaria tão intrínseca na relação que o homem não vê sua atitude como um ato de violência, sendo um comportamento naturalizado e entendido como comum à sua natureza:

“Ele batia, coisa de pai, pra ensinar, mas nunca foi violento comigo” (GF3_4).

“E eu acho que ele faz aquilo ali, mas sem maldade [...] É uma coisa que a pessoa não... O homem não se dá por conta [...] Sabe, porque aquilo é uma coisa genética, aquela explosividade é uma coisa genética” (GF2_8).

Destacamos o fato dessa aparente contradição em que de um lado as (os) participantes identificam a violência de gênero e sua gravidade e de outro ainda

consideram naturais algumas práticas violentas. É importante observar que a sociedade tolera e até incentiva que homens demonstrem sua força e sua dominação contra as mulheres, assim como que pais e mães batam em seus filhos, isso é entendido como uma correção, ou seja, a pedagogia da violência é aceita como algo natural. As palmadas costumam acompanhar o desenvolvimento de muitas crianças, o que faz com que se estabeleça desde cedo uma associação entre amor e violência e contribui para a naturalização das ações violentas (SAFFIOTI, 2015; STREY, 2012).

Outro aspecto apontado diz respeito ao entendimento de algumas pessoas de que a violência seria inerente à natureza masculina, o que foi codificado como “Agressão sem maldade”, e que dessa forma o homem não teria a intenção de agredir, pois está fora do seu controle. Se ela é entendida como algo genético, além de desresponsabilizar o sujeito que comete a violência sobre seu ato, perde-se a capacidade de enfrentamento, pois contra a genética não há o que fazer. Colocar a origem da violência em um determinismo genético ou instintivo faz parte de uma corrente de pensamento que deseja demonstrar que a desigualdade é algo natural e imprescindível para a organização da sociedade (SOUZA, 2007). Essa perspectiva demonstra a necessidade de ampliar o debate e a reflexão acerca do tema para que se possa compreender o quanto a violência é influenciada por inúmeros fatores, sendo marcada na intersubjetividade das relações sociais, especialmente na presença da desigualdade (GUIMARÃES; PEDROZA, 2015).

A dificuldade de poder identificar quem é esse possível agressor também foi referida, pois não há um indício claro, não está “escrito na testa”, além disso, há um imaginário de que este é um marginal, uma pessoa má o tempo todo ou alguém com problemas psicológicos. Participantes relataram que ao saber que homens que conhecem são agressores, os quais muitas vezes frequentam o serviço de saúde, surpreendem-se com o "outro lado" da pessoa:

“O que chama atenção é que não tá escrito na testa do agressor, né? Era uma pessoa simpática, educada, conversava, entende?” (GF4_4).

É comum as pessoas tentarem encontrar motivos em condutas pessoais que possam explicar as situações de violência, o que, mais uma vez, remete ao fato de que não teria uma intencionalidade por parte do agressor. Fatores psicológicos são importantes, mas isolados não são capazes de explicar a violência. Alguns estudos

apontam que a patologização do agressor ignora a influência dos fatores culturais e sociais, uma vez que não são identificados distúrbios mentais ou psicológicos nos homens violentos (SAFFIOTI, 2015; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009). Autoras (es) tem referido que a ação violenta está direcionada ao ataque da subjetividade do outro, e aparece quando as relações de poder estão ameaçadas, sendo um ato influenciado por fatores históricos, sociais, culturais e subjetivos, nesse sentido, a violência de gênero precisa ser tratada como um problema estrutural de uma sociedade patriarcal e não como um problema individual (CORTEZ, 2012; GUIMARÃES; PEDROZA, 2015; ILHA; LEAL; SOARES, 2010; LEAL, 2010; MENEGHEL; MARGARITES, 2017; SOUZA, 2007).

Ainda foi possível observar que a maioria das situações vivenciadas pelas próprias participantes não foram denunciadas, nem foi tomada alguma outra providência, apenas duas participantes referiram ter buscado apoio no âmbito judiciário. Há que se considerar que o momento da denúncia é uma situação limite, por ser uma decisão que implica em muitas consequências e que pode provocar, muitas vezes, o aumento da violência e que só é tomada quando não existem outros recursos, o que é mais um fator que colabora para a invisibilidade deste problema (STREY, 2012). Além disso, ficou aparente um descrédito quanto à resolutividade do poder judiciário nesses casos. Quanto às usuárias, é comum que elas não relatem essa condição, apesar de muitas vezes os (as) profissionais identificarem situações frequentes e que se repetem, havendo um ocultamento por parte da vítima:

“Tipo a gente sabe um pouco porque tá com um hematoma, ou porque um vizinho falou, porque muitas vezes elas não falam. Tem vergonha.” (GF4_2).

A dificuldade de visualização, o silenciamento e o ocultamento dessa situação passa por alguns fatores, como a violência ocorrer em âmbito privado e estar relacionada a sentimentos de medo e vergonha, que impedem a mulher de torná-la pública. Outro fator que faz com que essas mulheres não relatem e não procurem apoio é o medo de não serem escutadas e de serem desacreditadas (ANGULO-TUESTA, 1997; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009; VENTURINI; GODINHO, 2013).

4.1.2 Violência de gênero sofrida por usuárias do serviço de saúde

Houve relatos de identificação de situações de violência de gênero contra a mulher frequentemente em atendimentos nos serviços de saúde, o que foi codificado com as formas de violências que foram relatadas. A violência como queixa principal não foi a mais apontada, no entanto, foram evidenciadas ocorrências de usuárias que relataram situações de violência durante consultas por outros motivos ou ainda descreveram situações que estavam vivenciando durante visitas domiciliares das (os) Agentes Comunitárias (os) de Saúde (ACS):

“Acontece muito. O agente comunitário de saúde é bem fácil de identificar, porque a gente vai no dia a dia” (GF2_2).

“É bastante frequente, principalmente nas consultas de coleta de CP eu identifico” (GF2_12).

“É, eu vejo bastante, por causa da questão dos testes rápidos” (GF3_4).

Ainda foi ressaltado o fato de que a queixa vem de forma indireta na maioria das vezes, através de outra demanda:

“É, a gente pegou uma situação de uma paciente nossa que chegou pra nós muito nervosa, pressão bem alta, e a gente foi, e a gente começou a questionar, e ela chorando, e foi nos relatando que ela sofria violência [...] Então a gente orientou, conversou.” (GF3_10).

O uso mais intenso dos serviços de saúde em situações de violência tem sido identificado, apontando que as mulheres vítimas de violência doméstica e sexual têm mais agravos físicos e mentais, no entanto, suas queixas costumam ser inespecíficas, relacionadas às doenças crônicas, agravos à saúde reprodutiva e sexual ou transtornos mentais, como também observamos neste estudo (ANGULO-TUESTA, 1997; D’OLIVEIRA et al., 2009; LEAL, 2010; SCHRAIBER et al., 2007; VARGAS, 2015). Para Vargas (2015), essas queixas denunciam antes um “mal-estar” do que uma enfermidade orgânica, devendo ser consideradas suas histórias de vida e de sofrimento.

As diversas formas como essas violências se expressam estiveram presentes nos relatos com exemplos de violência psicológica, moral, física, sexual e patrimonial relatadas pelas usuárias dos serviços. Apesar de ser possível identificar o reconhecimento da violência de gênero contra a mulher para além do âmbito doméstico, os relatos mais frequentes estiveram relacionados à violência conjugal ou familiar:

“Psicologicamente, ele fica ligando para saber como que ela tá, com quem que ela tá conversando, onde ela tá” (GF2_6).

“Ele agredia, ele mantinha a esposa em cativo, e ela não saía pra rua, ela não tinha nenhum contato com o sol, nada” (GF2_7).

“E daí, o marido também forçava ela a ter relação, falava muita coisa pra ela, palavões. Pegava o dinheiro dela, que ela trabalha” (GF4_2).

Esses relatos estão em consonância com a literatura, a qual mostra que as mulheres são agredidas, na maioria das vezes, por homens que elas conhecem e que mantêm relações, sendo os maridos, namorados ou ex-companheiros os principais responsáveis, o que torna o domicílio um local de vulnerabilidade. Desse modo, além da dor causada pela agressão em si, existe a dor pelo fato da agressão vir de alguém com quem a vítima possui vínculos afetivos (GARCIA; SILVA, 2018; MENEGHEL; MARGARITES, 2017; SAGOT, 2007; SILVEIRA; MEDRADO, 2009; SAFFIOTI, 2015; VENTURINI; GODINHO, 2013).

Ao contrário do que identificamos na análise das informações dos grupos focais, o que tem sido observado com maior frequência nas pesquisas da área é o não reconhecimento, nos atendimentos realizados pelas (os) profissionais de saúde, das situações de violência vivenciadas pelas usuárias e de suas consequências para a saúde (ANGULO-TUESTA, 1997; D’OLIVEIRA et al., 2009; LEAL, 2010; SCHRAIBER et al., 2007). Cabe ressaltar que, apesar da identificação da violência de gênero contra a mulher estar presente em todos os grupos que realizamos nos serviços de saúde que participaram deste estudo, nem sempre esse reconhecimento gerou uma intervenção por parte das (os) profissionais.

4.1.3 Como uma doença crônica

Dentre as situações relatadas, aquelas que envolviam idosas foram as que pareceram mobilizar as (os) participantes para intervir de alguma forma:

“Foi quando ele obrigou ela, né? A fazer sexo, ela disse que ela ficou toda machucada, daí foi onde ela veio procurar o médico e acabou desabafando, no momento, comigo. Ela era da terceira idade, e ela ficou psicologicamente bem abalada” (GF4_2).

“Porque bah, mexeu, era uma idosa de setenta e poucos anos, alguma atitude eu tinha que tomar” (GF2_2).

Estudos demonstram que os abusos mais comuns contra as mulheres idosas envolvem a violência doméstica que ocorre no interior de suas casas (CALDAS et al., 2008; RIBEIRO, 2011). De acordo com Angulo-Tuesta (1997) a violência de gênero tende a piorar com o passar do tempo, aumentando a frequência e a gravidade, a autora ainda refere que conviver com a violência afeta a confiança, tornando mais difícil o rompimento pela diminuição da capacidade de reagir. Alguns relatos relacionaram essa condição a uma doença crônica, a qual é antiga, está presente há muito tempo na vida de muitas mulheres e para a qual é difícil achar uma solução:

“Então é uma situação antiga, [...] mas parece que quanto mais antigo mais difícil de buscar solução, né? Por que é, eu acho que é, como uma doença, né? Crônica.” (GF4_4).

“É o que eu mais identifico assim. E que não tem o que fazer, porque também já tão muitos anos juntos, já final de vida, então não muda mais.” (GF2_3).

Também foi referido que, muitas vezes, há uma dificuldade de a mulher perceber-se vítima de violência, o que influencia para que a relação seja mantida:

“Ela acha que não é agressão [...] Depois que ele bate nela, agride ela, ele diz que aquilo ali é pra abrir os olhos dela, que ele ama ela e que é o modo dele expressar o amor dele por ela.” (GF2_7).

Em seu estudo com doentes crônicos, Charmaz (1990), refere que as características de cronicidade de um agravo não são identificadas imediatamente, somente após semanas e meses de sintomas recorrentes que as pessoas passam a perceber os efeitos que a doença produz na vida cotidiana, a partir das alterações que precisam fazer na sua rotina a cada dia. Pode-se traçar um paralelo com a condição em que vivem algumas mulheres em situação de violência, que ao não conseguirem romper com a violência convivem cronicamente com essa situação, tendo que lidar diariamente com seus efeitos, os quais produzem sofrimento, diminuição da autoestima, medo, isolamento social e incorporação do sentimento de culpa que acaba por distanciar a mulher das possíveis redes sociais de apoio, inclusive da sua própria família, causando paralisia e impedindo a mulher de buscar ajuda (CALDAS et al., 2008).

Também é possível relacionar esta situação à dificuldade de alguns profissionais lidarem com usuárias (os) que não aderem ao tratamento de doenças crônicas comuns no dia a dia dos serviços de saúde, como a hipertensão. Estes são vistos como aqueles nos quais não adianta investir, pois eles têm a escolha de se

tratar e não querem. O mesmo discurso se repete quanto a estas mulheres que não rompem, elas são vistas como aquelas usuárias que não adianta investir, que não há nada o que fazer:

“Não dá pra se envolver, eles vão e voltam, vão e voltam.” (GF1_3).

“Aí volta a coitada pra casa, vivendo com um machista, hoje, desempregado... Dizer o que? Fazer o que?” (GF4_2).

Ainda foram trazidas questões referentes a outras manifestações decorrentes da violência, como o desencadeamento de sintomas físicos devido a uma violência psicológica e também o sofrimento causado para os filhos:

“E acaba ficando no físico. A gente diz: ‘Ah é agressão moral, é agressão emocional, é agressão isso e aquilo’, mas o que que é a doença? É a gente somatizando todas essas coisas, né? Então, de uma forma, ou de outra, ele vai ser o agressor físico” (GF4_3).

“Daí da mulher se alastrou para os filhos também, porque os filhos também viveram juntos nesse aprisionamento” (GF2_6).

Todas as formas de violência relatadas causam danos, porém as mulheres relatam que é mais fácil superar uma violência física do que humilhações, evidenciando que o abuso emocional e psicológico pode ser tão danoso quanto o abuso físico, muitas vezes destruindo a autoconfiança e a identidade dessas mulheres (SAFFIOTI, 2015):

“Psicológica também, né, que sempre traz até acho que mais prejuízo que a física em algumas circunstâncias, porque as cicatrizes ali do ferimento, às vezes, do tapa, de um soco, cicatriza e passa, enquanto que a psicológica às vezes acarreta prejuízo na vida da pessoa, da família toda, dos filhos, né.” (GF1_5).

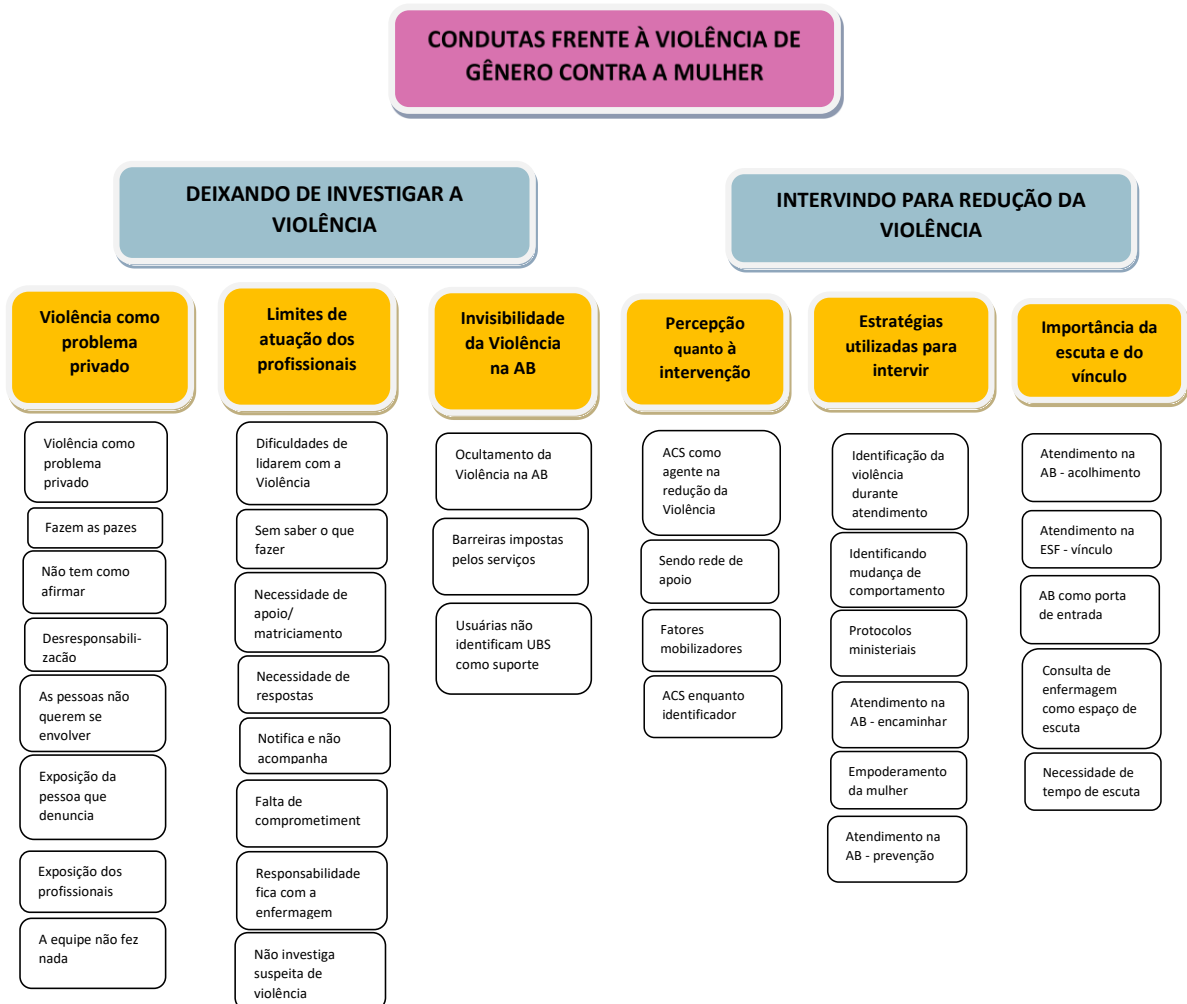
Nesse sentido, é importante que as (os) profissionais possam estar atentas (os) para as queixas e manifestações trazidas pelas usuárias, para além das marcas físicas, evitando reduzir o problema à perspectiva biomédica, a fim de se colocarem enquanto rede de apoio e suporte para pensar alternativas de intervenção para alívio do sofrimento dessas mulheres.

A atuação das (os) profissionais de saúde nas situações de violência tem relação com as explicações, crenças e ideias dos mesmos sobre temática, nesse sentido aprofundou-se a análise para buscar compreender quais são os fatores que motivam os profissionais para intervir ou não em situações de violência de gênero contra a mulher e quais são as estratégias que eles utilizam no atendimento a estas mulheres.

4.2 Condutas frente à violência de gênero contra a mulher

Na Figura 3 encontram-se os códigos iniciais e focais que deram origem a esta categoria e suas subcategorias:

FIGURA 3: Condutas frente à violência de gênero contra a mulher



Fonte: Elaborado pela autora

Nessa categoria utilizou-se mais um nível de categorização, assim, os códigos iniciais deram origem a seis códigos focais, os quais foram elevados a duas subcategorias que foram então mais exploradas na análise, conforme segue.

4.2.1 Deixando de investigar a violência

Como demonstrado anteriormente, há o reconhecimento pelas (os) profissionais da presença da violência de gênero contra a mulher nos serviços de saúde, ela está no cotidiano, em todos os locais e manifesta-se das mais diversas formas com diferentes consequências. O que não há, na maioria das vezes, é alguma intervenção sobre o problema:

“Era mais uma questão psicológica que ela ficou bem abalada, que ela veio trazer pra nós na conversa, assim. Mas nós, como equipe, a gente não fez nada.” (GF4_1).

“Mas eu não. Não questioneei ela, nem nada.” (GF3_5).

As codificações referentes a esses relatos foram agrupadas na subcategoria “Violência como problema privado”, e traduzem uma desresponsabilização das (os) profissionais relacionada ao entendimento que não há o que fazer nessas situações ou que não são capacitados para intervir, paralisando frente ao problema. Foi o que Schraiber e colaboradoras (2007) identificaram em um estudo com 3.193 usuárias de serviços públicos de saúde da grande São Paulo, onde se estimou que 76% destas haviam sofrido algum tipo de violência de gênero, porém, na maioria das vezes, isso não foi identificado pelas (os) profissionais de saúde e nem realizado o registro dos casos nos prontuários, uma vez que o atendimento esteve focado nos sintomas e na queixa clínica.

A falta de registros adequados e o silêncio a respeito da violência doméstica faz com que este problema continue invisibilizado (SILVA et al., 2017). Várias (os) profissionais relataram dificuldades em abordar essa temática, referindo que não sabem como perguntar sobre a questão e que as usuárias costumam esconder a situação, não havendo o que fazer nesses casos:

“Então eu acho que isso é bem difícil pro profissional da Saúde lidar com isso [...] porque é uma coisa muito íntima da pessoa [...]. É por isso que eu digo, é muito difícil a paciente te falar se ela não tá naquele momento de querer” (GF1_5).

“Eu não tenho coragem de chegar e perguntar “tá, mas, o que que aconteceu no teu olho, o teu marido que te bateu? “Eu não sei como fazer esse tipo de pergunta.” (GF3_1).

As profissionais que relataram vivências pessoais referiram que as marcas deixadas pela violência podem atuar como fatores que dificultam a abordagem da temática. Não é fácil para essas mulheres, diante de uma vítima de violência, conseguirem lidar com seus sentimentos e não reviver a dor que passaram:

“Mas eu como agente eu tenho muita dificuldade porque eu vivi isso, eu tenho muita dificuldade do que trabalhar e como trabalhar com essa família” (GF2_2).

“E ela dizia ‘o que é que eu faço, o que é que eu faço?’[...] E daí eu abraçava ela, e daí... Eu me via ali, também, muitas das vezes [...] E eu só escutava ela. E ela chorava muito, chorava muito.” (GF2_7).

Outro relato importante diz respeito a uma pergunta que consta no protocolo de pré-natal sobre violência contra a mulher, na qual a pré-natalista presente no grupo refere que sempre obteve respostas negativas:

“É um protocolo, da consulta de pré-natal, na primeira consulta tem questionário que a gente faz. E um dos itens é perguntar se tu sofre violência doméstica. Então a gente segue o protocolo e pergunta, só que assim, a gente vê que tem algumas que reagem até com espanto da pergunta que tu faz, sabe. Ah, usa drogas, fuma, e aí quando vê eu chego: “você sofre violência doméstica?”, elas então assim, de todas as consultas que eu fiz de pré-natal, que eu fiz a primeira consulta, nunca ninguém me disse que sofre algum tipo de agressão doméstica, de violência doméstica.” (GF1_5).

Ela reflete sobre esse fato colocando a questão de que é provável que tenha atendido mulheres vítimas de violência, mas se elas não respondem "sim" à pergunta não há o que ser feito, pois é uma decisão individual falar sobre o assunto, ou assim ela entende. Iniciativas governamentais como essa podem ter o intuito de induzir a investigação de situações de violência, levando em consideração os altos índices de violência doméstica durante a gestação e os danos que podem causar (STREY, 2012). Porém observou-se que a realização da pergunta de maneira protocolar tem pouco potencial de desvelar o problema e também não induz mudança de conduta profissional.

Ficou evidente a presença de um silêncio que cerca a questão da violência doméstica, uma vez que muitos relatos referiram que as mulheres não falam sobre o que estão passando, e tampouco as (os) profissionais de saúde perguntam sobre o assunto, mesmo quando suspeitam que a usuária possa estar enfrentando problemas desse teor. Além disso, Schraiber e d'Oliveira (2009) apontam que quando as usuárias revelam a situação de violência, muitas (os) profissionais demonstram uma atitude de dúvida quanto ao que está sendo relatado e que, ao duvidar da vítima reforçam politicamente as desigualdades de gênero e desencorajam as mulheres a falar sobre o que estão vivendo.

Quando as (os) profissionais de saúde valorizam os relatos, elas (es) referem pensar que sua ação não terá resultado, pontuando que os conhecimentos necessários para esse tipo de abordagem não estão entre seus conhecimentos e habilidades de saúde (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2009).

“É, não me sinto capacitada. A pessoa tem que saber como chegar, entendeu.” (GF3_1).

“Tipo... que isso é uma violência, assim, a violência tá muito presente. Só que é um tema muito delicado. E na formação eu acho que ninguém tá preparado pra isso.” (GF3_4).

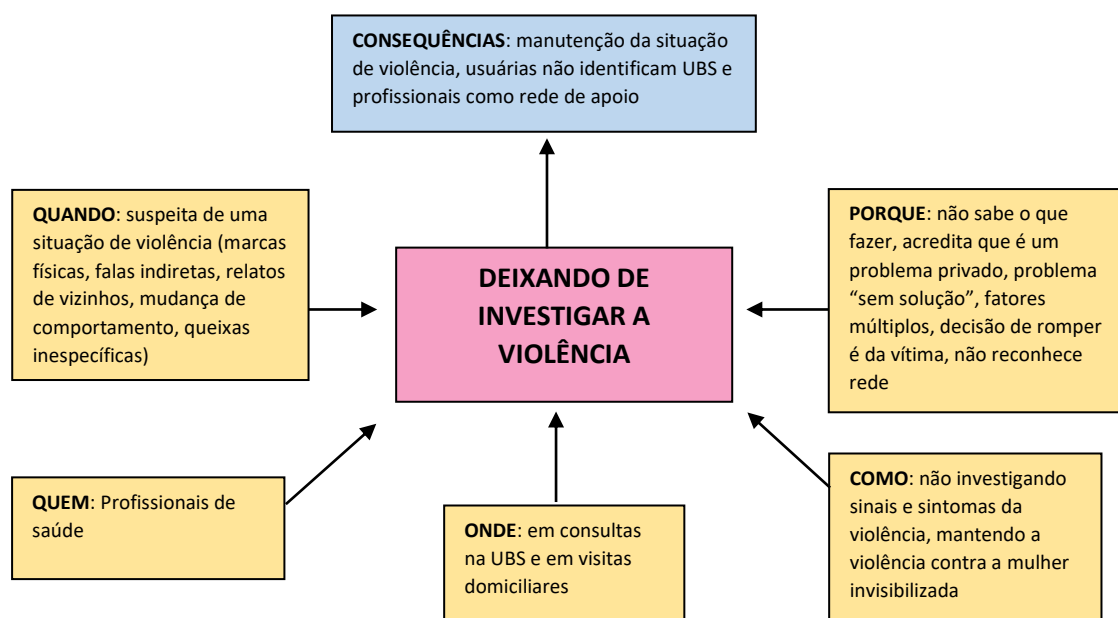
Foram colocadas outras questões referentes à dificuldade em abordarem o assunto por considerarem que as equipes estão situadas em áreas de conflito e tráfico, e que estas intervenções podem expor as (os) profissionais a riscos:

“Aqui a gente trabalha numa zona de conflito, né. E é perigoso a gente se expor, assim, até no conselho que vai dar, né?” (GF3_10).

A investigação da violência deve pressupor um espaço de escuta acolhedor e uma abordagem humanizada para que a usuária sinta-se confortável em falar sobre o assunto. Consideramos que não investigar e não agir também é uma conduta frente à violência de gênero contra a mulher e produz um resultado, que é o da manutenção da situação. Para além disso, as usuárias que estão passando por situações de violência, na opinião das (os) profissionais, não veem o serviço de saúde como um suporte na sua rede para enfrentar o problema.

Assim, ao mesmo tempo em que os (as) profissionais não investigam e não agem no enfrentamento da situação, os relatos apontam que as usuárias também não demandam esse atendimento/atenção diretamente do serviço. Dessa forma, a partir das categorias e comparação constante dos dados foi possível construir a codificação axial demonstrada na Figura 4, com o objetivo de esclarecer e ampliar a capacidade analítica das ideias emergentes:

FIGURA 4: Codificação axial – Deixando de investigar a violência



Fonte: Elaborado pela autora

A partir dessa análise observou-se que não investigar as situações de violência, a partir de suspeitas observadas através de falas indiretas, queixas inespecíficas e até marcas físicas, além de não produzir ajuda para as mulheres que estão nessa situação, mantém o problema invisibilizado e faz com que elas não identifiquem o serviço de saúde como um suporte da rede em que elas possam se apoiar para romper com a violência. Os motivos que foram relatados para essa não-intervenção foram múltiplos e estão relacionados principalmente a não estar capacitado, não saber como agir nessas situações, entender que este é um problema privado e não reconhecer uma rede de atendimento:

“Então eu acho que ninguém na rede básica tem alguma sabedoria, né, de qual é o processo, de como agir, de como encaminhar, ou conhece alguma coisa.” (GF1_7).

Percebeu-se também que a maioria das (os) profissionais desconhecem os serviços que podem ser acionados para o atendimento à mulher em situação de violência, e quando há conhecimento, os serviços são apontados de forma isolada e sem ter clareza quanto às formas de acesso a eles, o que também foi identificado em outras pesquisas (D’OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA; FONSECA, 2015; OLIVEIRA, 2011).

Araújo (2002) ressaltou três fatores para a não responsabilização dos (as) profissionais de saúde com as situações de violência: 1) ser uma situação de difícil abordagem pelos profissionais que não são capacitados para isso, 2) falta de recursos institucionais para dar apoio às vítimas e aos profissionais e 3) desapontamento e impotência relacionado ao desconhecimento acerca do tema quando a vítima silencia ou retira a denúncia.

Grossi, Almeida e Tavares (2007) salientaram a precária capacitação dos trabalhadores de saúde para o atendimento adequado às mulheres em situação de violência e apontaram que esse tema não faz parte da maioria dos currículos dos cursos da saúde, uma vez que as (os) profissionais da saúde referiram não possuir a tecnologia necessária para abordar esse problema ou entender que ela não pertence ao campo da saúde, o que faz com que não haja nos serviços de saúde um diagnóstico sobre tal situação.

Porém, cabe questionar e refletir sobre qual é a capacitação necessária para esse atendimento. Schraiber e d’Oliveira (2009) salientaram que a invisibilidade da violência no campo da saúde está relacionada a uma “recusa tecnológica”, e que a

superação dessa dificuldade passa pela aquisição e compreensão de ferramentas que privilegiem a capacidade de diálogo. Esta postura é essencial para a construção da Clínica Ampliada, que requer disposição e técnica para a escuta e o acolhimento do outro, valorizando também os seus saberes (CUNHA, 2004). Nesse sentido, Merhy e Feuerwerker (2009, p. 36) falando sobre as tecnologias relacionais e os atos de saúde referem que:

Produzir atos de saúde cuidadores é tarefa a ser compartilhada por todos os trabalhadores de uma unidade de saúde. Todos podem acolher, escutar, interessar-se, contribuir para a construção de relações de confiança e conforto [...]. Ampliar o olhar e a escuta, possibilitar que a complexidade da vida dos usuários invada as unidades e a maneira dos trabalhadores compreenderem o processo saúde-doença e os sofrimentos da vida implica também colocar o usuário em outro lugar, em outra posição: a de agente ativo na produção de sua saúde e no encontro com os trabalhadores de saúde.

Os serviços de Atenção Básica são aqueles em que os profissionais têm maior proximidade da população, acesso frequente, constante e legitimado às mulheres, constituindo-se em um espaço potencial de prevenção e intervenção nas situações de violência, além de que a atenção básica é dirigida a problemas de saúde frequentemente associados com violência doméstica e sexual contra a mulher (LEAL, 2010; MOREIRA et al., 2014; OLIVEIRA; FONSECA, 2015; OLIVEIRA, 2011). Entretanto, é comum que profissionais de saúde reproduzam a presunção de obediência e aceitação incondicional, prescrevendo medicações e atitudes como para um sujeito que está isolado do seu meio social, desconsiderando sua autonomia (BEDRIKOW; CAMPOS, 2011; CUNHA, 2004; MOREIRA et al., 2014).

Este foi um ponto crucial para esta discussão, pois não há como produzir mudanças enquanto as ações em saúde estiverem pautadas no processo de trabalho centrado no modelo biomédico. É preciso comprometimento para a construção da Clínica Ampliada com profissionais instrumentalizados e sensibilizados para identificar, enfrentar e acompanhar esse problema, incluindo na rotina a investigação da violência doméstica e oferecendo acolhimento com escuta qualificada, solidária e sem culpabilização (D'OLIVEIRA et al., 2009).

O maior desafio está em reconhecer a complexidade da temática e a insuficiência de uma disciplina isolada entendê-la, trazendo à tona a necessidade de integrar conhecimentos em uma atuação interdisciplinar (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA; COUTO, 2009). Para tanto, é preciso: 1) buscar um trabalho em equipe para dar

visibilidade aos casos, 2) desenvolver um agir ético e comunicativo, valorizando a escuta sem julgamento, 3) formular e implantar intervenção técnica apropriada, adotando um fazer diferente da terapêutica biomédica e 4) propor organização e gestão dos serviços de maneira integrativa (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2009).

4.2.2 Intervindo para redução da violência

Por outro lado, foi possível observar diversos relatos em que houve uma mobilização frente a algumas situações, em que a (o) profissional encontrou-se impulsionada (o) para agir, sentindo que não podia visualizar a situação e manter-se a parte do problema. O elemento que se refere à idade da vítima ficou bastante aparente, havendo uma mobilização maior quando a vítima era muito jovem ou já idosa:

“Ela é uma menina nova, tem toda uma vida pela frente [...] Mas ela tá desanimada, ele minou a autoestima [...] e ela não tem apoio da família, porque a família acha que ela tá errada [...] Eu tô muito preocupada com ela [...] eu vou lá quase todo dia” (GF2_6).

“Porque bah, mexeu, era uma idosa de setenta e poucos anos, alguma atitude eu tinha que tomar, não só pensando na ajuda de fora, mas pessoalmente, mesmo, como agente de saúde ali, eu tinha que fazer alguma coisa.” (GF2_2).

Quanto às mulheres jovens foi possível observar que há uma expectativa maior quanto à possibilidade de rompimento com a situação, ou até mesmo de visualização de intervenção a partir do Conselho Tutelar quando envolvia adolescentes. Já no que se refere às mulheres idosas, a mobilização é pelo motivo inverso: não se vislumbra a possibilidade de rompimento, e a tentativa de intervenção é para diminuir a frequência e gravidade dos episódios de violência.

As (os) ACSs relataram algumas estratégias utilizadas para abordar a situação e tentar intervir, como orientação sobre a rede de atendimento, maior frequência de visitas e aproximação com a vítima e também com o agressor:

“A minha estratégia foi de visitar mais vezes esse casal, e me achegar nele, que é o agressor, fazendo uma amizade com ele” (GF2_2).

“Outro dia eu voltei lá [...] eu disse, ‘tu sabe que tu tem os teus direitos?’ Ela disse que não sabia onde procurar. Daí eu dei o telefone e dei o endereço do Jacobina pra ela. Ela foi.” (GF2_7)

“Eu tenho estratégia, eu sou acostumado a fazer isso. Eu chego aonde tem a violência e o meu chegar faz com que eles se travem um pouco. Eles ficam meio cabreiros pra receber a gente, né, mas isso freia um pouco eles. E a gente vai entrando [...] dá uma diferença.” (GF2_8).

Estas (es) profissionais encontram uma facilidade de acesso aos domicílios e possuem uma relação com as usuárias de maior proximidade, além do conhecimento a respeito da rede de apoio comunitário que pode ser acionada, fatores que foram identificados por elas (es) nas falas como potenciais para a intervenção nas situações de violência. Também foram relatadas algumas condutas tomadas pelas profissionais da enfermagem durante consultas nos serviços de saúde:

“Elas vêm com a queixa da queda da libido [...] Eu procuro entender como ela acha natural essa obrigatoriedade da relação sexual, e em alguns casos que eu percebi liberdade e interesse, convidei a paciente pra trazer o marido pra uma conversa.” (GF2_12).

As condutas que foram realizadas nos atendimentos na UBS trouxeram a questão da orientação quanto às relações sexuais não consentidas e tentativa de diálogo com o parceiro, orientações quanto à rede de apoio e notificação, esta última com pouca frequência e mais relacionada a situações de violência física. O acolhimento apareceu como a principal estratégia para identificação e orientação:

“Mas uma estratégia que eu acho que é principalmente da equipe de ESF, é o acolhimento. As violências que eu peguei aqui, a maioria foi de acolhimento [...] Ela vem num momento de desespero, que tá... Ou alguma coisa que tá causando aflição e vem.” (GF3_4).

É muito importante que a mulher sinta-se acolhida para contar aquilo considera significativo e perceba que o serviço se interessa pelo problema de uma maneira não julgadora, buscando recursos para apoiar os casos. No entanto, é importante que este espaço não seja entendido apenas como uma triagem para encaminhar a outros pontos de atenção, mas sim como uma possibilidade de realizar uma escuta qualificada, em que a mulher perceba que o sigilo e a segurança serão levados em conta, assim como suas opiniões, valores e vontades, uma vez que a escuta interessada ainda é o melhor instrumento de detecção (D’OLIVEIRA et al., 2009). A necessidade de tempo de escuta e a importância do vínculo foram muito valorizadas para que a vítima relate a situação:

“A primeira coisa é o serviço se colocar disponível. As mulheres enxergarem o serviço como um local de escuta, o trabalhador se colocar numa posição de escuta. Eu vejo que na maioria das vezes o posto de saúde é o único local que elas conseguem falar sobre isso.” (GF2_12).

“Então assim, se tu tem um tempo para se dedicar e tu tem ouvidos, elas relatam. Eu acho que essa coisa assim, do ouvir, é bem importante no atendimento.” (GF1_7).

Observou-se que as (os) profissionais tentam orientar da maneira que acham adequada, apesar de sentirem-se inseguras (os) muitas vezes quanto às condutas a

serem tomadas, no entanto, isso não impede de acolher e tentar ajudar, sendo muito enfatizado que isso só é possível por conta do vínculo estabelecido:

“De uma entrega de troca de horário rendeu mais de hora de conversa. De escuta [...] a gente não pode dizer ‘ah, tu faz isso’, eu escutava, e o que é que eu tentei como agente? Era animá-la como pessoa [...] Só enfatizando que ela era importante, que ela ia conseguir [...] Fiz o melhor pra ela e eu vi no rosto dela que quando eu saí ela ficou bem. Por causa do vínculo.” (GF2_2).

“Eu tenho vínculo, tu tem vínculo, a enfermeira tem vínculo, a doutora tem vínculo. E dentro de um vínculo, a gente se juntando pode planejar uma ação conjunta e tentar começar a diminuir essa violência.” (GF2_8).

O estabelecimento de vínculos que configurem relações de confiança e proximidade pode possibilitar que seja gerada uma intervenção potente nas situações de violência, a partir da abertura para abordar o problema em visitas domiciliares ou nos encontros que ocorrem dentro dos serviços de saúde. A escuta acolhedora, não julgadora e ativa é o ponto principal para contribuir com que as mulheres encontrem estratégias de enfrentamento (D’OLIVEIRA et al., 2009; OLIVEIRA; FONSECA 2015; MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Apesar da importância de que as (os) profissionais tenham conhecimento dos direitos das mulheres e da rede de atendimento, o mais importante é a escuta acolhedora (D’OLIVEIRA et al, 2009). Dessa forma, a ênfase deve estar no processo de superação da violência, que vai ser diferente para cada mulher, de acordo com o que é possível fazer e com o tempo necessário em cada situação (JARDIM, 2016). A busca por alternativas e a não determinação de ações esteve presente nas falas:

“Eu acho que a gente, é bem isso [...] a gente tem que, tipo assim, dar opções, entende. Saber ofertar opções pra pessoa, pra que assim ela decida, né?” (GF2_5)

“Nós estamos tentando ajudar pra ela chegar num patamar que ela possa escolher, que ela não quer aquilo, mas ela tem que estar sã pra escolher, então ela precisa de ajuda” (GF2_8)

D’Oliveira e colaboradoras (2009) propõe que as (os) profissionais sejam treinadas (os) para uma “técnica de conversa”, cuja base é a escuta qualificada para detecção e orientação de mulheres em situação de violência, com o objetivo de dar segurança para que as (os) profissionais possam intervir de maneira adequada nessas situações. Elas fazem uma analogia com a anamnese clínica, referindo a necessidade de uma conversa específica, formulada e realizada para produzir orientações direcionadas a situação de violência, com vistas ao fortalecimento das mulheres e crítica a banalização da violência e das desigualdades de gênero. As autoras referem que as perguntas podem ser indiretas ou diretas, não havendo um

modelo ideal, e introduzem algumas sugestões de abordagem seguindo princípios de disponibilidade de tempo, privacidade, sigilo, acolhimento, vínculo e confiança.

É importante que a intervenção não tenha caráter pessoal, mas seja entendida como um procedimento técnico, a partir da integralidade e do posicionamento da usuária no centro das decisões referentes ao seu cuidado. Nesse sentido, a (o) profissional não deve julgar a mulher por suas dúvidas, comportamentos, condutas ou valores nem pressionar por determinadas ações, o mais importante é que os (as) profissionais se interessem pelo problema e que o serviço seja identificado como rede de apoio (D'OLIVEIRA et al., 2009).

A importância da constituição do serviço de saúde como uma rede de apoio apareceu nas falas dos grupos:

“Então ainda se consegue, nem que, por menor que seja, uma rede de proteção pra essa mulher que tá sofrendo isso dentro da própria unidade básica, aliás, né, na estratégia.” (GF2_10).

Esse atendimento acolhedor e comprometido, através de uma escuta qualificada capaz de propiciar a revelação das situações vividas e a produção de narrativas que permitam identificar elementos potenciais para transformação da situação de violência, são fatores que podem trazer benefícios para essas mulheres (D'OLIVEIRA et al., 2009; JARDIM, 2016). A Estratégia de Saúde da Família foi reconhecida pelas (os) participantes como o modelo de atenção que mais tem potencial para identificar e intervir nas situações de violência, o que também foi apontado em outro estudo (MOREIRA et al., 2014). Principalmente as (os) ACSs relataram que consideram que as condutas que tiveram produziram um efeito positivo, reduzindo episódios de violência, através da proximidade com as famílias, da escuta e do vínculo:

“Hoje eu vejo, passo, e eu não consigo ter acesso direto, na casa. Mas ele passa por mim me cumprimenta, ela toma banho de sol, todos os dias... Ela se pinta, ela sorri, eu vejo ela todos os dias na rua, coisa que não se via, ela na rua [...] Eu acho que intimidou eles, né, porque viram que tinha alguém por ela”. (GF2_7)

“Percebi de que, quanto mais eu estou junto dessa família, junto desse casal, porque a família é só os dois, menos ele agrediu ela, menos ele colocou ela pra fora.” (GF2_2).

As (os) ACSs parecem perceber um resultado da sua intervenção, que não é necessariamente o rompimento. Veem o espaço de escuta como terapêutico e sua proximidade com as famílias como um fator protetivo. As (os) demais profissionais, mesmo aquelas que fazem a escuta, pareceram só perceber um resultado positivo se houver uma denúncia ou o rompimento da relação. Esse pensamento pode ter

relação com a formação profissional, que ainda “forma” as (os) profissionais da saúde de maneira segmentada e cartesiana, sendo difícil trabalhar com questões complexas que não tem respostas imediatas ou que não podem ser solucionadas através de procedimentos ou prescrições:

“É uma situação que não foi solucionada... Não foi resolvida [...] Na maioria das vezes a gente não tem a solução. Só o tempo, né.” (GF4_4).

Entretanto, também houveram falas contrapondo essa questão, apontando a complexidade da temática e a necessidade de ser rede de apoio, pois as soluções não são imediatas:

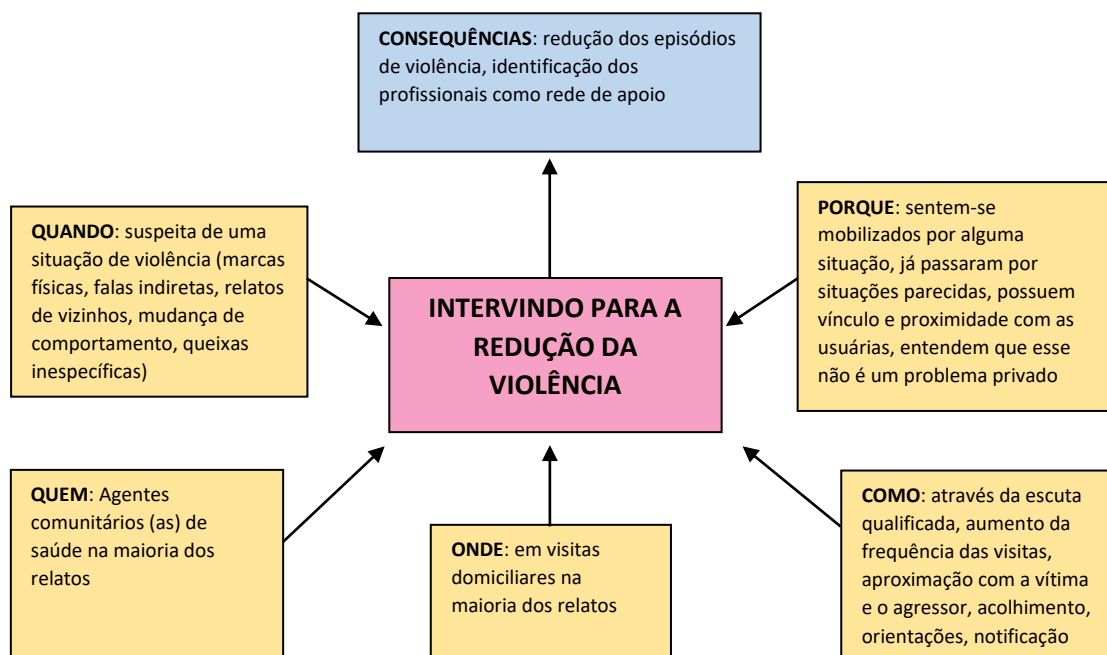
“Ontem eu me deparei com uma situação de violência que a gente manejou [...] ela junto conosco levou, acho que um ano, pra conseguir ter força, pra conseguir romper, via atenção básica, Jacobina e psicóloga.” (GF1_9).

“Às vezes tem o seu tempo, né, tem mulher que demora mais, sabe? Às vezes umas vão ser mais rápidas, outras levam anos” (GF2_10).

“Eu tenho um caso de uma família que há nove anos atrás, quando eu entrei, foi a primeira questão que eu coloquei. Até que um ano e pouco atrás eu acho, no início, a gente conseguiu fazer alguma coisa aqui.” (GF2_7).

A partir desses relatos foi possível construir a seguinte codificação axial:

FIGURA 5: Codificação Axial – Intervindo para a redução da violência



Fonte: Elaborada pela autora

Desse modo, foi possível observar que as (os) profissionais conseguiram exemplificar diversas estratégias para intervir nas situações de violência que

identificaram, como a disponibilidade para escuta, aumento da frequência das visitas e aproximação com a vítima e agressor. Também referiram visualizar alguns efeitos dessa interferência na redução dos episódios de violência e na identificação de uma rede de apoio. Outro aspecto apontado foi a possibilidade de intervenção que todas (os) as (os) profissionais da equipe têm, uma vez que as mulheres em situação de violência estão frequentemente no serviço de saúde:

“Nós enquanto profissionais e equipe todos nós temos, sim, que ajudar, né. [...] Pode até ser higienizador, não importa a categoria do profissional. [...] Então, tudo começou por uma consulta pela odonto [...] Eu acredito que ainda se dá pra fazer um trabalho melhor, quando as pessoas se empenham num caso.” (GF2_7)

“Eu acho que quando é, nesse caso, em algum momento ali, dentro da unidade, enfim, quando ela chegou [...] Alguém olhou pra ela” (GF2_10).

Os relatos demonstraram que quando houve interesse pelo problema e busca de alternativas, foi possível de alguma forma interferir na situação e colocar a equipe enquanto rede de apoio, estando atenta e ampliando o olhar para identificar as situações. As (os) ACSs foram as (os) que mais se mobilizaram, mas também são as (os) que mais claramente trazem o medo de intervir, pois moram na mesma comunidade e convivem com as usuárias fora do horário de trabalho também. Porém, isso não se apresentou como impeditivo. Foram relatadas intervenções baseadas no vínculo e proximidade com as famílias em que elas (es) perceberam que esta aproximação reduziu os episódios de violência que eram vivenciados pela vítima, oportunizando que algumas mulheres passassem a ter nestes profissionais um suporte importante, alguém com quem contar, alguém para quem contar.

A constituição da violência enquanto objeto de intervenção na área da saúde depende da postura individual, mas também da postura da equipe frente ao problema. Isto exige uma discussão da abordagem, dos instrumentos, dos saberes que precisam ser mobilizados e apoio às condutas, com a finalidade de fortalecer as mulheres para além de aliviar a dor e tratar os sintomas decorrentes. A equipe também deve buscar seu fortalecimento e reorientar os objetivos mais tradicionais de base biomédica do trabalho em saúde, focando esforços na escuta, na orientação e no acolhimento, na direção de projetos terapêuticos singulares negociados e construídos em conjunto para cada caso, tendo como referência a garantia de direitos (D'OLIVEIRA et al, 2009).

Cabe ainda ressaltar que a notificação é um importante instrumento de política pública, devendo ser discutido entre os profissionais das diversas áreas, não

só do setor saúde. Porém, mais importante que notificar é a articulação em rede que permita traçar planos terapêuticos e mobilizar apoio intersetorial para dar significado às notificações e produzir ações de enfrentamento à violência.

4.3 Rede de atendimento à mulher em situação de violência

Os códigos iniciais e focais que deram origem a esta categoria e suas subcategorias encontram-se na Figura 6:

FIGURA 6: Rede de atendimento à mulher em situação de violência



Fonte: Elaborada pela autora

Essa categoria articula as fragilidades e potencialidades da rede de atendimento à mulher em situação de violência que foram relatadas pelas (os) participantes, no município de São Leopoldo. Ela relaciona-se com as demais e reflete o desafio de constituir uma rede para além do conjunto de serviços

existentes, de maneira que possa visibilizar o problema ao mesmo tempo em que dê suporte para ações que sejam desenvolvidas na atenção básica.

4.3.1 Fragilidades da rede

Um dos eixos do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres constitui-se na “Ampliação e Fortalecimento da Rede de Serviços para Mulheres em Situação de Violência”. Nesse sentido, traz o conceito de rede de atendimento à mulher em situação de violência enquanto conjunto de ações e serviços dos setores da saúde, justiça, segurança pública e assistência social, sendo composto por Serviços não especializados de atendimento à mulher e Serviços especializados de atendimento à mulher. Esta rede é complexa, sendo necessária para além da existência dos serviços, uma articulação entre eles com o objetivo de ampliar e melhorar a qualidade do atendimento, através de encaminhamentos adequados, integralidade e humanização do atendimento (BRASIL, 2011).

Quanto aos serviços não especializados, o município de São Leopoldo possui 21 Unidades Básicas de Saúde, dois Centros de Atenção Psicossocial que fazem atendimento a adultos, cinco Centros de Referência em Assistência Social distribuídos por região, uma Unidade de Pronto Atendimento, um Hospital Geral e duas delegacias gerais. Referente aos serviços especializados, foi criado em São Leopoldo, no ano de 2006, o Centro de Referência para atendimento às mulheres em situação de violência, conhecido como Centro Jacobina, que já atendeu 3.548 mulheres desde sua criação. No mesmo período, também foi criado o Conselho Municipal dos Direitos da Mulher (COMDIM), sendo um órgão de caráter deliberativo com a finalidade de promover políticas para as mulheres com a perspectiva da igualdade de gênero, ampliando o controle social sobre essas políticas. O município não possui Delegacia Especializada para Atendimento às Mulheres, sendo essa uma demanda antiga do COMDIM. A ausência desse serviço foi apontada como uma das fragilidades da rede:

“Não tem uma delegacia especializada pro atendimento pra mulher, sabe? É um bando de homem grosso lá.” (GF3_9).

Alguns destes serviços foram identificados pelas (os) participantes dos grupos como integrantes da rede de atendimento às mulheres em situação de violência no

município de São Leopoldo: Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de referência para atendimento às mulheres em situação de violência (Centro Jacobina), Hospital Centenário e Delegacias:

“O CRAS é uma via de entrada e eles vão certificar, se realmente está acontecendo, o por quê. E dá uma direção.” (GF1_4).

“Eu tive acesso ao serviço, fui lá (Centro Jacobina), por mim também, eu estava sofrendo violência psicológica do pai do meu filho, fui muito bem acolhida lá” (GF2_10).

Além disso, a atenção básica foi identificada como uma parte importante da rede de atendimento à mulher em situação de violência, porém com dificuldades de articulação com os demais serviços de retaguarda:

“É, eu acho que o início é a escuta, né? Isso a gente faz (na atenção básica). Mas e depois? Pra onde?” (GF4_4)

Uma fragilidade importante está relacionada a não existir no município o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), o qual poderia dar suporte aos profissionais e também atuar na articulação entre os demais serviços. Moreira e colaboradores (2014) apontam que as (os) profissionais do NASF, especialmente psicólogos e assistentes sociais, são agentes importantes no apoio às equipes de ESF, tanto pelas ações de núcleo profissional como pelo compartilhamento de saberes com a equipe. No estudo realizado por estas autoras sobre atendimentos a situações de violência doméstica por equipes de ESF, as (os) ACSs e a equipe do NASF estiveram à frente destes atendimentos, articulando saberes práticos e técnicos na construção do cuidado.

Ficou aparente um desconhecimento de outros serviços e também quanto aos fluxos para acesso daqueles que são identificados. Outro ponto bastante criticado foi a burocracia e dificuldade de acesso, que faz com que muitas mulheres desistam de procurar os serviços:

“Parece que, se tem, a gente não conhece muito ou realmente não tem, onde acolher essas pessoas, essa demanda.” (GF4_1)

“Mas é uma burocracia, que primeiro tem que ir na delegacia; daí sai da delegacia, registra; daí sai, vai pro hospital fazer a constatação. Mas só vai, aquilo só vai ser válido depois que ela for no IML. Porque o corpo delito é no IML. [...] É uma burocracia, a maioria perde, para no meio do caminho.” (GF3_7).

A fragmentação entre os próprios serviços da rede de atenção à saúde, onde se evidencia a dificuldade de comunicação entre os pontos de atenção, foi assinalada como outra das fragilidades dessa rede:

“Houve uma mesma denúncia pra um mesmo órgão, enfim, de vários pontos de saúde diferentes, ou de atendimento na UPA, atendimento no hospital, atendimento no posto

de saúde do bairro, e nada, não andou, não foi pra frente, não tomou uma outra instância. Essa mulher só conseguiu ter três denúncias de três profissionais diferentes, enfim, ou três encaminhamentos diferentes, e ponto, e ficou ali, ela não... Não sentiu um suporte, ali ela era sozinha.” (GF2_10).

Nessa situação citada, o problema não foi a falta de acesso, mas a falta de responsabilização e articulação dos serviços, que fizeram com que a usuária tivesse que contar novamente sua história e reviver a situação inúmeras vezes. Para trabalhar com a violência é importante que a entrada possa ocorrer em qualquer ponto da rede de atendimento, no entanto, tem que haver uma horizontalidade entre os serviços que permita a circulação entre os mesmos, tanto das usuárias, quanto das informações entre as (os) profissionais, buscando um agir conjunto e integrado, formulando projetos de intervenção que se potencializem em cada ponto de atenção (D’OLIVEIRA et al., 2009).

Ainda chama a atenção o distanciamento entre a atenção básica e o atendimento hospitalar, tanto quanto às condutas quanto a impossibilidade de construção de projetos terapêuticos conjuntos, o que ficou demonstrado na fala de uma profissional quanto ao atendimento a uma gestante que relatou estar fazendo seu plano de parto:

“Uma vez, uma menina durante o pré-natal me falou assim: ‘Ah eu tô fazendo o meu plano de parto’, e eu não sabia como reagir, sabe? Se eu dizia: ‘Ah, que bom né, que tu tá fazendo’, ou dizia: ‘Ai coitada né, vai sofrer’[...] Internamente, fiquei pensando assim: ‘Ai, ela pode ficar muito frustrada né, chegar no hospital com plano de parto’, os médicos não são preparados pra isso, ela vai sofrer com isso assim, por que ela tá esperando uma coisa e ela vai receber outra, com certeza” (GF4_1).

A (o) profissional responsável pelo atendimento durante o pré-natal constrói vínculo com as usuárias e tem a possibilidades de discutir sobre os anseios e medos das mesmas, além de poder auxiliar na construção do plano de parto, objetivando, entre outras coisas, que a gestante tenha sua autonomia respeitada e sinta-se segura nesse momento. Porém, o que se observou é que não há um diálogo entre os diferentes níveis de atenção, e, o que é ainda pior, os relatos identificaram que a usuária pode vir a sofrer violência institucional durante o trabalho de parto e as (os) profissionais da atenção básica sentem-se impotentes para intervir nessa situação.

D’Oliveira e Schraiber (2013) destacam as 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. As autoras consideram que o estudo de redes não se

refere unicamente ao conjunto de serviços, mas sim a relação, fluxos, ideias, sujeitos e coisas que circulam entre os serviços.

4.3.2 Potencialidades da rede

Apesar da maioria das falas apontarem para a escassez de serviços e fragilidade de integração entre os existentes, houve relatos de identificação de espaços potenciais para aproximação entre os profissionais, como as reuniões mensais da Rede Socioassistencial, que busca reunir serviços intersetoriais e ocorrem nas 5 (cinco) regiões do município:

“O que eu achei legal da reunião de rede que eu fui no mês passado, as meninas do Centro Jacobina, elas vão na reunião de rede também. E elas se colocaram à disposição assim, para as equipes que quiserem saber mais sobre o assunto, como funciona o Centro Jacobina, como... Né, dar instrução para as mulheres. Elas vêm até a Unidade, se a gente quiser.” (GF3_9).

Estas reuniões buscam reunir escolas, serviços de saúde, organizações não governamentais, serviços da assistência social e outros que possam contribuir para a integração das ações e melhorar a comunicação entre as (os) profissionais. Um desdobramento dessas reuniões são as chamadas “micro-redes”, que são espaços para articular serviços em torno de um caso específico, construindo projetos terapêuticos conjuntos.

O Centro Jacobina presta acompanhamento psicossocial e orientação jurídica às mulheres do município de São Leopoldo que buscam atendimento espontaneamente ou são encaminhadas pela rede. Essa aproximação com a Atenção Básica a partir das Reuniões de Rede cumpre um importante papel no apoio às (aos) profissionais e articulação das ações.

Diferentemente do que se observa em relação às mulheres, quando são relatadas situações envolvendo crianças, há um reconhecimento, mesmo que incipiente, de uma rede para acolhimento e atendimento a essas vítimas, sendo citado o Conselho Tutelar e o Ministério Público como recursos. As (os) participantes relataram situações de atendimento relacionadas à violência contra a criança em que foi acionado o Conselho Tutelar:

“Eu lembrei, de outra intervenção que a gente fez. Que foi uma mulher. O companheiro deu HIV positivo, e ela não, tá. Só que ela amamentava [...] E a gente teve que acionar o

Conselho Tutelar porque tinha a criança, a criança tá amamentando, a mãe tá tendo relação (obrigada) com o companheiro, que se omite de fazer o tratamento. E acionamos o Conselho Tutelar. E aí o Conselho foi.” (GF3_4).

“Eu, do que apareceu aqui, foi um pouco diferente: a mãe, ela queria consultar a menina, de 2 anos, com um gineco. Como ela não conseguia ginecologista pediatria ela agendou para ela [...] ela queria que a doutora examinasse a menina, porque o pai tinha aliciado a criança. Daí mas ela foi no Conselho Tutelar, a doutora encaminhou” (GF1_8)

Aparentemente esse tipo de violência pareceu sensibilizar mais as pessoas, estas se sentiram mais mobilizadas em intervir, talvez no entendimento de que a criança não tem como se proteger, mas também por identificarem mais claramente uma rede de atendimento estabelecida:

“É porque os casos que tu citaste são casos que envolvem crianças, né... Então, por isso o Conselho Tutelar. Criança tem o Conselho Tutelar. E adulto?” (GF3_10).

Mesmo a rede do município sendo insuficiente para o enfrentamento da violência de gênero contra a mulher, é necessário que os serviços existentes estejam articulados e que a atenção básica se integre a ela, onde o primeiro passo é a identificação da violência pelos profissionais. A partir da identificação, é necessário que seja realizado o registro adequado dos casos junto a um trabalho em equipe, com garantia de sigilo, privacidade e acionamento da rede intersetorial existente, garantindo-se os princípios de não julgamento e respeito às decisões da mulher. A existência de guias com a localização e horário de funcionamento dos serviços da rede de atendimento pode facilitar o reconhecimento entre os serviços e facilitar o atendimento das mulheres. O conhecimento dos recursos disponíveis pode ajudar a visibilizar a rede e também demonstrar que este é um problema coletivo e social, e não individual (D’OLIVEIRA; SCHRAIBER, 2013; D’OLIVEIRA et al., 2009).

Os movimentos sociais têm feito uma aposta política nas instituições do sistema de justiça criminal como estratégia de combate à violência, o que tem sido chamado de judicialização das relações sociais, porém, é importante compreender os limites da justiça para atender à complexidade das relações de violência, demandando envolvimento de outros setores (DEBERT; GREGORI, 2008).

Não é possível pensar no enfrentamento à violência de gênero contra a mulher estritamente pela ótica da criminalidade, pois esta abordagem nem sempre corresponde às expectativas das mulheres atendidas nas Delegacias da Mulher (RIFIOTIS, 2004). Portanto, é fundamental que essa situação possa ser problematizada e possam ser pensadas práticas assistenciais adequadas e intersetoriais, com a qualidade de um cuidado integral na direção de uma maior

equidade de gênero. Este processo deve trazer a inter-relação da saúde com os direitos humanos e as consequências de sua violação, revendo os objetivos e o papel dos serviços de saúde nesse contexto (D'OLIVEIRA et al., 2009).

Para tanto, necessita o compromisso e envolvimento das (os) profissionais, trabalho comprometido com a integralidade, defesa dos direitos reprodutivos e sexuais e crítica à desigualdade de gênero, com implantação dos princípios da Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). Além disso, é imprescindível a crítica à violência institucional e o estabelecimento de relações de escuta e respeito no interior do serviço.

4.4 COMPREENDENDO AS RELAÇÕES ENTRE AS CATEGORIAS

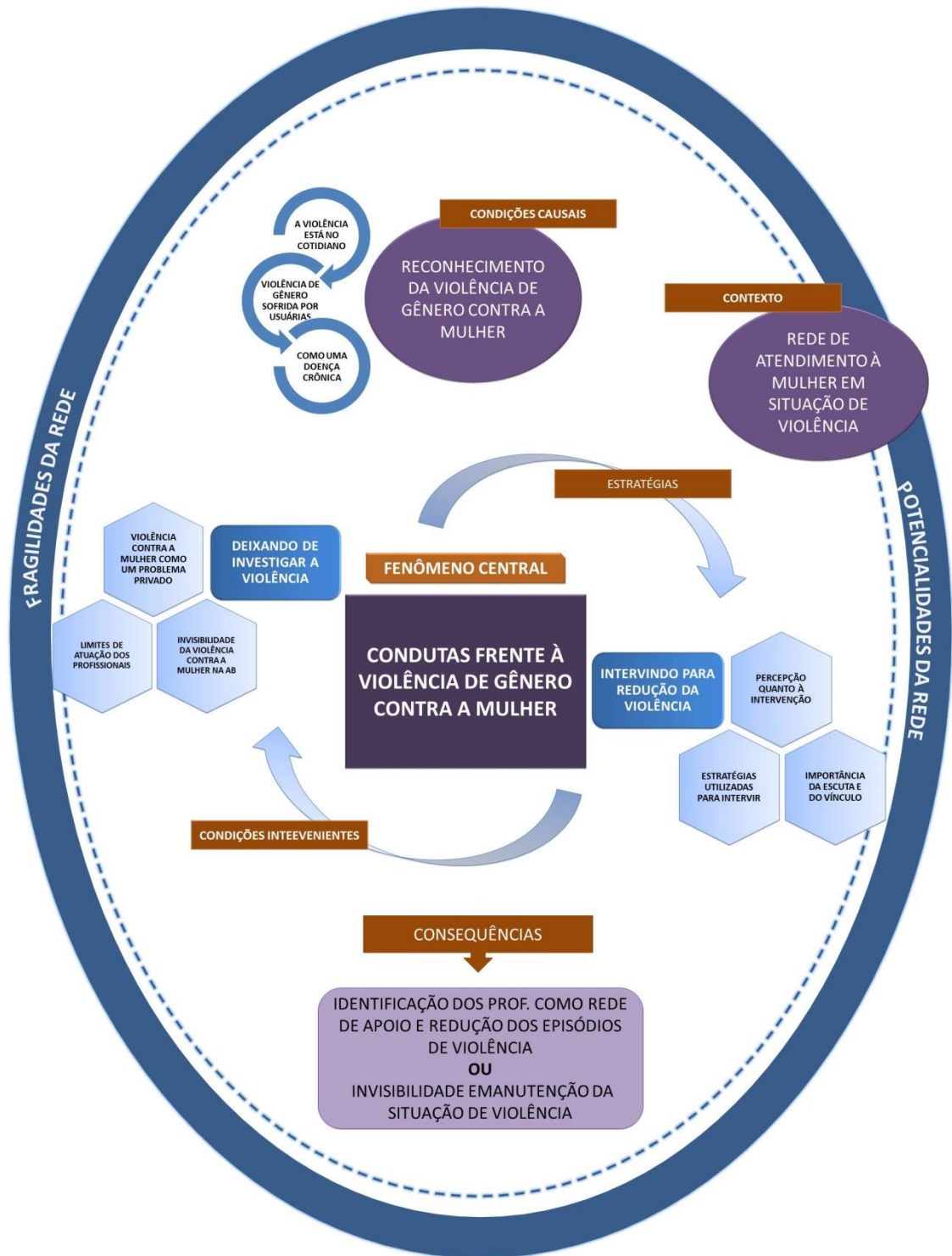
A partir da análise detalhada das categorias que emergiram da análise e comparação constante entre elas, compreendeu-se que a decisão sobre as condutas frente ao reconhecimento da violência de gênero contra as mulheres na Atenção Básica pode ocorrer por meio da aposta na construção de rede de apoio e nas tecnologias relacionais ou através de uma decisão de não investigar/intervir. Essa decisão leva em conta a percepção dos profissionais sobre o que elas (es) podem ofertar para as usuárias, qual resultado eles esperam se intervirem e se há uma identificação de uma rede de atendimento intersetorial que pode ser acionada.

Se o entendimento for de que é possível ofertar espaço de escuta e acolhimento, são realizadas algumas ações nesse sentido visando à construção de vínculo e rede de apoio. Encaminhamentos realizados dentro dessa perspectiva objetivam buscar apoio da rede de atendimento intersetorial e a equipe se co-responsabiliza pelo cuidado. Nesse sentido, a expectativa não é que haja um rompimento imediato, mas uma construção de alternativas em conjunto com a usuária.

Por outro lado, se o entendimento for no sentido de que a equipe de saúde só pode ofertar ações relacionadas a encaminhamentos, prescrições e curativos para lesões físicas, há uma tendência de desresponsabilização da equipe e uma frustração quando esses encaminhamentos não são aceitos pela usuária, não ocorrendo denúncia nem rompimento.

Dessa forma, construiu-se o diagrama apresentado na Figura 7, identificando a categoria CONDUTAS FRENTE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER como fenômeno central e estabelecendo a sua relação com as demais categorias e subcategorias para uma melhor compreensão das questões expostas. Para tanto, organizou-se as categorias de acordo com as condições que interferem no fenômeno (causais, intervenientes e contexto), as estratégias de ação/interação e as consequências, consideradas como efeitos positivos ou negativos da ação/interação (CHARMAZ, 2009).

FIGURA 7: Diagrama da relação entre o fenômeno central e as categorias e subcategorias.



Fonte: Elaborado pela autora

A partir desse diagrama observou-se que o fenômeno central é a categoria que apresenta e analisa as CONDUtas FRENTE À VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER, onde suas subcategorias explicam os fatores que interferem para que haja ou não uma investigação ou intervenção sobre o problema e quais estratégias são utilizadas.

As condições causais são apresentadas na categoria RECONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA A MULHER e suas subcategorias, que evidenciam a presença da violência contra a mulher no cotidiano das profissionais e das usuárias do serviço de saúde.

O contexto que abrange o reconhecimento da violência contra a mulher e as atitudes e ações desenvolvidas frente a este problema é explicitado na categoria REDE DE ATENDIMENTO À MULHER EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA e apresenta fragilidades e potencialidades dessa rede.

As consequências podem ser diferentes conforme as condutas tomadas, podendo favorecer o enfrentamento da violência contra a mulher a partir da construção de rede de apoio e ações que podem induzir à redução dos episódios de violência ou contribuir para a manutenção e invisibilidade do problema quando não há ação, ou quando as únicas ações ofertadas estão baseadas no modelo biomédico.

Dessa forma, buscou-se integrar as categorias e a análise para uma melhor compreensão dos resultados apresentados nesta pesquisa.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, identificou-se que as (os) profissionais reconhecem a violência de gênero contra as mulheres nos serviços de saúde, porém o que foi possível verificar é que em muitas situações não há investigação ou intervenção. Observou-se que a decisão para intervir ou não em uma situação de violência é construída a partir da análise de alguns fatores: 1) O que a (o) profissional considera que pode ofertar para a usuária? (escuta, encaminhamento, prescrição, denúncia, notificação), 2) O que a (o) profissional espera com essa intervenção? (rompimento, diminuição da violência, construir rede de apoio), 3) É identificada uma rede de atendimento intersectorial que pode ser acionada? Estas questões direcionam posicionamentos e condutas frente à violência e são importantes para a reflexão sobre as potencialidades da Saúde Coletiva e do trabalho realizado na Atenção Básica.

Não intervir mostrou-se estar relacionado ao entendimento desse problema como algo privado, não se sentir capacitado para agir nessas situações e a não identificação de uma rede de atendimento, o que pode colaborar para a manutenção das situações de violência e da invisibilidade do problema na área da saúde. Por outro lado, foi apontado que o acolhimento, a escuta qualificada e o vínculo são ferramentas potentes para estabelecer apoio e identificar alternativas de superação em conjunto com as mulheres, especialmente através do trabalho realizado pelas (os) Agentes Comunitárias (os) nas Equipes de Saúde da Família.

As (os) ACSs são conhecedoras (es) das famílias e do território e a (o) profissional mais próximo das usuárias, sendo atores centrais nessa temática, uma vez que desenvolver ações de apoio às mulheres em situação de violência requer uma compreensão sobre as histórias de vida, rede familiar, rede social, vulnerabilidades e fatores protetivos. Elas (es) reconheceram que tem potencial para intervir e alguns perceberam um resultado da sua intervenção, identificando o espaço de escuta como terapêutico e essa proximidade com as famílias como um fator protetivo. Não existem caminhos prontos, é necessário construir alternativas e abrir trilhas em meio a esse emaranhado de galhos. Nesse sentido, pontua-se a importância do fortalecimento da Atenção Básica por meio da Estratégia de Saúde da Família como uma direção possível para a construção de práticas voltadas ao enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres, ressaltando também a

importância dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família como potência para o trabalho interdisciplinar e compartilhamento de saberes.

No entanto, 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). O congelamento de gastos com saúde por 20 anos vem justificando mudanças neoliberais que visam diminuir o tamanho do Estado, e uma delas refere-se às alterações na PNAB publicadas em 2017 que permitem financiamento federal para equipes que não são ESF. Neste sentido, fica claro que, uma vez que o governo federal não aumentará o recurso destinado para a saúde e destinará parte destes para outras modalidades de equipes, provavelmente será reduzido o financiamento para o ESF, o que contribui para o desmonte do SUS.

Outra mudança que terá impacto na maneira em que a ESF se constitui atualmente é que as equipes poderão ser habilitadas com apenas um ACS, sendo que chegou a ser publicada portaria que retirava a obrigatoriedade da (o) ACS na equipe mínima da ESF em 2016, a qual foi revogada. Entre os caminhos que se abrem nessa trilha, apontamos algumas direções possíveis, e a principal delas é apostar nos espaços de encontro com as usuárias, principalmente a partir do trabalho das (os) ACSs. Potencializar e dar suporte para as ações desenvolvidas por elas (es) pode favorecer a construção de uma rede de apoio às mulheres e de práticas voltadas ao enfrentamento da violência que elas sofrem, num contexto em que nem sempre a violência de gênero contra as mulheres é entendida como um problema que é objeto de intervenção do setor saúde. Nessa perspectiva que se entende que retirar ou reduzir dessa forma a presença dessa (e) profissional é um retrocesso para a Atenção Básica e reduz a capacidade de intervir em problemas complexos como este.

Outro aspecto que muda na nova PNAB é a permissão de composição de cargas horárias, ou seja, para cumprir a carga horária exigida nas Equipes de Atenção Básica podem haver vários profissionais com 10 horas semanais, atacando diretamente um dos fatores mais destacados como potencialidade da Atenção Básica: a constituição de vínculo entre profissionais e usuárias (os). Isso dificultará

ainda mais a efetivação da integralidade do cuidado e a percepção da relação entre a violência de gênero contra as mulheres e a saúde.

Integralidade esta que é difícil de ser construída, como pode ser observado, por exemplo, através das ações tradicionalmente desenvolvidas nas UBSs relacionadas à saúde das mulheres. Estas são direcionadas para a saúde sexual e reprodutiva, materno-infantil e problemas oncológicos, dificilmente são observados outros enfoques, o que demonstra uma desresponsabilização do setor saúde em atuar na proteção das mulheres no que tange à violência. Nesse sentido, trazer as questões sobre violência de gênero contra as mulheres para o foco da saúde implica em sua consideração no planejamento e prestação de serviços, desde ações preventivas até de identificação, intervenção e apoio às vítimas, a partir da percepção pelos (as) profissionais que sua capacidade de intervenção está no acolhimento, nas tecnologias leves, nas relações estabelecidas e na constituição de rede de apoio.

Vale ressaltar que as ações de prevenção também são uma potencialidade dos serviços de Atenção Básica e são importantes para levar a discussão a respeito das desigualdades de gênero e direitos humanos mais próxima das usuárias e profissionais. Além disso, esta pesquisa evidenciou o caráter social da violência de gênero, que requer ações intersetoriais a fim de garantir o acolhimento das vítimas e a garantia dos seus direitos, assim como políticas públicas que tenham potencial para combater a base cultural que legitima a violência contra a mulher e para fomentar a formação de redes, para além do conjunto de diferentes serviços, promovendo intervenções mais comprometidas e articuladas.

Os aspectos abordados traduzem a complexidade do problema e a grandeza do desafio que se coloca no enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres, o qual requer mudança de postura (individual e da equipe) e aposta nas tecnologias relacionais para não reproduzir ações e intervenções automáticas e baseadas no modelo biomédico, já muito criticado por sua ineficiência. Nesse sentido, a gestão tem um papel importante de indução de processos para qualificação dos serviços, a fim de que todos acolham e atendam as vítimas de violência, e de promoção de educação permanente que envolva essa temática levando a discussão para dentro dos serviços da atenção básica.

5 REFERÊNCIAS

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

ARAÚJO, Maria de Fátima. Violência e abuso sexual na família. **Psicologia em estudo**. Maringá, v.7, n.2, p.3-11, dez 2002.

AUAD, Daniela. **Feminismo: que história é essa?** Rio de Janeiro: DP&A editora, 2003.

AZAMBUJA, Maria Regina Fay de. Maria da Penha: da dor ao combate. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência**. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007. p. 131-147.

BEAUVOIR, Simone de. **O segundo Sexo: Fatos e Mitos**. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1980.

BEDRIKOW, Rubens; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Clínica: a arte de equilibrar a doença e o sujeito. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 57, n. 6, p. 610-613, dez. 2011.

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

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

_____. **Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.

CALDAS, Leidyane Silva; FORTALEZA, Kamyla Rocha; SILVA, Paulo Vinicius Coelho; BRITO, Luciane Maria Oliveira; CHEIN, Maria Bethânia da Costa; VASCONCELOS Caio Brandão e. Violência contra a mulher idosa: vozes silenciadas. **Geriatrics & Gerontologia**, v.2, n. 4, p. 167-175. 2008.

CANTERA, Leonor Maria. La fotointervención como técnica de concienciación de la violencia de género. In: STREY, Marlene Neves; NOGUEIRA, Conceição; AZAMBUJA, Mariana Ruwer de (Orgs.). **Gênero & Saúde: diálogos ibero-brasileiros**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010. P. 189-212.

CHARMAZ, Kathy. **A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, Kathy. Discovering Chronic Illness: Using Grounded Theory. **Social Science & Medicine**. v. 30, n.11, p.1161–1172. 1990.

CHAUÍ, Marilena. Ensaio ética e violência. **Revista Teoria e Debate**, São Paulo, ano 11, n. 39, p. 32-41. 1998.

CORTEZ, Mirian Béccheri. “**Sem açúcar, com afeto**”: estudo crítico de denúncias de violência contra as mulheres e dos paradoxos da judicialização. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais. 2012.

CORNAGLIA, Graciela Patrícia. **Prevenção à violência contra as mulheres**: caderno 1 – conceitos e tipos de violência, legislação, rede de atendimento à mulher. Secretaria Municipal de Políticas para Mulheres. São Leopoldo: CEBI, 2010.

COSTA, Lúcia Helena Rodrigues; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; LUZ, Rúbia Vieira da; SANTOS, Ingredy Caroline de Jesus; MENDES, Viviane Ramos. Gênero, feminilidade e sexualidade em tempos de AIDS: representações sociais de agentes comunitárias de saúde. **Revista UNIABEU**. Belford Roxo, v.7, n. 17, p.29-46, set/dez 2014.

CUNHA, Gustavo Tenório. **A construção da Clínica Ampliada na Atenção Básica**. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. 2004.

DEBERT, Guita Grin; GREGORI, Maria Filomena. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 66, p. 165-185, Fev. 2008.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima; HANADA, Heloisa; DURAND, Julia. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.4, p.1037-1050, 2009.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; SCHRAIBER, Lilia Blima. 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.

GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro 2005.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia**, v.12, nº24, p. 149-161. 2003.

GROSSI, Patrícia Krieger; ALMEIDA, Sônia; TAVARES, Fabrício. Violência de gênero: em busca do fortalecimento de mulheres. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas**: mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007. p. 71-81.

GUIMARAES, Maisa Campos; PEDROZA, Regina Lucia Sucupira. Violência contra a mulher: problematizando definições teóricas, filosóficas e jurídicas. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 27, n. 2, p. 256-266, ago. 2015.

HESLER, Lilian Zielke; COSTA, Marta Cocco da; RESTA, Darielli Gindri; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos. Violência contra as mulheres na perspectiva dos agentes

comunitários de saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 180-186, mar. 2013.

ILHA, Michele Mazza; LEAL, Sandra Maria Cezar; SOARES, Joannie dos Santos Fachinelli. Mulheres internadas por agressão em um hospital de pronto socorro: (in)visibilidade da violência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v. 31, n. 2, p. 328-334, jun 2010.

JARDIM, Renata Teixeira. Atenção às mulheres em situação de violência: metodologias, protocolos de atenção, diretrizes e normas técnicas nacionais. In: NEGRÃO, Telia; HEINZELMANN, Neusa. **Faces da violência de gênero: Intervenções criativas a partir do feminismo: O Projeto Conexões e outras experiências**. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural. 2016. p. 55-64.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **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.

LOURAU, René. René Lourau na UERJ- 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993. **Mnemosine**. v.3, n.2, 2007.

MACEDO, Eunice. Violência e Violências sobre as mulheres: Auscultando lugares para uma democracia “outra” mais autêntica. In: BRABO, Tânia Suely Antonelli Marcelino. (Org.) **Mulheres, gênero e violência**. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2015. p.15-36.

MARQUI, Alessandra Bernadete Trovó de; JAHN, Alice do Carmo; RESTA, Darielli Gindri; COLOMÉ, Isabel Cristina dos Santos; ROSA, Neidiane da; ZANON, Tami . Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 956-961, dez. 2010.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Perfil dos trabalhadores da atenção básica em saúde no município de São Paulo: região norte e central da cidade. **Saude & Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 900-911, dez. 2011.

MENEGHEL, Stela Nazareth; SAGOT, Montserrat; BAIROS, Fernanda. Práticas discursivas, gênero e sofrimento emocional. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 52-63.

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

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de S.; GOMBERG, Estélio (Orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

MIGUEL, Luis Felipe; BIROLI, Flávia. **Feminismo e política**: uma introdução. 1ª ed., São Paulo: Boitempo, 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

MOREIRA, Tatiana das Neves Fraga; MARTINS, Cleide Lavieri; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz; SCHRAIBER, Lilia Blima. A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família. **Saude & Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, set. 2014.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de. **Violência de gênero e necessidades em saúde**: limites e possibilidades da estratégia de saúde da família. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

OLIVEIRA, Rebeca Nunes Guedes de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. 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. **Gender in mental health research**. Department of Gender, Woman and Health, Family and Community Health, 2004.

OSTERMAN, Ana Cristina. Análise da conversa (aplicada) como uma abordagem para o estudo de linguagem e gênero: o caso dos atendimentos a mulheres em situação de violência no Brasil. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas II**: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 143-170.

PINTO, Céli Regina Jardim. Feminismo, história e poder. **Revista Sociologia Política**, Curitiba, v. 18, n. 36, p. 15-23, jun 2010.

RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. **Atenção à saúde de mulheres idosas em situação de violência no município do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado) Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

RIFIOTIS, Theophilos. As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a «judicialização» dos conflitos conjugais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v.19, n.1, p.85-119, jun 2004.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência**. 2ª ed. São Paulo: Expressão Popular: Fundação Perseu Abramo, 2015.

SAGOT, Montserrat. A rota crítica da violência intrafamiliar em países latino-americanos. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas**: mulheres enfrentando a violência. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2007.p. 23-50.

SANTOS, Cecília MacDowel; IZUMINO, Wânia Pasinato. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. **Estudios**

Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe. Tel Viv, v. 16, n. 1, p. 147-164. 2005.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza; HANADA, Heloisa; KISS, Ligia B; DURAND, Julia G; PUCCIA, Maria Inês; ANDRADE, Marta Campagnoni. 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, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 131-141.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; COUTO, Márcia Thereza. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s205-s216, 2009.

SCOTT, Joan Wallach. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade.** Porto Alegre, v.20, nº 2, jul/dez 1995. P. 71-99.

SILVA, Ethel Bastos da; PADOIN, Stella Maris de Mello; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro Vianna. Violência contra a mulher e a prática assistencial na percepção dos profissionais da saúde. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 24, n. 1, p.229-37, jan-mar 2015.

SILVA, Neuzileny Nery Ferreira; LEAL, Sandra Maria Cezar; TRENTIN, Daiane; VARGAS, Mara Ambrosina de Oliveira; VARGAS, Caroline Porcelis; VIEIRA, Letícia Becker. Atuação dos enfermeiros da atenção básica a mulheres em situação de violência. **Enfermagem em Foco**, v. 8, p. 70-74, 2017.

SILVEIRA, Paloma Silva; MEDRADO, Benedito. Violência contra as mulheres: breves considerações sobre os estudos relacionados à temática. In: MENEGHEL, Stela Nazareth. (Org.). **Rotas críticas II: ferramentas para trabalhar com a violência de gênero.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2009. p. 113-129.

SIMOES-BARBOSA, Regina Helena; DANTAS-BERGER, Sônia Maria. Abuso de drogas e transtornos alimentares entre mulheres: sintomas de um mal-estar de gênero? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 1, 2017.

SOUZA, Jaime Luiz cunha de. **Violência Otélica:** a agressão masculina nas relações conjugais. Tese (Doutorado). Programa de pós-graduação em Ciências Sociais. UFPA, 2007.

STREY, Marlene Neves. Violência e gênero: um casamento que tem tudo pra dar certo. In: GROSSI, Patrícia Krieger (Org.). **Violências e gênero** – coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2ª ed, 2012. p. 51-72.

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

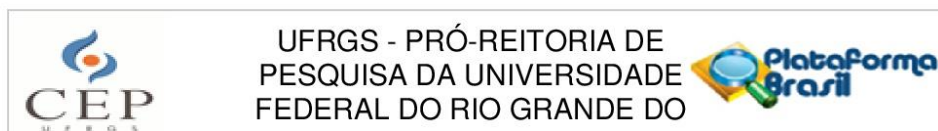
VARGAS, Regina. A integralidade da atenção à saúde na percepção de profissionais da rede. In: NEGRÃO, Télia; VARGAS, Regina; RODRIGUES, Leina Peres (Org.) **Saúde Mental e gênero: novas abordagens para uma linha de cuidado**. Porto Alegre: Coletivo Feminino Plural. 2015. p. 13-40.

VENTURINI, Gustavo; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado: uma década de mudanças na opinião pública**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo; Edições Sesc, 2013.

VÍCTORA, Ceres Gomes. Uma ciência replicante: a ausência de uma discussão sobre o método, a ética e o discurso. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v.20, n.1, p.104-112, 2011.

ANEXOS E APÊNDICES

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROFISSIONAIS DA SAÚDE E O (RE)CONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE

Pesquisador: Aline Blaya Martins

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 69737517.0.0000.5347

Instituição Proponente: Faculdade de Odontologia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.171.238

Apresentação do Projeto:

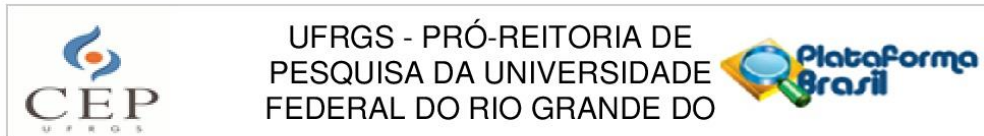
Trata-se de projeto de pesquisa de Mestrado da Acadêmica PAULA SUSÉLI SILVA DE BEARZI em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Discute a questão da violência de gênero como um problema social e de saúde pública.

Pesquisa com abordagem qualitativa, os participantes serão constituídos pelos profissionais de saúde da atenção básica- Saúde da Família e Equipes Tradicionais do Município de São Leopoldo, previsão de 60 participantes. O convite e os esclarecimentos sobre a pesquisa serão realizados a partir de contato com as coordenações para participar de uma reunião de equipe.

Para a coleta das informações será utilizado grupos focais (2) com equipes de Saúde da Família e (2) grupos focais com Equipes Tradicionais. Os grupos serão formados com no máximo, 15 trabalhadores, a partir do convite a todos os componentes da equipe.

Será empregado um roteiro de questões para estimular e aprofundar progressivamente a discussão (em anexo). Ainda serão utilizados como ferramenta Diários de Pesquisa [...] para registrar a narrativa e as impressões da pesquisadora em seu contexto histórico-social ao longo do percurso"

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.171.238

Será realizado" mapeamento da rede de atendimento à mulher em situação de violência, a partir dos serviços referidos no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, junto às secretarias municipais quanto aos locais existentes no município de São Leopoldo e os serviços que são ofertados"

Após o levantamento "os profissionais serão convidados a participar do jogo "No lugar dela" adaptado para a língua portuguesa pelas pesquisadoras Ana Flavia Pires Lucas D'Oliveira e Lilia Blima Schraiber."

O jogo apresenta as seguintes etapas : "1) Divisão em grupos de 3 pessoas onde cada grupo receberá um cartão com a história de uma mulher; 2) Uma pessoa do grupo será orientada a tomar as decisões que achar pertinente para lidar com as situações de violência descritas no caso; 3) Cada cartão proporcionará diferentes escolhas com possibilidades de desfechos diferentes."

Para análise serão utilizados "os indicadores estabelecidos para o monitoramento e avaliação do Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres, dentre os quais estão: 1) Existência e ampliação dos serviços de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e familiar; 2) Articulação da rede e 3) Capacitação dos profissionais"

Após finalizar a pesquisa está previsto oficinas com as equipes como "contrapartida a parceria que estabelecer-se-á com a gestão e com os trabalhadores, e visando a construção de práticas qualificadas de acolhimento e manejo das situações de violência"

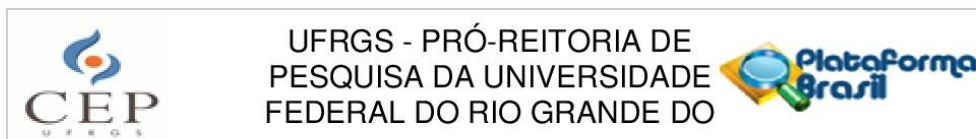
As questões éticas foram contempladas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar as percepções dos profissionais da saúde da atenção básica a respeito de situações de violência de gênero e identificar quais são as estratégias utilizadas quando se deparam com casos de mulheres em situação de violência nos territórios das equipes onde atuam no município de São Leopoldo.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.171.238

Objetivo Secundário:

- Conhecer quais são as crenças e atitudes dos profissionais da saúde em relação à violência de gênero;
- Saber se a violência de gênero é identificada no território de atuação das equipes e quais são as estratégias utilizadas para identificá-la;
- Identificar as dificuldades e os limites dos profissionais das equipes de saúde frente à violência de gênero;
- Utilizar o jogo "No lugar dela" para sensibilizar os profissionais sobre a temática e identificar os recursos da rede de atendimento à mulher em situação de violência que são acionados ou identificados pelos trabalhadores do município de São Leopoldo;
- Estabelecer e acompanhar indicadores de monitoramento e avaliação da rede de atendimento à mulher em situação de violência;
- Monitorar e avaliar a rede de atendimento à mulher em situação de violência através do reconhecimento da rede pelos profissionais da atenção básica, no período de um ano.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos as pesquisadoras descrevem " a pesquisa não implicará em riscos aos participantes, exceto pela possível mobilização de afetos que pode ser decorrente do espaço de diálogo que abrir-se-á por meio dos grupos focais. Caso seja necessário, será realizado o acolhimento e apoio através do Centro Jacobina-atendimento e apoio à mulher em situação de violência doméstica e familiar".

Quanto aos benefícios serão indiretos e acrescentam que "esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a violência doméstica contra a mulher, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa qualificar o cuidado a essas mulheres"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa apresenta relevância científica e social e poderá trazer contribuições significativas para o cuidado à saúde de mulheres que sofrem violência.Referencial teórico e metodológico pertinentes e oferecem sustentação aos propósitos da pesquisa.Objetivos são enunciados de forma clara,os procedimentos metodológicos estão detalhadamente descritos.

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.171.238

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE- Está construído com informações pertinentes, objetivas e contendo os riscos e benefícios. Consta como pesquisadora principal a mestrande, sugere-se alterar, pois na UFRGS a responsável é a professora orientadora.

Carta de Anuência - Secretaria Municipal de Educação e Saúde de São Leopoldo;

- Diretor da atenção Básica da Secretaria de Saúde São Leopoldo;

Apresenta Ata de Exame de Qualificação Dissertação Mestrado;

Roteiro de questões

Aprovação Compesq.

Recomendações:

Recomenda-se alterar no TCLE a pesquisadora principal, incluir o nome da professora orientadora.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto em condições de aprovação

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

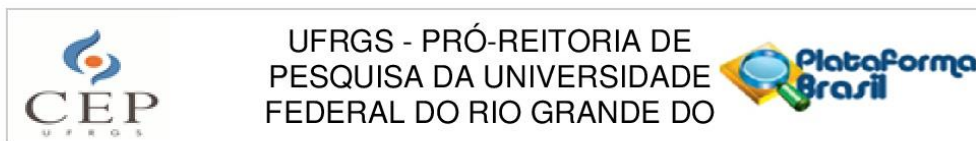
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_922162.pdf	08/06/2017 22:35:28		Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto.pdf	08/06/2017 22:34:39	Aline Blaya Martins	Aceito
Outros	ROTEIRO.pdf	04/06/2017 11:46:26	Aline Blaya Martins	Aceito
Outros	PARECER.pdf	04/06/2017 11:41:51	Aline Blaya Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APROVACAO_COMPESQ_UFRGS_2.pdf	04/06/2017 11:40:37	Aline Blaya Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	APROVACAO_COMPESQ_UFRGS.pdf	04/06/2017 11:40:15	Aline Blaya Martins	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	04/06/2017 11:38:32	Aline Blaya Martins	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento /	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.pdf	04/06/2017 11:37:58	Aline Blaya Martins	Aceito

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro

Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060

UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE

Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 2.171.238

Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVR E E ESCLARECIDO.pdf	04/06/2017 11:37:58	Aline Blaya Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO.pdf	04/06/2017 11:37:32	Aline Blaya Martins	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA.pdf	04/06/2017 11:37:03	Aline Blaya Martins	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	04/06/2017 11:36:05	Aline Blaya Martins	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	04/06/2017 11:34:49	Aline Blaya Martins	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 13 de Julho de 2017

Assinado por:
MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA
(Coordenador)

Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro
Bairro: Farroupilha **CEP:** 90.040-060
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: **PROFISSIONAIS DA SAÚDE E O (RE)CONHECIMENTO DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO**

Nome da Pesquisadora Principal: Paula Suséli Silva de Bearzi

Nome da Orientadora: Professora Doutora Aline Blaya Martins de Santa Helena

1. **Natureza da pesquisa:** Você está sendo convidada (o) a participar desta pesquisa que tem como finalidade compreender os limites e possibilidades de atuação dos (as) profissionais de saúde no atendimento de mulheres vítimas de violência doméstica, além de contribuir na compreensão sobre o fenômeno da violência contra a mulher entre estes (as) profissionais.
2. **Participantes da pesquisa:** Profissionais de saúde da atenção básica do Município de São Leopoldo
3. **Envolvimento na pesquisa:** Sua participação é voluntária. Ao participar deste estudo você permitirá que a pesquisadora possa entender como os (as) profissionais de saúde de São Leopoldo lidam com a questão da violência contra a mulher. Você tem liberdade de se recusar a participar ou a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem risco de qualquer prejuízo ou penalização. Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone da pesquisadora do projeto e, se necessário através do telefone do Comitê de Ética em Pesquisa.
4. **Sobre os grupos focais:** Será realizado 1 (um) encontro na sua Unidade Básica de Saúde ou na Escola de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, durante o horário de trabalho, após liberação da Diretoria da Atenção Básica do Município. Os encontros serão gravados e transcritos, ao final da pesquisa você terá livre acesso ao seu conteúdo e poderá discutí-lo com a pesquisadora se assim o desejar.
5. **Riscos e desconforto:** Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 466/12 e nº 510/16 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa não implicará em riscos aos participantes, exceto pela possível mobilização de afetos que pode

ser decorrente do espaço de diálogo que abrir-se-á por meio dos grupos focais. Caso seja necessário, o trabalhador receberá o devido acolhimento e apoio através do Centro Jacobina - atendimento e apoio à mulher em situação de violência doméstica e familiar.

6. **Confidencialidade:** Será garantido seu anonimato por ocasião da divulgação dos resultados e guardado sigilo de dados confidenciais.
7. **Benefícios:** ao participar desta pesquisa você não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a violência contra a mulher, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa qualificar o cuidado a essas mulheres
8. **Divulgação dos resultados:** a pesquisadora se compromete a divulgar os resultados obtidos a partir de uma oficina que será agendada ao final da pesquisa.
9. **Pagamento:** você não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa.

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa. Declaro que recebi cópia deste termo de consentimento, e autorizo a realização da pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Assinatura da (o) Participante da Pesquisa

Assinatura da Pesquisadora

São Leopoldo, _____ de _____ 2017.

Pesquisadora Principal: Aline Blaya Martins de Santa Helena

Telefone: (51) 99984-1790

Email: paulasuseli@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa: UFRGS

Telefone do Comitê: (51) 3308-3738