



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTU SENSU***  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**MARIA MICHELLE BISPO CAVALCANTE**

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A MULHER: UM ESTUDO SOBRE A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

**SOBRAL- CEARÁ**

**2013**

**MARIA MICHELLE BISPO CAVALCANTE**

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A MULHER: UM ESTUDO SOBRE A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação submetida ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Federal do Ceará, *Campus Sobral*, como pré-requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde.

Área de Pesquisa: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliany Nazaré Oliveira

**SOBRAL- CEARÁ**

**2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Curso de Medicina de Sobral

---

C365v Cavalcante, Maria Michele Bispo.

Violência intrafamiliar contra a mulher: um estudo sobre a produção do cuidado na estratégia saúde da família. / Maria Michele Bispo Cavalcante. – 2013.

168 f. : il. color., enc. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Curso de Medicina *Campus* de Sobral, Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, Sobral, 2013.

Área de Concentração: Saúde mental.

Orientação: Profa. Dra. Eliany Nazaré Oliveira.

1. Violência doméstica. 2. Saúde da família. I. Título.

---

CDD 364.28

**MARIA MICHELLE BISPO CAVALCANTE**

**VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR CONTRA A MULHER: UM ESTUDO SOBRE A  
PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada como pré-requisito parcial para obtenção do título de mestre em Saúde da Família. Linha de Pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde. Área de Pesquisa: Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Aprovado em \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Eliany Nazaré Oliveira  
Universidade Estadual Vale do Acaraú - UVA  
Orientadora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima  
Universidade Estadual Vale do Acaraú- UVA  
1º Membro

---

Prof. Dr. Raimundo Augusto Martins Torres  
Universidade Estadual do Ceará- UECE  
2º Membro

Aos meus três amores humanos:

Antonio, Marcelo e Murilo, homens que me ensinaram a essência real de ser mulher, que de diferentes maneiras colaboraram com essa construção pacientemente, me possibilitando concretizá-la.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, meu norte, meu tudo; desde o início da caminhada, sei que este é mais um fruto de suas promessas cumpridas em minha vida; tudo só foi possível graças a Ele e sua fidelidade para comigo, Obrigada Senhor!

Ao meu esposo, por seu amor, paciência, ajuda, renunciando as pouquíssimas horas que tínhamos juntos em prol deste sonho, hoje concretizado, meu muito obrigada!

Ao meu amado filho Marcelo, por todas às vezes que me apoiou e ajudou fosse cuidando do irmão menor, cumprindo um papel que não era seu, fosse abdicando da minha presença, quando precisou, valeu Filho!

Ao meu príncipezinho Murilo, este que muitas vezes sem compreender direito sabia que não podia entrar porque a mamãe tinha que “estudar para passar no trabalho dela”.

Aos irmãos do “Monte” agradeço o apoio em todos os momentos difíceis, sei que foram instrumentos utilizados por Deus para me acalmar, incentivar e renovar minhas esperanças.

A minha mãe, que me inspirou a conquistar meus sonhos.

A minha orientadora, Dra Eliany Nazaré Oliveira, por sua presteza, competência e ajuda, sem dúvidas sua trajetória profissional me encantou e me encanta a entrar no universo da mulher, obrigada por seus ensinamentos; por sua amizade e seu incentivo à pesquisa e publicação.

A professora Dra. Cibelly Aliny Siqueira Lima Freitas que desde a banca de qualificação, quando teve seu primeiro contato com o estudo colaborou imensamente, me norteando e auxiliando sempre que fora solicitada, contar com seus ensinamentos foi uma honra! Agradeço ainda sua disponibilidade em ceder sua tese de doutorado, documento fundamental e guia deste estudo; obrigada minha sempre “mestra”!

Ao professor Dr. Raimundo Augusto Martins Torres, por sua disponibilidade em contribuir com essa pesquisa que tanto significa para mim, lhe sou grata pelo empenho e solicitude, muito obrigada!

A Escola de Formação em saúde da Família Visconde de Sabóia, em especial minha amiga e coordenadora Francisca Lopes, em quem encontrei apoio e compreensão nas horas difíceis.

Ao sistema saúde escola de Sobral, representado aqui por todos os colegas de trabalho, em especial a Márcia Santos e Érika Gonçalo, que se mostraram prestativas e compreensivas comigo, durante minha ausência.

As minhas grandes amigas Andrea Costa e Érika Gonçalo, as quais compartilharam comigo momentos difíceis, os quais me apoiavam e momentos alegres nos quais sorriamos... Sem vocês a vida seria menos doce e alegre; amo muito vocês!

A minha amada tia, amiga, mãe, irmã Sheilla Regina, em quem sempre encontrei amor, carinho e apoio, para onde muitas vezes fui chorando e voltei sorrindo, esse sonho também se deve a você!

Aos enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde de Sobral que se dispuseram a fazer parte deste estudo, colaborando para uma nova descoberta.

A Pró-reitoria de graduação, pró-reitoria de pesquisa e pós-graduação, Programa Reuni de orientação e operacionalização da pós-graduação articulada à graduação (PROPAG), pela bolsa a mim concedida durante o curso.

A todos os colegas do MASF, em especial Andrea Costa, Amélia Romana e as irmãs de bolsa Lidiany Tributino e Carla Roberta, foi muito bom tê-las por perto;

Ao Prof. Dr. Geison Vasconcelos Lira, coordenador do MASF, o qual se mostrou competente, solícito e amigo, desde o início do curso; agora enquanto meu diretor, mais uma vez contei com sua compreensão e ajuda, muito obrigada professor, sem você também não teria sido possível!

## RESUMO

A violência intrafamiliar contra a mulher ganhou visibilidade social a partir da década de 80, quando o pacto do silêncio que gira em torno dessa problemática deu indícios de fragilidades. Atualmente as agressões intrafamiliares contra a mulher advindas do parceiro alcançam 42,2% de todas as agressões femininas no Brasil. Assim, reflete-se sobre o cuidado ofertado a estas vítimas na estratégia saúde da família, considerada primeira porta do setor saúde, é fundamental. O presente estudo objetiva compreender como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará. Trata-se de uma pesquisa compreensiva de natureza qualitativa, com abordagem exploratória descritiva que utilizou a técnica do Círculo Hermenêutico Dialético, para a coleta das informações e a Análise do Discurso para o tratamento destas. O período da coleta se deu entre setembro e dezembro de 2012 e teve como cenário os três Centros de Saúde da Família que mais notificaram casos de violência intrafamiliar contra a mulher no triênio de 2009 a 2011. Os sujeitos constituíram-se de 08 enfermeiros e 11 ACS que atuavam nestas localidades há pelo menos um ano e concordaram com a anuência de participação voluntária na pesquisa, registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; atendeu-se a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, recebendo aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, por meio do CAEE nº 01762512.7.0000. Os resultados organizados em três categorias, a saber: Atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar; sentimento dos profissionais da ESF diante dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher e Potencialidades e Vulnerabilidades da ESF de Sobral na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, apontam para a extrema fragilidade do cuidado ofertado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na percepção dos sujeitos, uma vez que ações fundamentais à sua efetivação como: acolhimento, acompanhamento, escuta qualificada, orientações e apoio destes profissionais às mulheres vítimas de violência intrafamiliar são negligenciados pela desorganização dos serviços e magnitude da demanda, a ineficiência das Redes de Atenção à Saúde, qualificação insuficiente dos profissionais para lidar com a problemática, inexistência de um fluxograma orientador na condução dos casos, subnotificação de casos, sentimento de solidão e impotência dos profissionais envolvidos, indefinição do papel da saúde na atenção aos eventos violentos, carência de apoio da gestão municipal, fragilidade do sistema judiciário e a postura passiva da mulher frente ao evento violento constituem-se em barreiras à produção do cuidado. Salienta-se que embora a ESF de Sobral, conte com inúmeras parcerias intra e extrasetoriais, equipes multiprofissionais, empatia e interesse de alguns profissionais em trabalhar com a temática, recurso médico no tratamento das lesões, caminhos ainda necessitam ser percorridos rumo à efetivação da longitudinalidade do cuidado da mulher vítima de violência intrafamiliar na ESF de Sobral, com a assunção de uma postura congruente com a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.

Palavras-chave: Violência intrafamiliar, mulher, Estratégia Saúde da Família e cuidado



## ABSTRACT

Domestic violence against women gained social notoriety during the 80s, when cracks in the pact with silence that revolves around the problem started to become more and more visible. Lately, intrafamily physical assaults against female perpetrated by their intimate partners have reached a 42.2% rate of all female aggression in Brazil. Thus, to ponder about the care offered to those victims in the family health sphere – considered to be the primary door to the whole health sector – is crucial. The following study aims to understand how the production of care for female victims of domestic violence works, according to the perspective of nurses and community health workers from the Family Health Strategy in Sobral, Ceara. This is a comprehensive qualitative research with a descriptive exploratory approach that makes use of the Dialectical Hermeneutic Circle technique for data collection, as well as the Discourse Analysis for its examination. Data collection took place between September and December 2012, converging to the three Family Health Centers that most reported domestic violence cases against women in the 2009-2011 triennium. Subjects consisted of 08 nurses and 11 Community Health Workers (ACS) that for at least one year worked at these centers. All of them agreed to take voluntary part in the survey, registered through means of a Term of Consent; in accordance to Resolution 196/96 of the National Health Council and approved by the Ethics Committee from Universidade Estadual Vale do Acaraú, CAEE nº 01762512.7.0000. The results were organized into three categories, namely: special care for female victims of domestic violence; the feelings of the family health professionals toward cases of domestic violence against women; strengths and vulnerabilities of the Family Health Team in Sobral to provide care to female victims of domestic violence, underlining an extreme frailty of the care offered to female victims of domestic violence in the subject perspective, as fundamental actions to its effectiveness such as: host monitoring, qualified listening, professional guidance and support to the victims are neglected as a result of a disorganized service and its massive demand, inefficiency of the Networks for Health Care, insufficient qualification from the professionals to deal with the problematic, lack of a flowchart to better conduct the cases, under-reporting, constant feelings of loneliness and helplessness from the professionals involved, misinterpretation of the role that health care plays to better assist in violent events, lack of support from the local administration, frailty of the judiciary system and women's passive stance against the violent event are the main barriers to a better care production. We strongly emphasize that, although the Family Health Strategy in Sobral has numerous intra and inter sectoral partnerships, multidisciplinary teams, empathy and interest from some professionals working with the problem and medical resources for the treatment of physical injuries, there is still a long path to thread on in order to reach a longitudinal care for female victims of domestic violence – one that converges with the National Policy Against Female Violence.

Keywords: intrafamily violence, women, family health strategy, healthcare.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ABS - Atenção Básica de Saúde

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AD. - Análise do Discurso

APS - Atenção Primária de Saúde

AHD - Análise Hermenêutica Dialética

CHD - Círculo Hermenêutico Dialético

COMPAZ - Comissão Local de Promoção de Cultura de Paz na Família

CRAS - Centro de Referência em Assistência à Saúde

CSF - Centro de Saúde da Família

C - Construção Teórica

DEAM - Delegacia Especial de Atendimento à Mulher

EFSFVS - Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia

ENEM - Exame Nacional do Ensino Médio

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESB - Equipe Saúde Bucal

IPEA/MPOG - Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas do Ministério do Planejamento

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KM - Quilômetro

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio a Saúde da Família

NPVPS - Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde de Sobral

OEA - Organização dos Estados Americanos

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PRONATEC - Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego

PROUNI - Programa Universidade para Todos

PIB - Produto Interno Bruto

PSF - Programa Saúde da Família

PNH - Política Nacional de Humanização

PNRMAV - Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

RAS - Rede de Atenção à Saúde

RMSF - Residência Multiprofissional em Saúde da Família

SDSS - Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

VI - Violência Intrafamiliar

VIVA - Projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1.Encontro com objeto do estudo .....	13
1.2.Contextualização do objeto de estudo e sua relevância.....	16
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	25
2.1.Geral .....	25
2.2.Específicos.....	25
<b>3. PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	26
3.1.O processo Hermenêutico Dialético .....	26
3.2.Natureza e tipologia do estudo .....	28
3.3.Cenário do estudo .....	30
3.4.Sujeitos do estudo.....	32
3.5.Métodos e procedimento para coleta das informações .....	35
3.5.1.A Metodologia Interativa na coleta das informações .....	35
3.5.2.A utilização da entrevista como instrumento de coleta das informações .....	38
3.6.Procedimento para análise das informações .....	40
3.7.Aspectos éticos .....	43
<b>4. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	45
4.1. Violência e sociedade: dimensões do problema .....	45
4.2. As diferentes manifestações da violência e sua interface com o setor saúde ...	49
4.3. A violência intrafamiliar.....	53
4.4. A violência intrafamiliar contra a mulher.....	57
4.5. Desafios ao cuidado em saúde:uma questão de gênero? .....	61
<b>5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</b> .....	72
5.1.Caracterização dos sujeitos.....	72
5.2.Atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará .....	79
5.3.Sentimentos dos profissionais da ESF diante dos casos de violência intrafamiliar .....	90
5.4.Potencialidades e Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar .....	95
<b>6. REVELANDO A TRAMA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA</b> .....	107

6.1.Atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.....	107
6.2.Sentimentos dos profissionais da ESF diante dos casos de violência intrafamiliar .....	125
6.3.Potencialidades e Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar .....	133
<b>7. CONCLUSÕES.....</b>	<b>147</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>150</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>166</b>

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. Enunciando a aproximação com o objeto de estudo

A oportunidade de atuar como enfermeira da Estratégia Saúde da Família (ESF), durante seis anos proporcionou-me um conhecimento profissional e pessoal que jamais poderia ser aprendido em livros ou materiais teóricos, uma vez que a percepção de uma dada realidade é subjetiva e diferenciada a cada indivíduo, a aproximação com a história de vida, sem máscaras ou eufemismos de populações, em sua grande maioria de baixíssimo poder aquisitivo, e, as astúcias de que essas lançam mão, a fim de buscar sua subsistência, geraram em mim, reflexões que ultrapassam os aprendizados profissionais e ressignificam a vida e o modo de viver.

O seio familiar, primeira instituição social a qual o ser humano pertence, basilar na formação de seus valores, fundamental na higidez de seu crescimento é o objeto de cuidado da ESF, sendo através dele que as ações dos serviços de saúde da atenção básica se desvelam. Nesta, a família é o foco principal e real da atenção considerada em sua identidade, possuidora de um plano de simbolismos, emocionalidades, racionalidades, intencionalidades, valores, aspirações, desejos e fazeres.

A partir do envolvimento progressivo com as famílias dos territórios, os quais eu era “responsável”<sup>1</sup>, fui observando o quanto eram freqüentes episódios de agressividade e violência entre àquelas famílias, sobretudo a violência intrafamiliar contra a mulher, a qual reflete diretamente em toda formação e convivência familiar, pois, uma vez a que a mãe está machucada física ou emocionalmente, dificilmente conseguirá manter-se reta na educação de seus filhos. Mesmo minha atuação se dando em diferentes territórios, percebi que a violência intrafamiliar contra a mulher tornava-se quase uma característica perene a todos, o que implicava em responsabilidades e necessidades técnicas sociais que sequer haviam sido contempladas teoricamente durante a graduação, quiçá de forma prática vivencial.

---

<sup>1</sup> Este termo é comumente utilizado para designar o cuidador de determinada área de abrangência de uma equipe de saúde da família, ficando eleitos responsáveis por a área, os profissionais da equipe mínima cujo território está delimitado em contornos geográficos precisos.

Diversos autores apontam dificuldades sociais e econômicas como fatores predisponentes da violência intrafamiliar contra a mulher, justificando que seu aparecimento se daria de forma mais acentuada, entre as populações mais pauperizadas onde as condições e as circunstâncias da escassez de oportunidades e perspectivas, incidem sobre uma vida sofrida de incertezas e preocupações, aumentando significativamente as tensões vividas por estes, refletindo assim na diminuição da tolerância com o outro, maior possibilidade de abusar do álcool, aumento do estresse, fadiga física e mental, que levam o indivíduo a facilmente perder a razão, bem como abalam a capacidade de comunicação entre os cônjuges.

Na perspectiva, de interação com um meio frequentemente violento, fui mais e mais me interessando por aprender sobre violência, sobretudo esta que adentra os lares e rouba a qualidade de vida dos que a ela estão sujeitos. Assim, ingressei como membro da Comissão Local de Promoção de Cultura de Paz na Família (COMPAZ). A COMPAZ foi legitimada pela portaria municipal de Sobral nº 06/2005 artigo 1º, que versa sobre a instituição de Comissões Locais Promoção da Cultura de Paz na Família, em macrorregiões compostas por territórios de Saúde da Família do Município de Sobral. A mesma visa identificar, acolher e prevenir os casos de violência intrafamiliar, mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações intersetoriais e integradas.

A oportunidade de participar de reuniões, planejamentos, oficinas e outras estratégias de enfrentamento à violência intrafamiliar de diferentes bairros, cristalizou-me um desejo de contribuir de alguma forma para prevenção e intervenção dessa violência que vem sendo aguçado desde então. Quando deixei a função de enfermeira assistente da ESF, passando a atuar como tutora da Residência Multiprofissional em Saúde da Família, cuja formação se dá nos inúmeros espaços territoriais de atuação dos residentes concentrando boa parte de seu aprendizado na Escola de Saúde Família Visconde de Sabóia (EFSFVS) houve um maior contato com diferentes macrorregiões, evidenciando desta forma o desalinhamento e desuniformidade de cada território com relação ao combate à violência, o que tornava claro a necessidade de maior direcionamento e articulação daqueles que constituíam a COMPAZ.

A aproximação com a Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia e seus diferentes saberes e fazeres me possibilitou um conhecimento mais veemente do Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde de Sobral (NPVPS). O mesmo surgiu na

perspectiva do desenvolvimento de pesquisas, estudos e ações que visam o minucioso monitoramento da morbimortalidade por acidentes e violências no município em uma interação entre academia e vigilância epidemiológica de Sobral.

Atuante desde 2006, o NPVPS iniciou sua participação no projeto de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), para a execução de uma pesquisa sobre Acidentes e Violências em Serviço Sentinela, a qual teve seu foco voltado para a notificação de acidentes e violências em Serviço de Emergência, bem como à notificação de casos de violência intrafamiliar, explicitando a magnitude e crescente preocupação desta para o setor saúde. Freitas (2011) ressalta esta proposta como um marco na inclusão deste tipo de agravo na agenda da saúde municipal.

Assim, a Secretaria de Saúde e Ação Social de Sobral vem galgando maneiras diferenciadas de combater, enfrentar, prevenir e interceptar inúmeras manifestações de violência, sobretudo acidentes e casos de violência intrafamiliar aos seus municípios, em uma tentativa explícita de acatar o artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988, que assegura saúde como direito do cidadão e dever do Estado.

Consoante a novas demandas na área da saúde e a necessidade em atendê-las, houve uma reorientação da atuação do profissional desta área instando na pesquisadora curiosidade de conhecer e compreender como ocorre o processo de acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde das Equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral, uma vez que a violência intrafamiliar alcança índices cada vez maiores, como nos mostram os relatórios anuais de notificação desta violência por unidade de saúde do município de Sobral, com um aumento de 92,8% dos casos notificados do ano de 2010 para 2011 (SOBRAL, 2011).

A escolha em restringir a pesquisa a tais sujeitos de forma intencional é apoiada pela compreensão que enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF, constituem o grupo de profissionais com maior envolvimento com a população adscrita, tendo deste modo, uma grande possibilidade de correlacionar atendimentos inespecíficos com ações de violência intrafamiliar contra a mulher.

Ressaltamos ainda que a ESF, consiste no modelo organizacional de saúde eleito para reorientação da Atenção Básica de Saúde do município a ser pesquisado, desde 1997,



contribuindo para o aumento da qualidade de vida de seus munícipes através de indicadores concretos como significativa diminuição da mortalidade infantil, aumento da expectativa de vida da população, ampliação do acesso aos serviços de saúde, redução do número de cáries em escolares, dentre outros. Contudo, para se alcançar maior resolutividade e eficiência na Atenção Primária à Saúde de Sobral, muito ainda necessita ser construído. Neste sentido, concebemos que pesquisas que investiguem a atuação profissional dos que compõem a ESF, indubitavelmente encorparão maiores benefícios a este modelo organizacional.

Faz-se mister conhecer a atuação destes profissionais, no que se refere à abordagem das situações de violência intrafamiliar contra a mulher em suas diversas modalidades e peculiaridades, visto que, as atividades realizadas pela equipe de saúde da família tendem a estreitar as relações entre o serviço de saúde e comunidade, facilitando a identificação de famílias de maior risco, permitindo a averiguação e contato das redes sociais existentes, igualmente, possibilita uma longitudinalidade do cuidado entre a comunidade e os profissionais envolvidos.

Diante do contexto explicitado, penso ter clarificado os caminhos e tramas que me fizeram optar por trabalhar com mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF, acreditando que tal pesquisa contribuirá para a compreensão da produção do cuidado acerca da violência intrafamiliar contra a mulher, que atualmente é ofertado nos serviços da Atenção Básica de Saúde de Sobral, gerando inclusive informações que permitam subsidiar o gestor à Política Municipal de Saúde. Esclareço ainda que, a partir do próximo tópico, o estudo utilizar-se-á sempre da terceira pessoa do plural para expressar opiniões e paradigmas das pesquisadoras.

## **1.2. Contextualização do objeto de estudo e sua relevância**

Ao pensarmos sobre violência, inúmeras cenas e imagens podem ser projetadas em nossa mente, tanto imagens antigas, veiculadas ao longo da história, como imagens atuais, com as quais nos deparamos a todo instante. Isso acontece por que a violência é tão disseminada, que nos parece natural; de origem latina, deriva da palavra “vis” que quer dizer força; a mesma se refere as noções de constrangimento e de uso de superioridade sobre o outro, desta forma desde a antiguidade a violência apresenta-se como uma estratégia de imposição de uma classe ou pessoa

dominadora sobre outra comumente mais frágil, seja essa fragilidade notoriamente representada de forma física, intelectual ou através de qualquer detecção de poder.

Para Oliveira (2007) é difícil estabelecer um conceito único de violência, principalmente pela diversidade de teorias discutidas e acreditadas em distintas instituições, além da complexidade do fenômeno em si, resultante da conflitividade das relações humanas sociais. Minayo e Souza (2011) corroboram com Oliveira ao complementarem sobre a dificuldade de conceituar violência, que, por vezes se constitui em uma forma própria de relação pessoal e por vezes apresenta-se como um componente cultural naturalizado.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como violência todo uso intencional de força física ou poder contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou comunidade que resulte ou tenha a possibilidade de resultar em lesão, morte, danos psicológicos, deficiência de desenvolvimento ou privação. Este conceito traz o reconhecimento da parte invisível da violência que, nem sempre, se apresenta na falta da integridade física, mas é gerador de um adoecimento psíquico, mental e social em suas vítimas, sendo de complexidade maior sua restituição ou superação (BRASIL, 2002a).

A violência, nas mais variadas formas de manifestação, em virtude de sua tendência crescente, tem despertado a atenção das autoridades de diversos países, inclusive do Brasil, onde este fenômeno recebia inicialmente maior ênfase das ciências jurídicas e sociais, contudo em função da sua magnitude, gravidade, vulnerabilidade e impacto social, geradora de danos físicos, psíquicos e aumento no número de óbitos em sua decorrência, constitui-se hoje em um grave problema de saúde pública, ocupando atualmente a terceira causa de morte no obituário geral e a primeira causa na faixa dos 5 aos 39 anos (MINAYO, 2006 a; GOLDFARB, 2010).

Guimarães *et al.* (2005), esclarecem que foi a partir de 1985, com o processo de redemocratização do país, que o fenômeno ganhou *status* de problema nacional, atingindo o apogeu em 2001, quando se vê mais proeminente, a elaboração de políticas públicas voltadas para a questão, como a publicação da portaria nº 737 MS/GM, de 16 de maio de 2001, que estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Esta portaria visa reduzir a morbimortalidade por acidentes e violências no Brasil, mediante o desenvolvimento de ações articuladas e sistematizadas (BRASIL, 2010 a).

Estima-se ainda que a inserção na saúde deve-se ao custo financeiro para esse setor demandado por sua assistência, sobretudo em emergências e internações hospitalares. Segundo estimativa do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (Ipea/MPOG), o impacto da violência no Sistema Único de Saúde (SUS) representou um somatório de 90 bilhões de reais em 2004, comprometendo 5% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro (BRASIL, 2008).

Neste cenário, enfatizamos a violência intrafamiliar como uma questão de relevante complexidade e um desafio para os gestores do SUS, dos diferentes níveis de governo, dada a expressiva parcela da população a ela submetida, bem como as distintas características da rede de enfrentamento à violência em cada município (disposição, efetividade, eficiência e eficácia).

Para Carmo e Harada (2006) no Brasil, a violência intrafamiliar recebeu maior atenção a partir da década de 80, quando o “pacto do silêncio” que gira em torno dessa problemática começou a dar indícios de fragilidade, graças também à inclusão do tema na agenda de debates e no campo programático da saúde. Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e as organizações internacionais influenciaram pautas nacionais e ocuparam papel fundamental, a fim de efetivar esta inclusão.

Minayo e Souza (2011) complementam que esta mobilização não foi unânime e tais controvérsias se expressam até a atualidade, com menos veemência, ainda assim perceptíveis, principalmente pelas formas de se impor ou se ignorar as prioridades politicamente relevantes como falta de adscrição de espaços institucionais na agenda pública e escassa destinação orçamentária para seu desenvolvimento. Embora apresente dados subestimados, o Ministério da Saúde alerta que, dentre este tipo de violência, as mulheres conformam a população mais atingida, alterando o obituário feminino (BRASIL, 2001).

Bonfim (2008) elucida a primeira pesquisa nacional realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) que considerou índices de violência contra a mulher data de 1988 com dados que alertavam que as mulheres eram as maiores vítimas de violência cometida no lar.

Sublinhamos que ainda hoje, de acordo com o Mapa da Violência 2012, as distribuições das agressões físicas nacionais em todas as faixas etárias femininas, de acordo com o local de sua ocorrência, apontaram para os domicílios (WAISELFISZ, 2012). Oliveira (2007)

refere que em 50 pesquisas populacionais espalhadas em diversos países, mais da metade das mulheres estudadas relataram sofrer algum tipo de violência perpetrada pelo parceiro. Schraiber *et al.* (2009) complementam que a violência física na vida adulta vinda de um parceiro atinge cerca de 20% a 50% das mulheres ao redor do mundo. Pelo menos uma de cada três mulheres já foi espancada, coagida ao sexo ou sofreu alguma outra forma de abuso durante a vida, fato este que se torna preocupante uma vez que a maioria destes agressores descansa protegido na invisibilidade das relações familiares.

De acordo com o Mapa da Violência 2012, nos 30 anos decorridos entre 1980 e 2010 foram assassinadas no país acima de 92 mil mulheres no Brasil, 43,7 mil só na última década. O número de mortes nesse período passou de 1.353 para 4.465, que representa um aumento de 230%, mais que triplicando o quantitativo de mulheres vítimas de assassinatos no país (WAISELFISZ, 2012). Conforme evidenciamos no quadro seguinte:

**Tabela 1. Número e taxas (em 100 mil mulheres) de homicídios femininos. Brasil. 1980/2010.**

Ano	Nº	Taxas
1980	1.353	2,3
1981	1.487	2,4
1982	1.497	2,4
1983	1.700	2,7
1984	1.736	2,7
1985	1.766	2,7
1986	1.799	2,7
1987	1.935	2,8
1988	2.025	2,9
1989	2.344	3,3
1990	2.585	3,5
1991	2.727	3,7
1992	2.399	3,2
1993	2.622	3,4
1994	2.838	3,6
1995	3.325	4,2
1996	3.682	4,6
1997	3.587	4,4

Ano	Nº	Taxas
1998	3.503	4,3
1999	3.536	4,3
2000	3.743	4,3
2001	3.851	4,4
2002	3.867	4,4
2003	3.937	4,4
2004	3.830	4,2
2005	3.884	4,2
2006	4.022	4,2
2007	3.772	3,9
2008	4.023	4,2
2009	4.260	4,4
2010	4.465	4,6
<b>1980/2010</b>	<b>92.100</b>	
<b>2000/2010</b>	<b>43.654</b>	
<b>Δ% 1980/2010</b>	<b>230,0</b>	

Fonte: SIM/SVS/MS

Fonte: SIM/SVS/MS, 2012

Esta informação justifica o Brasil ocupar a 7ª posição no ranking internacional, entre 84 países pesquisados, com uma taxa de 4,4 homicídios em 100 mil mulheres. Com dados homogêneos da OMS, compreendidos entre 2006 e 2010 o país ficou atrás somente de El Salvador, Trinidad Tobago, Guatemala, Rússia, Colômbia e Belize; a nós surpreende o fato de países reconhecidamente violentos com suas mulheres como Nicarágua, Israel e Nova Zelândia,

dentre outros, ocuparem posição de menor destaque quando se trata de homicídios contra a mulher (WAISELFISZ, 2012).

Também conhecida como violência de gênero, a violência intrafamiliar contra a mulher se fundamenta em relações assimétricas de poder entre homens e mulheres, nas quais comumente o sexo feminino encontra-se em papel de subordinação. Barroso, ao apresentar o livro *Pancada de Amor Dói e Adoece*, da autoria de Oliveira (2007), enfatiza que esta violência é ainda mais comum em países pobres, onde desigualdades e injustiças sociais são naturalizadas por uma sociedade machista, que perpetua a hegemonia do patriarcalismo, o que institui a legitimação do poder masculino.

Fontana e Santos (2001) corroboram clarificando sobre as distintas razões alegadas para permissão desta violência em diversos lugares. No Chile, Colômbia, El Salvador, Venezuela, Israel e Cingapura, por exemplo, a infidelidade feminina justifica e apóia sua aplicação. Em outros países como Nicarágua, Egito e Nova Zelândia a conduta questionável de mãe, dona de casa e companheira é factível à punição física da mulher pelo seu cônjuge, de forma legalizada.

Trevisan (2011) acrescenta que o sexo feminino tem um sofrimento que encontra parte de sua explicação nas definições sociais que lhe são atribuídas, através de um papel secundário com cidadania recente e limitada em todos os níveis de hierarquia social.

Em sua tese de doutorado, Oliveira (2007) estudou o significado da violência para a mulher com vínculo afetivo/erótico/ sexual com o agressor no Município de Sobral, Ceará, analisando as reticências culturais oriundas de um sistema patriarcalista e descobriu um processo de adoecimento silencioso e contínuo permeado por um ciclo de emoções tensionadoras, sentimentos de sofrimento, infelicidade e sensação de impotência vivenciada por aquelas mulheres frente à realidade da violência cometida por seus companheiros ou cônjuges; sugestionando que a convivência com o agressor provoca tensão/estresse geradores de imensuráveis efeitos danosos à saúde (OLIVEIRA, 2007; ORÂM *et al.*, 2012). Ressaltamos que o Ceará, é o 22º estado do Brasil em homicídios femininos.

Deste modo, as mulheres envolvidas nessa trama, experimentam profundo sofrimento psíquico, com reais possibilidades de adoecimento físico e mental e óbito, já que nutrem em sua vida cotidiana, diversos sofrimentos, evidenciados em lesões, marcas, seqüelas, medo, doenças, dor, tentativas de suicídio, injustiça, danos físicos, psicológicos e morais, tendo sua qualidade de

vida ceifada, além de sujeitar-se mais facilmente a dependências químicas como alcoolismo ou outras drogas lícitas e ou ilícitas (OLIVEIRA; 2007).

Observando costumes venezuelanos e israelenses, condutas nicaraguenses e neozelandesas, percebemos que a história da humanidade está enraizada pelas mais diversas formas de violência, tomando variados contornos de acordo com o lugar e a época, explicitando que os atos gratuitos da violência intrafamiliar contra a mulher, ganham sentido na inscrição cultural, atravessam os tempos e deflagram uma situação historicamente construída através das relações de poder que perpassam todas as classes sociais (OLIVEIRA, 2007; MINAYO; SOUZA, 2011).

Esta situação é agravada, considerando que as mulheres expostas a tal violência perdem seu referencial de pessoa humana devido a uma dependência interrelacional com seus agressores, resultando em uma cultura do silêncio imposta pelo agressor, sustentada por práticas coercitivas, por pressões psicológicas, físicas, morais e religiosas sobre a agredida.

Neves e Romanele (2006), chamam atenção para a dificuldade de identificação da violência intrafamiliar contra a mulher, uma vez que a vítima, pode tornar-se inerte, assujeitada, embora sofra, apresenta dificuldade de encontrar alternativa de ajuda, seja pela ameaça sofrida, seja pela ausência de elementos norteadores de auxílio.

Frente a esta realidade, Schraiber *et al.* (2009) enfatizam que não se pode aceitar a violência intrafamiliar como fato corriqueiro, sobretudo na área da saúde, chamando para responsabilidade os profissionais e cientistas da saúde em conjunto com outros setores da sociedade, para que se preocupem com a prevenção e intervenham, posicionando-se no combate à esta violência.

A luz do conceito ampliado de saúde, legitimado no Brasil, através da Constituição de 1988, dá-se a transformação da concepção de saúde, antes restrita ao biologicismo, que passa a conceber saúde como resultante da interrelação causal entre fatores sociais, culturais e econômicos constituindo apoio e subsídio à criação de políticas públicas que, dentre outros objetivos, visam também interromper os ciclos da violência intrafamiliar.

Nesta direção, com o objetivo principal de contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, além de ofertar melhor saúde para a população, criou-se em 1991, o Programa Saúde da Família (PSF), logo denominado de Estratégia Saúde da Família

(ESF). Com princípios norteadores como integralidade, equidade e universalidade, a lógica de serviço da Estratégia Saúde da Família, se fundamenta na corresponsabilização da saúde entre indivíduo/família, e profissional, o que favorece a identificação, o atendimento e o acompanhamento dos agravos à saúde, bem como a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer as possibilidades de viver de modo saudável dos indivíduos e famílias na comunidade (SOUSA; HAMMAN, 2009).

Assim, uma atenção minuciosa dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF é essencial para detecção precoce do ciclo da violência intrafamiliar contra a mulher, já que este serviço se configura como porta de entrada para qualquer dano à saúde, oferece grande cobertura populacional e possibilita o estabelecimento de confiança entre os profissionais e os usuários. Schraiber *et al.* (2002) reiteram a importância da atenção básica de saúde no enfrentamento à violência intrafamiliar contra a mulher, apresentando resultados de uma pesquisa realizada neste nível de atenção, cujos dados apontam uma frequência de 21,4% das mulheres acima de 18 anos vítimas de violência intrafamiliar.

Para Martins (2007) a ESF deveria abarcar atividades de educação continuada e supervisão rigorosa às rotinas dos serviços, buscando debater, discutir e vislumbrar as possíveis soluções que possam garantir a identificação de casos de violência intrafamiliar e sua notificação, a fim de que outras condutas possam ser tomadas.

Contudo, apesar de algumas facilidades, a ESF não apresenta atuação efetiva no desenvolvimento de ações voltadas para o controle e/ou prevenção da violência intrafamiliar contra a mulher, bem como na abordagem e encaminhamento adequado dos casos deste tipo de violência. São variados os motivos que justificam tal fragilidade, assim, o Ministério da Saúde orienta um fluxograma de atendimento às situações que envolvam essa temática, entretanto este fluxograma torna-se peculiar em cada município, devido às características próprias da rede de enfrentamento à violência (BRASIL, 2006).

Dentre estes fatores, Guimarães *et al.* (2005) enfatizam a falta de uma linguagem padronizada entre as diversas áreas profissionais, além de documentos que reúnam o conhecimento da saúde ao de outras áreas afins ao problema, como a jurídica e a social, o que reflete no despreparo dos profissionais para a abordagem adequada ao usuário vítima de violência intrafamiliar, além disso, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e

Violência, proposta pelo Ministério da Saúde em 2001, apesar de referir como propósito que a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e atividades de redução da violência e dos acidentes, não define as atribuições dos profissionais envolvidos na ESF nesse processo (BRASIL, 2002b).

Em Sobral, cidade da zona norte do estado do Ceará, o processo de implementação da ESF foi deflagrado em 1997, contando inicialmente com 31 equipes da ESF que aumentaram gradativamente e atinge hoje o número de 48 equipes, o que permite uma cobertura de 87,99 da população municipal até o primeiro semestre de 2011, com ações focadas no cuidado à unidade familiar (SOBRAL, 2011).

Sensibilizada a problemática da violência intrafamiliar no município, a Prefeitura de Sobral lançou um ano após a Portaria Nacional nº 936/2004<sup>2</sup>, a Portaria Municipal nº 06/2005, que instituiu as Comissões Locais de Acolhimento e Prevenção da Violência intrafamiliar, atualmente denominadas COMPAZ, cujos objetivos já foram descritos anteriormente. A importância do profissional enfermeiro da ESF é enfatizada neste processo, quando a vaga de coordenador da comissão, era ofertada a ele acreditando que ele seria o profissional com maior probabilidade de articulações com toda rede de enfrentamento à violência. Anterior a essa portaria, havia somente o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS) de Sobral, Ceará, para o monitoramento das notificações de violência intrafamiliar objetiva melhorar o sistema de informação de Sobral para uma vigilância destes casos a fim de subsidiar o planejamento da política de enfrentamento à violência.

Neste contexto, consideramos de fundamental relevância o conhecimento da abordagem às mulheres vítimas de violência intrafamiliar pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF de Sobral enquanto responsáveis pela coordenação do cuidado da saúde de sua população adscrita, sendo capazes de correlacionar atos da violência intrafamiliar a diagnósticos inespecíficos, os quais demandam sua atenção/assistência, bem como assumirem uma postura de mobilizadores sociais, no sentido de buscar parceiros que atuem diante da problemática, promovendo assim a intersetorialidade, visando prestar uma assistência holística à vítima de violência intrafamiliar, abrindo canais entre o setor saúde e os setores sociais, políticos

---

<sup>2</sup> Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios.



e econômicos. Com base em tais pressupostos, formulamos a seguinte pergunta problema que norteará este estudo: Como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da ESF, em Sobral, Ceará?

Entendemos também que os seguintes desdobramentos da pergunta-problema devem ser estudados: Quais os sentimentos e atitudes dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde diante dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher? Como se dá o processo de notificação, acolhimento e acompanhamento nos casos de violência intrafamiliar contra a mulher na perspectiva da enfermagem e dos ACS da ESF de Sobral? Existe articulação efetiva entre a atenção básica e as Redes de Atenção em Saúde a fim de acompanhar/ monitorar os casos de violência intrafamiliar? Como ocorre a longitudinalidade do cuidado às mulheres vítimas desta violência?

Apontamos a relevância destas questões em função da responsabilidade da atenção básica como instrumento fortalecedor da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde, bem como, pretende-se através desta pesquisa fornecer elementos que subsidie ao gestor municipal do SUS consolidar o Plano Municipal de Enfrentamento à Violência.

Outro aspecto importante de contribuição da pesquisa é a possibilidade de planejamento de um protocolo orientador sobre esta violência, a partir das reais necessidades dos profissionais da ESF de Sobral vislumbrando a melhoria da qualidade do serviço, uma vez que ajuda a consolidar a prática de avaliação em programas e serviços de saúde no país, diminuindo a distância entre os que pensam e os que fazem. Além da possibilidade de contribuir, em nível acadêmico, com a discussão da violência intrafamiliar contra a mulher constituindo um compromisso ético-político de construção e produção do conhecimento.

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1. Objetivo geral**

Compreender como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará.

### **2.2. Objetivos específicos**

Investigar como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar pelo enfermeiro e agente comunitário de Sobral.

Desvelar sentimentos e atitudes dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde diante dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher.

Conhecer o processo de notificação, acolhimento e acompanhamento nos casos de violência intrafamiliar contra a mulher na perspectiva da enfermagem e dos ACS da ESF de Sobral.

Descobrir os fatores que dificultam e facilitam a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF.

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1. Referencial teórico metodológico: o processo Hermenêutico Dialético

Para compreendermos como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, utilizamos como Referencial Teórico Metodológico a Hermenêutica Dialética. A importância deste referencial possibilita o estabelecimento de perguntas chave a fim de responder aos objetivos que o estudo se propõe.

Entendemos que não constitui tarefa fácil conjugar a hermenêutica e a dialética para o embasamento da pesquisa, entretanto nos fundamentamos em Minayo (2008) e Gadamer (1997) quando elegemos esta teoria. Minayo (2008) define a hermenêutica como a “arte e técnica de compreensão e interpretação de textos e falas” (p.84). Para esta, o termo texto ultrapassa documentos, livros, entrevistas, artigos ou outros, mas a compreensão assinalada por Minayo refere-se à gênese da consciência histórica, entendendo que a linguagem nem sempre é considerada transparente por si mesma, podendo assim, chegar-se ou não a um entendimento da realidade, que nunca será total, pois, com base em Gadamer (1997) as palavras e os discursos dizem mais do que quem os escreveu quis dizer. Em seu sentido denotativo Fernandes (2010, p.687) conceituou a hermenêutica como “a arte de interpretação de toda forma de expressão humana dos sinais, símbolos religiosos, livros sagrados e mitos”.

A adoção de uma perspectiva hermenêutica nos impulsionou para a compreensão simbólica da realidade a ser interpretada a partir dos “caminhos do pensamento” buscados através do conhecimento da abordagem às vítimas de violência intrafamiliar, sua atenção e cuidado. Também apontamos para o entendimento da autocompreensão como busca do entender-se consigo mesmo, isto é, as respostas a determinados questionamentos surgem no âmago do próprio tema, com a explicação dos elementos constituintes dele mesmo. Igualmente, o exercício hermenêutico busca um consenso entre os sentidos que se permeia na comunicação entre autores (JESUS, 2006).

Gadamer (1997, p.42) esclarece ainda que:

compreender não é contemplar, pois a autoalienação na contemplação não aproxima o investigador da realidade histórica e, da mesma forma, acrescenta que compreender

não é meramente captar a vontade ou os planos que as pessoas fazem, pois nem o sujeito se esgota na conjuntura em que vive, nem o que ele chegou a ser foi apenas fruto de sua vontade, inteligência e personalidade.

Assim, o caráter de inflexão da hermenêutica enquanto componente do método interpretativo traduz-se em um caráter de verdades percebidas a partir da arte da compreensão. Proporcionando desta maneira, um empenho em reconstruir na compreensão a determinação original de uma obra, um “ponto de conexão” a fim de reproduzir a originalidade uma operação verdadeiramente essencial.

A dialética por sua vez, nos forneceu subsídios para realização de um estudo em profundidade, visto que por esse método entendemos o estudo da realidade em movimento, de forma a analisar as partes em constante proximidade com a totalidade. Entendida como a arte do diálogo, tem na concepção de Aristóteles a idéia da argumentação e da negação em busca da construção de um conhecimento verdadeiro, visto que “o homem não pode de uma só vez compreender que o saber é progressivo e dialético”. Hegel e Marx corroboram ao informar que a história se desenvolve segundo a lei da contradição. Heráclito também acreditava que tudo se fazia por contraste, sendo da luta deste contrário que nascer-se-ia “a mais bela harmonia” (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Engels explica a dialética a partir da manifestação do conhecimento como forma de pensar a história da natureza e da natureza humana das quais são abstraídas leis da dialética tais como morte enquanto momento essencial da vida, felicidade seguida da dor que a ela é inerente e assim por diante. Hegel esclarece que o objetivo é então, entender que algo é ao mesmo tempo ele mesmo e seu antônimo (MINAYO; DESLANDES, 2008).

Nesta perspectiva, buscamos nesse estudo articular a Hermenêutica e a Dialética de forma a objetivar a práxis da construção do conhecimento, o que na definição de Stein (1987, p.129 *apud* MINAYO; DESLANDES, 2008 p.97) “[...] significa um esforço de proteger não só o objeto das ciências sociais, mas os próprios conhecimentos científicos contra a ameaça da selvagem atomização dos conhecimentos”.

O que não significa que a hermenêutica e a dialética possam ser reduzidas a uma simples teoria de tratamento de dados, mas, como estas duas possibilitam uma reflexão que se

fundamenta na práxis, o casamento das duas abordagens é fecundo para a condução do processo, simultaneamente compreensivo e crítico da análise da realidade social (OLIVEIRA, 2010).

Assim, Guba e Lincoln (1989) explicam o processo hermenêutico-dialético como “caminhos do pensamento metodológico” a fim de se obter resultados através de um paradigma construtivista, ou Avaliação de Quarta Geração, que recebe o nome de hermenêutico porque tem caráter interpretativo, e dialético, porque implica as comparações e contrastes dos diferentes pontos de vista, apresentando como objetivo alcançar um elevado nível de síntese (SILVESTRE, 2011; NEVES, 2006).

Diante do exposto, este estudo buscou na hermenêutica a compreensão sobre o cuidado das mulheres vítimas de violência intrafamiliar pelos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia de Saúde da Família, de forma a atingir um consenso quando possível, entretanto, explicitando e esclarecendo diferentes paradigmas, quando este consenso foi inexecutável. Ao passo que, a dialética nos respaldou a alcançar um conhecimento genuíno da realidade empírica permeado pelas contradições percebidas nas informações apreendidas, o que nos levou a acreditar que o convencimento só é possível onde há contradições a serem superadas.

### **3.2 Natureza e tipologia do estudo**

Estudo com abordagem qualitativa, baseando-se na premissa de que o conhecimento sobre os indivíduos só é possível com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como ela é definida por seus próprios atores. Assim, trabalhamos com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes dos sujeitos pesquisados objetivando compreender a realidade estudada (MINAYO, 2007).

A opção de trabalhar com a abordagem qualitativa para o desenvolvimento desse estudo foi sustentada por compreendermos que “nossas” questões necessitavam ser explicadas com uma maior profundidade dos significados e das características dos resultados das informações obtidas através das entrevistas semiestruturadas sem a precisão de uma mensuração quantitativa de comportamentos (OLIVEIRA, 2010).

Outrossim, consideramos que para alcançarmos a compreensão da produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar por enfermeiros e agentes comunitários de

saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, fez-se necessário conhecer o processo de notificação, acolhimento e acompanhamento nos casos de violência intrafamiliar contra a mulher; assim como desvelar os sentimentos e atitudes dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde diante destes casos, além de descobrirmos os fatores que dificultam e facilitam a produção do cuidado dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, de forma a oferecer contribuições no processo das mudanças, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos.

Diante do exposto, a abordagem qualitativa viabilizou o conhecimento e compreensão de falas, textos e discursos que foram encontrados nas informações tomadas para análise compreensiva, permitindo o aprofundamento do conhecimento sobre a organização do processo de trabalho da ESF no que diz respeito às vítimas de violência intrafamiliar. A importância de uma abordagem qualitativa para efeito de conhecimento e compreensão dos aspectos subjetivos e psicológicos, cujos dados não podem ser coletados de forma completa por outros métodos, ressalta a complexidade da pesquisa e justifica a escolha de seu método, pressupondo um entendimento específico da relação entre o tema e o método (FLICK, 2009).

Essa pesquisa é classificada como exploratória – descritiva, uma vez que busca a compreensão da produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde que compõem as equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará, acreditamos dessa forma, que a pesquisa exploratória descritiva oferece uma explicação geral sobre um fato específico permeado pela delimitação do estudo e seu levantamento bibliográfico.

Oliveira (2010, p.68) complementa acerca de pesquisa descritiva:

Uma pesquisa descritiva exige um planejamento rigoroso quanto à definição de métodos e técnicas para coleta e análises dos dados. É recomendável que neste tipo de pesquisas se utilizem informações obtidas através de estudos exploratórios. Essas pesquisas não só explicam a relação entre variáveis, como procuram delimitar a natureza dessa relação, fundamentando com precisão os pressupostos ou hipóteses do objeto de estudo.

### 3.3 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Sobral, Ceará, situado na zona norte do estado, que dista 235 Km da capital Fortaleza, no semiárido nordestino. É banhado pelas águas do rio Acaraú e tem sua paisagem entrecortada pela Serra da Meruoca. Ocupa uma área territorial de aproximadamente 2.123 Km<sup>2</sup> com uma população de 188.271 habitantes, dentre a qual 96.796 são mulheres, segundo o IBGE 2010. Encontra-se a 70 metros do nível do mar e foi elevado a “*status*” de município em 1941 com o nome de Fidelíssima Cidade Januária do Acaraú, graças ao forte comércio de carne de gado. Na metade do século XIX, a cidade de Sobral já se configurava como o centro de poder do Vale do Acaraú, chegando, seu crescimento, superar o de Fortaleza nesta época (CAVALCANTE, 2006; SANTOS; ARAÚJO; GALVÃO, 2011).

O Município vem experimentando um forte processo de desenvolvimento em sua estrutura econômica, política, cultural e social, que se firmou a partir da instalação de indústrias e de um vigoroso sistema educacional e da saúde, se configurando como a segunda cidade mais importante do estado (SANTOS; ARAÚJO; GALVÃO, 2011).

A saúde vem paulatinamente garantindo melhorias na qualidade de vida da população permeada pelo aumento da resolutividade de sua atenção, todavia, foi com a estruturação da Atenção Primária à Saúde na lógica de organização da Estratégia Saúde da Família que a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social e Saúde (SDSS), com gestão plena e colegiada, deu o passo inicial a uma nova forma de fazer saúde, com foco na promoção da saúde, prevenção de agravos e cura de doenças, que a cidade vem se consolidando como referência em saúde e município pólo para microrregião de Sobral, formada por 24 Municípios.

Para a construção da ESF no Município assumiu-se uma concepção de território que ultrapassava a espacial e quantitativa, a de território geográfico, onde se agrupam coletivos humanos com modos de vida, relações sociais, culturais, políticas e históricas que são singulares em cada meio, delimitando assim, uma distribuição de Centros de Saúde da Família (CSF) por cada território.

Atualmente Sobral conta com 28 CSF, onde cada um tem implantado uma ou mais Equipes Saúde da Família conformando assim 48 equipes de saúde da família, 38 Equipes de Saúde Bucal, 06 equipes de Núcleo de apoio à Saúde da Família (NASF) e 06 Equipes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF). As equipes de saúde da família estão

organizadas de acordo com orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde e são compostas minimamente de 01 auxiliar ou técnico de enfermagem, 04 ou mais agentes comunitários de saúde, 01 enfermeiro e 01 médico, além da Equipe de Saúde Bucal (composta de 01 odontólogo e 01 técnico de consultório dentário), destinadas a acompanhar um número médio de 600 a 1200 famílias. No entanto, Sobral ainda apresenta a dificuldade da permanência dos profissionais de medicina e odontologia nas Equipes de Saúde da Família, o que totaliza um quantitativo de 105 enfermeiros, 110 auxiliares de enfermagem, 35 médicos, 26 dentistas, 33 técnicos de consultório dentário e 409 agentes comunitários de saúde lotados nas equipes da ESF do município (ANDRADE *et al.*, 2004; SOBRAL, 2011).

Excetuando-se os casos de emergência, são estes também, os profissionais responsáveis pelo primeiro acesso do usuário ao sistema de saúde de Sobral, pois a partir da ESF há o encaminhamento aos demais níveis de atenção de acordo com a necessidade e resolutividade. Nesta perspectiva, temos 15 Centros de Saúde da Família situados na sede do município e 13 Centros de Saúde da Família nos distritos, dentre estes, elegemos os 03 CSF que mais apresentaram notificações de violência intrafamiliar contra a mulher durante o triênio de 2009 a 2011 de acordo com dados da própria secretaria, a saber: CSF Herbert de Souza (CSF- Padre Palhano), CSF Lêda Prado (CSF- Jaibaras) e CSF Alto da Brasília (CSF- UVA).

Com relação às instituições de enfrentamento à violência intrafamiliar contra a mulher, Sobral conta com o Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (NPVPS), Projeto Sentinela, COMPAZ, Delegacia da Mulher, Centro de Referência em Assistência à Saúde (CRAS), Conselho da Mulher, Promotoria de Justiça, Núcleo de Gênero Pró Mulher de Sobral além de outras instituições parceiras, contudo, a efetiva articulação entre estes, ainda pode ser concebida como um processo em marcha que, a cada dia assume novos desafios em busca da concretização de seus ideais.

Diante da situação da violência intrafamiliar contra a mulher no Município de Sobral, justifico a necessidade do estudo, a fim de conhecermos a participação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família, uma vez que estes, conforme mencionamos anteriormente compõem a entrada do sistema de saúde e toda a sua rede de apoio, a fim de obter-se maior consistência nas ações e mudanças na realidade ofertada a estas famílias.

A dimensão deste tipo de violência em Sobral requer novas posturas e orientações



sólidas à sua condução. Considerando o contexto acima e as lacunas da notificação dos casos de violência intrafamiliar, refletimos sobre o fazer dos profissionais da atenção básica de saúde do município, a organização dos mesmos, o acolhimento ofertado por estes à população vítima de violência intrafamiliar, seus conhecimentos acerca das estratégias de enfrentamento a esta violência, a orientação consistente, bem como a postura adotada pelos profissionais para condução destes casos.

### **3.4 Sujeitos do estudo**

Os sujeitos foram constituídos de enfermeiros e agentes comunitários de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família do Município de Sobral, Ceará; tendo em vista a importância de seus papéis para a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF.

A enfermagem, conhecida como a ciência do cuidar, desenvolve atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde exercendo papel fundamental no estabelecimento de vínculo e confiança com a população adscrita da equipe de saúde da família. Para Selbach (2009) o conhecimento que fundamenta o cuidado à enfermagem encontra nas raízes da profissão uma dimensão centralizada no bem estar da clientela, trabalhando-se para minimizar o sofrimento ao qual esta é exposta, apresentando uma abordagem epistemológica efetivamente comprometida com a emancipação humana e evolução das sociedades, nos fazendo acreditar que a enfermagem se configura em uma das categorias que compõem a Estratégia Saúde da Família, que mais encontra possibilidade de diagnosticar os casos implícitos de violência intrafamiliar contra as mulheres, igualmente, notificar e auxiliar na intercepção do ciclo de violência explícita entre membros de uma mesma família.

Nesta perspectiva, os critérios de inclusão para os enfermeiros foram:

- Anuência de participação voluntária na pesquisa, registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando a Resolução 196/96 que ao definir normas e diretrizes que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, descreve que o sujeito da pesquisa é o participante pesquisado, individual ou coletivamente, este deve ter caráter voluntário, sendo vedada qualquer forma de remuneração (BRASIL, 2004).

- Enfermeiros assistentes das equipes de saúde da família de um dos três Centros de Saúde da Família com maior notificação de violência intrafamiliar no triênio de 2009 a 2011, a saber: CSF Alto da Brasília (CSF- UVA), CSF Herbert de Souza (CSF- Padre Palhano) e CSF Lêda Prado (CSF- Jaibaras), atuantes há pelo menos um ano.
- Enfermeiros gerentes de um dos três territórios descritos anteriormente, com igual tempo mínimo de atuação.

Clarificamos que este contingente é formado por 11 enfermeiros, entretanto apenas 08 profissionais se dispuseram voluntariamente a participar da pesquisa, conformando assim, nossa amostra.

Quanto aos agentes comunitários de saúde, corroboramos com Fonseca *et al.* (2009) quando referem que esta categoria profissional apresenta uma posição estratégica no atendimento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, uma vez que os atores envolvidos (profissionais e clientela) pertencem, em sua maioria, ao mesmo espaço geosocial.

Outro estudo, que avalia a Estratégia Saúde da Família em dez grandes centros urbanos em 2005, realizado pelo Ministério da Saúde, o que ocorre na maior parte dos casos, é que as mulheres acabam por relatar aos ACS fatos que não relatariam a outros profissionais, tornando-os possíveis atores sociais capazes de prevenir ou intervir nessas situações, uma vez que se encontram mais envolvidos no processo de identificação e acompanhamento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher na atenção básica (BRASIL, 2005).

Para Fonseca *et al.* (2009) convém ressaltar que dentre as atribuições dos agentes comunitários constam ações individuais e coletivas que objetivem a proteção e a promoção da saúde e atividades educativas, priorizando grupos de maior vulnerabilidade, além de atuação como agentes de mudanças dentro da coletividade.

Diante do contexto, acreditamos que esta categoria tem foco na família e em sua saúde, assim, percebemos neste profissional, alguém que além de pertencer à população atendida no CSF e por isso está exposto a todas as adversidades do território, tem na sua essência, um olhar voltado ao cuidado da família, sendo hábil para conhecer os casos de violência intrafamiliar contra a mulher de sua população, se tornando indispensável para nós que objetivamos compreender como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência

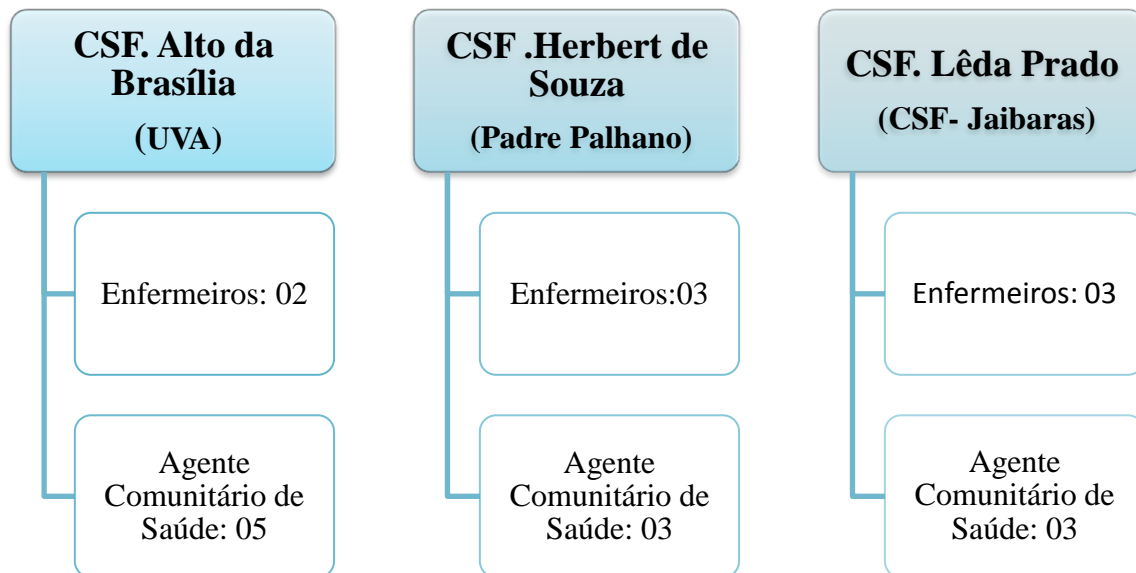
intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará sob o olhar de enfermeiros e ACS da ESF.

Entretanto, devido ao grande número de profissionais que compunham esta categoria esclarecemos os critérios de inclusão para os ACS:

- Anuência de participação voluntária na pesquisa, registrada através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, respeitando a Resolução 196/96 que ao definir normas e diretrizes que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, descreve que o sujeito da pesquisa é o participante pesquisado, individual ou coletivamente, este deve ter caráter voluntário, sendo vedada qualquer forma de remuneração (BRASIL, 2004).
- ACS pertencentes a um dos dois Centros de Saúde da Família situados na sede do Município, com maior notificação de violência intrafamiliar contra a mulher, no triênio de 2009 a 2011, a saber: CSF Alto da Brasília (CSF- UVA), CSF Herbert de Souza (CSF- Padre Palhano), atuantes há pelo menos um ano, que participem ou tenham participado da COMPAZ, já referida anteriormente neste estudo.
- ACS pertencentes ao CSF do distrito do Jaibaras (CSF Lêda Prado), eleito para participação na pesquisa por constituir o 3º CSF do Município com maior notificação de casos de violência inrafamiliar contra a mulher. Entretanto, uma vez que o distrito não se dispõe da estratégia da COMPAZ, a escolha dos ACS entrevistados nesta localidade, foi aleatória.

Ressaltamos ainda que os ACS nomeados participantes da COMPAZ foram profissionais que se identificaram com a temática e apresentavam maior interesse e disponibilidade em efetivar as ações propostas por ela, justificando nossa opção. Assim, totalizamos 11 ACS participantes da pesquisa, conforme evidenciamos na figura a seguir:

Figura: 01- Quantitativo dos sujeitos conforme os centros de saúde da família pesquisados, Sobral, Ceará 2013.



Fonte: Construído pelas autoras (2013)

Diante do exposto, justificamos a escolha dos sujeitos como informantes do estudo, pela intencionalidade da pesquisadora em busca da compreensão do cuidado ofertado por enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, assim os sujeitos foram eleitos devido a estes constituírem-se em potenciais identificadores dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, igualmente, acreditamos que a partir da coordenação do cuidado (continuidade da atenção, monitoramento/acompanhamento pelo enfermeiro e agente comunitário de saúde da situação de violência e utilização das informações para planejamentos das ações desenvolvidas pela equipe) efetivada por estes profissionais, a história da violência intrafamiliar contra a mulher poderá tomar novos rumos em busca de sua interrupção.

### 3.5 Métodos e procedimentos para coleta das informações

#### 3.5.1 A Metodologia Interativa na coleta das informações

Em busca de encontrarmos um caminho para procedermos à coleta das informações,

inúmeras metodologias foram lidas e pesquisadas, então, encontramos na Metodologia Interativa, desenvolvida por Oliveira (2010) durante sua tese de doutorado em cooperativismo e associativismo, uma excelente orientação para a realização deste estudo.

A Metodologia Interativa é conceituada pela autora como sendo:

Um processo hermenêutico dialético que facilita descrever e interpretar a fala e depoimentos dos atores sociais em seu contexto e analisar definições em textos, livros e documentos, em direção a uma visão sistêmica da temática em estudo (OLIVEIRA, 2010, p.123).

Embasada no método pluralista construtivista de Guba e Lincoln (1989), no método de análise de conteúdo de Bardin (1997), e no método hermenêutico dialético de Minayo (2008), esta metodologia alicerça-se no novo paradigma da ciência contemporânea, que apresenta uma visão sistêmica, em que a compreensão do processo de conhecimento é dinâmico, onde tudo está interligado, ou seja, só entendemos as partes, a partir da dinâmica de um todo (OLIVEIRA, 2010).

Sua principal característica é a construção coletiva do conhecimento, como resultado de um processo interativo, onde os participantes inicialmente expõem seus saberes a respeito do fenômeno estudado, em seguida têm acesso às idéias dos demais sujeitos da pesquisa, então, são solicitados a se posicionarem em relação a elas, estabelecendo sínteses face aos diversos posicionamentos durante a pesquisa (FREITAS, 2011).

A metodologia Interativa adota a aplicação da técnica do Círculo Hermenêutico Dialético (CHD) como uma ferramenta para a coleta das informações e da Análise Hermenêutica Dialética (AHD) para análise destas, estabelecendo uma complementação à metodologia, justificada devido à fusão de métodos e técnicas, além das adaptações de acordo com a realidade em estudo.

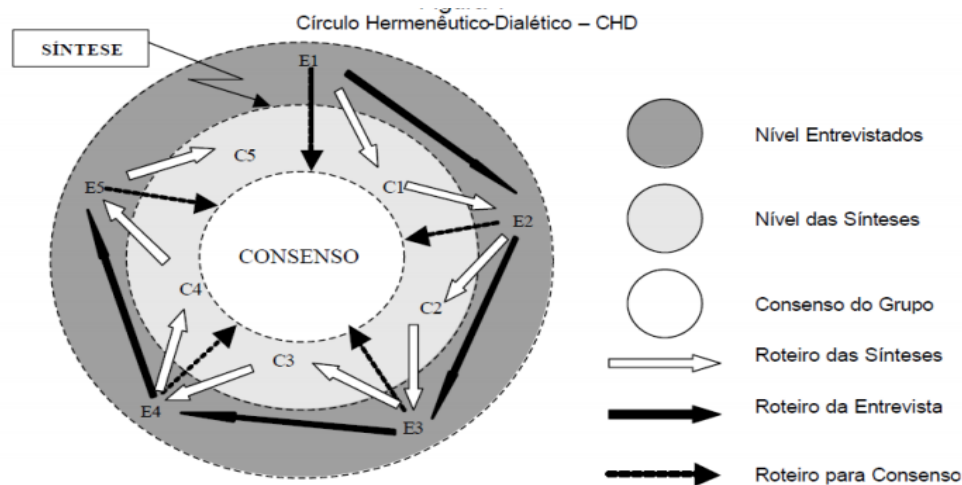
A autora esclarece que a opção de abordagem nesta metodologia deva ser qualitativa, pois a interpretação de fatos, fenômenos e conceitos, tendo como contraponto a dinâmica do processo em que estes se estabelecem, requer um estudo hermenêutico dialético.

Diante do contexto exposto, a técnica do CHD constitui-se em um excelente instrumento para a pesquisa de campo, entretanto, necessita de uma complementação teórica para uma análise em profundidade das informações coletadas no estudo, encontrando no método

hermenêutico dialético de Minayo (2008) uma consistência para dirimir este impasse, visto que, estes métodos não são excludentes e curiosamente, utilizam a mesma terminologia: Hermenêutica Dialética (OLIVEIRA, 2010).

Desta forma, o CHD proposto para a Metodologia Interativa de Oliveira (2010) configura-se em um procedimento metodológico bastante dinâmico, em constante interação entre as pessoas através do vai e vem no processo de realização das entrevistas como nos mostra a figura 2.

**Figura: 02 - Círculo Hermenêutico Dialético**



**FONTE: OLIVEIRA (2010, p. 132)**

Conforme apresentado na figura 1, a técnica é composta por três círculos concêntricos, no qual o primeiro ou mais externo representa os entrevistados E1, E2, E3, E4 e E5, em seguida temos o círculo mediano, que é a representação das sínteses realizadas pelo pesquisador, das respostas obtidas dos entrevistados, e, por fim temos o último círculo que representa o “comum” entre estes.

Assim, C1 (construção teórica) será o resultado da síntese da primeira entrevista construída pelo pesquisador, contendo seus principais temas, idéias, valores e problemas, possibilitando inclusive a análise dos dados simultânea à sua coleta; C2 será expresso pelo resultado da síntese de E1, E2, (após a segunda pessoa dar suas respostas, receberá a síntese da entrevista anterior e acrescentará seus comentários, que serão sintetizados pelo pesquisador, formando C2); ocorrendo desta forma sucessivamente até que C5 seja a análise construída a partir das respostas de E1, E2, E3, E4 e E5 (OLIVEIRA, 2010). Nesta pesquisa esse

procedimento ocorreu em dois grupos simultaneamente de forma idêntica com as duas categorias pesquisadas neste estudo, enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

Com o objetivo de atingirmos um consenso entre o grupo, após as entrevistas, os sujeitos foram convidados a participar de uma reunião com os demais entrevistados de sua categoria para a apresentação do pré - consenso construído a partir das sínteses dos entrevistados, obedecendo ao que a metodologia interativa propõe, todavia encontramos impossibilidade de efetivação desta reunião.

Guba e Lincoln (1989) ressaltam que a utilização deste círculo requer uma grande atenção tanto na fase de coleta das informações, bem como para seu tratamento, pois ele pressupõe uma relação constante entre pesquisador e entrevistados, chegando-se o mais próximo da realidade, aqui denominada consenso, através do contínuo vai e vem e, de construções e reconstruções coletivas.

Freitas (2011) complementa que o CHD possibilita uma coleta de dados dinâmica à medida que os entrevistados têm acesso à síntese dos entrevistados anteriores, e dessa forma, uma pré-análise usando uma razão dialógica entre os sujeitos com objetivação do entrevistador.

### **3.5.2 A utilização da entrevista como instrumento de coleta das informações**

Obedecendo ao que a Metodologia Interativa propõe, utilizamos a técnica da entrevista para efetivarmos a coleta de informações. A respeito de entrevista Oliveira (2010, p.86) disserta: “[...] é um excelente instrumento de pesquisa por permitir a interação entre pesquisador e entrevistado e a obtenção detalhadas sobre o que se está pesquisando.”

Alguns autores como Flick (2009), Marconi e Lakatos (2010) ressaltam ainda a importância da postura do entrevistador durante a entrevista, devendo este, assumir uma postura de “bom ouvinte” ao limitar-se a ouvir e gravar a fala dos sujeitos pesquisados, não os induzindo, mas permitindo que estes falem livremente sobre o tema abordado.

A entrevista é um procedimento bastante utilizado na investigação social, para coleta de dados ou de informações, ou ainda para ajudar no diagnóstico ou tratamento de um problema social, que tem como principal finalidade a obtenção das respostas dos entrevistados (informações sobre determinado assunto).

Entre os diferentes tipos de entrevistas que variam de acordo com o propósito do entrevistador, elegemos a entrevista semi-estruturada para prosseguirmos à coleta de informações. A mesma foi construída contendo apenas cinco perguntas norteadoras, (conforme exposto no Apêndice B) uma vez que estas proporcionaram a incorporação de partes fundamentais de questionamentos básicos, aplicados em teorias e hipóteses que interessavam a pesquisa, além de terem oferecido amplo cargo de interrogativas, frutos de novas hipóteses que surgiram à medida que recebíamos as respostas dos informantes. Enfatizamos que houve primor em busca da espontaneidade e liberdade do entrevistado, assegurando o bom êxito da pesquisa (MARCONI; LAKATOS, 2010). As informações obtidas através das entrevistas foram transcritas de forma cuidadosa e integral pela autora principal, por entendermos que esta é uma fase fundamental ao alcance do êxito da pesquisa e que implica diretamente em seus resultados.

Intentamos garantir perguntas de fácil compreensão aos sujeitos, evitando formulações tendenciosas ou deslocadas, assim houve rigor na condução das entrevistas permitindo que o pensamento do pesquisado fluísse na conversação de maneira lógica e natural, por vezes, a entrevistadora necessitou pedir aos entrevistados que lembrassem um caso de violência intrafamiliar contra a mulher e relatassem sua conduta naquela situação, mesmo permitindo alguma fuga do assunto estudado.

Ressaltamos que somente iniciamos à coleta de informações após recebermos parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual Vale do Acaraú, instituição responsável pela liberação do desenvolvimento de pesquisas no município e Comissão Científica da Secretaria de Saúde de Sobral (Anexo A) que avalia a relevância para o Sistema Local de Saúde de Sobral

Inicialmente entramos em contato com as gerentes dos três Centros de Saúde da Família eleitos para a coleta das informações e solicitamos uma pauta na roda<sup>3</sup>, onde apresentamos o projeto de pesquisa e convidamos os profissionais de enfermagem e agentes comunitários de saúde que estivessem contemplados dentro dos critérios de inclusão para a

---

<sup>3</sup> Método de gestão de utilizado nos CSFs de Sobral proposto por Gastão Wagner de Sousa Campos. O mesmo visa à construção de processos de cogestão coletivamente e democratização das relações de poder, constituindo, ao mesmo tempo, espaços de ensino-aprendizagem, de elaboração e de organização de processos de trabalho e tomada de decisões e de atenção às subjetividades, desejos e relações interpessoais (BRASIL, MAGALHÃES E NETO, 2011).



participação da pesquisa. Então, agendamos datas para a realização das entrevistas de acordo com a disponibilidade dos pesquisados. As entrevistas ocorreram entre os meses de setembro a dezembro, após a aplicação do pré-teste com três representantes de cada categoria; o tempo das entrevistas oscilou de 8 a 57 minutos.

Salientamos que após o pré-teste, readequamos as perguntas norteadoras uma vez que percebemos em uma delas, a dificuldade dos respondentes (a mesma indagava sobre o conhecimento do profissional acerca da Política de Enfrentamento à Violência no município).

Assim, com a finalidade de apreendermos a precisão das respostas proferidas pelos sujeitos estudados, além da vantagem de permitir as pesquisadoras uma maior comodidade de observação das informações não verbais, conferindo deste modo maior centralidade das autoras e amplitude ao processo, utilizamos mp3 para gravar as entrevistas. A gravação mostrou-se ainda vantajosa, já que nos permitiu inúmeras análises a posteriori (durante a fase de tratamento das informações), sobre o que disse o entrevistado, ajudando-nos identificar categorias e sintetizar, além de atribuir comentários importantes à pesquisa.

Igualmente, entendemos este procedimento, como auxílio a fim de uma compreensão mais fidedigna do pensamento acerca do fazer real dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da família no que diz respeito à produção do cuidado com as mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

Ressaltamos ainda que documentos relevantes para a pesquisa como Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher do Ministério da Saúde, Mapa da Violência 2012 apostilas Ministeriais para condução dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, a própria Política Nacional de Redução de Mortes por Acidentes e Violência, Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres além de publicações de expertises no assunto foram incorporados ao estudo, a fim de conferir maior legitimidade ao referencial teórico, buscando uma análise mais dialógica entre o que preconiza o MS nestas situações e o que de fato encontramos no município pesquisado.

### **3.6 Procedimento para análise das informações**

Acreditamos ser prudente iniciar este tópico com a explicação da não adesão ao método de análise de dados proposto pela Metodologia Interativa de Marli de Oliveira, que é a Análise Hermenêutica Dialética de Minayo; pois, a Metodologia Interativa requer, após a coleta de dados com o auxílio do Círculo Hermenêutico Dialético, um encontro entre todos os sujeitos entrevistados objetivando o alcance de um consenso entre o grupo através da apresentação do pré-consenso, o que subsidiaria uma discussão e a própria construção do consenso final, oportunizando trabalhar os sujeitos em diversos contextos, o que acreditamos findaria na informação mais próxima da realidade.

Entretanto, como relatamos anteriormente encontramos impossibilidade de realização da mesma, uma vez que alguns sujeitos nos relataram indisponibilidade de suas participações na referida reunião. Além disso, Freitas (2011) esclarece que a análise hermenêutica dialética (AHD) exige que os sujeitos sejam trabalhados em diversos aspectos como: históricos, socioculturais, políticos, econômicos e educacionais favorecendo uma visão completa do contexto.

Deste modo, devido à dificuldade que encontramos junto a alguns informantes, entendemos que prosseguir com a AHD implicaria certa fragilidade nesse estudo, assim, optamos por usar a Análise de Discurso (AD) como método para o tratamento das informações coletadas, mesmo tendo o pré-consenso, elaborado pelas autoras a partir das falas dos entrevistados, respeitando assim, o hermenêutico; e, as diferenças paradigmáticas dos sujeitos, entendidas aqui como o dialético, que evidenciam o referencial metodológico.

A AD pode ser compreendida como possibilidade de captar o sentido não explícito no discurso, desta forma, proporciona aproximação do processo saúde-doença por meio da interpretação da linguagem, pois é no terreno da linguagem que explicamos a determinação de vários fenômenos e conceitos, sendo a palavra uma espécie de ponte lançada entre um ou mais locutores e um ou mais interlocutores. É precisamente na palavra que melhor se revelam as formas básicas e ideológicas da comunicação. Então, entendemos que é através da palavra que nos definimos em relação ao outro ou em relação à coletividade (BAHKIN,1979 *apud* MACEDO *et al.*, 2008).

Assim, concebemos que a organização e a estruturação das palavras definem os discursos e possibilitam a compreensão dos fenômenos e dos conceitos. Orlandi (1987 *apud*

MINAYO, 2007) refere que a AD cria um ponto de vista próprio de olhar a linguagem como espaço social de debate e de conflito, considerando o texto como uma unidade significativa, pragmática e portadora do contexto situacional dos falantes.

Para Minayo (2007), a AD trouxe uma contribuição fundamental para análise das informações em pesquisas qualitativas, uma vez que se fundamenta principalmente na crítica da linguagem. A autora considera importante diferenciar texto de discurso, para essa técnica de análise. Assim, texto pode ser uma simples palavra ou um conjunto de frases ou um documento completo que designa um conceito analítico; enquanto discurso é a linguagem em interação com seus efeitos de superfície, representa relações estabelecidas e designa um conceito teórico metodológico.

O discurso revela a compreensão do sujeito sobre determinado contexto sócio histórico, no qual se evidenciam suas relações para a produção do próprio discurso. Na saúde, os discursos dos sujeitos projetam sua visão da sociedade e da natureza, da historicidade das relações, da forma de organização da sociedade, das condições de produção e reprodução social (MINAYO, 2007). Sublinhamos que é necessário perceber que a AD não diz respeito somente à tomada dos textos produzidos em sua singularidade, mas à compreensão de seu contexto.

Como técnica de análise, Minayo (2007) embasada em Orlandi, sugere trabalhar a AD, utilizando os seguintes procedimentos:

- 1-estudo das palavras do texto (separamos os termos que constituem os discursos- (adjetivos, substantivos, verbos e advérbios);
- 2-análise da construção das frases;
- 3- construção da rede semântica que evidencia dinâmica entre o social e a gramática;
- 4-elaboração da análise, com ênfase na produção social do discurso como constitutiva de seu sentido.

Esclarecemos que depois de observadas essas etapas, organizamos as informações por categorias temáticas que emergiram das perguntas norteadoras contempladas na entrevista semiestruturada; consideramos a hermenêutica ao processarmos análise e discussão dos resultados sem evidenciação das unidades de análise ao que era comum, e consideramos a

dialética, quando acrescentamos os pontos divergentes dos discursos dos sujeitos e prosseguimos com sua discussão.

### **3.7 Aspectos éticos**

A pesquisa considerou aspectos normativos dispostos na Resolução do Conselho Nacional de Saúde de nº 196, de 10 de outubro de 1996, que dispõem sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa Local da Universidade Estadual Vale do Acaraú, e somente iniciou-se após a aprovação mediante o CAAE: 01762512.7.0000.5053.

Frisamos ainda que toda pesquisa se processou após a leitura, explicação e aceite da participação dos sujeitos resguardados por suas assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndice A), bem como o consentimento pós informado dos sujeitos, que participaram do estudo (Apêndice A). O trabalho também adotou os princípios básicos da bioética como autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL,1996).

O princípio da autonomia foi respeitado, através do esclarecimento a cada sujeito de que ele possuía livre arbítrio para decidir participar ou não da pesquisa, sendo esta voluntária, e, que, independente do tempo, o mesmo poderia se negar a responder a qualquer um dos questionamentos, bem como desistir da pesquisa, sem que sua desistência implicasse em nenhuma penalidade, ainda foram comunicados sobre a liberdade de solicitar esclarecimentos acerca de qualquer questão, conforme evidencia o TCLE, que foi aplicado a todos os sujeitos envolvidos, onde também explicitamos os objetivos, metodologia utilizada e relevância social da pesquisa. Salientamos que foram pedidas permissões a todos os sujeitos envolvidos para gravar a conversação decorrente das entrevistas.

Consideramos importante enfatizar que, sendo a autora da pesquisa também participante do serviço de saúde de Sobral, foi minuciosamente explicada a inofensividade da recusa dos participantes, bem como garantido o sigilo desta. Ao passo que, aos que aceitaram foi resguardado a confidencialidade das informações, anonimato de suas identidades e aplicado o Consentimento Pós Informado.

Com relação ao princípio da beneficência, concebemos a pesquisa como um veículo informador da situação de combate à violência intrafamiliar contra a mulher dos territórios estudados, antes inexistente, que poderá contribuir para organização da atuação do profissional; também entendemos que o estudo possibilitou o desenvolvimento de diagnósticos locais acerca da situação da violência intrafamiliar contra a mulher, chamando atenção para seu monitoramento; visualizamos a possibilidade de criação de protocolos concernentes a tal violência a partir das necessidades concretas de saúde do Município; incitamos a educação permanente e significativa para os profissionais envolvidos; ainda como benefício, nos comprometemos com a devolução dos resultados da pesquisa às pessoas envolvidas e à gestão municipal, acreditando que esta trará contribuições na organização do sistema de saúde local, auxiliando na consolidação do Sistema de Saúde Municipal, com foco no direito a vida e ao bem viver. Ressaltamos que foram respeitados valores éticos, culturais, morais e religiosos, bem como hábitos e costumes dos sujeitos estudados. Ponderamos riscos e benefícios reais, potenciais, individuais e coletivos, resguardando os sujeitos dos mínimos danos. Assim, esperamos ter exposto a relevância do estudo, já explicitada na própria linha de pesquisa: Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde, Saúde Mental, Violência e Cuidado.

Para contemplarmos a observância do princípio da não maleficência, asseguramos que danos previsíveis foram afastados. Os respondentes tiveram seus nomes substituídos de acordo com sua categoria, todas as enfermeiras citadas durante as transcrições das entrevistas receberam nome fictícios de Maria, os enfermeiros de José, as ACS pertencentes ao sexo feminino foram chamadas de Rosa e os do sexo masculino de João, com vistas à preservação dos sujeitos envolvidos. Esclarecemos que também os CSF receberam nomes falsos nessa fase, assegurando desta forma, o não constrangimento dos sujeitos, resguardando a não personalização de suas respostas e as tratando no coletivo.

Considerando a condição de submissão e fragilidade da mulher vítima de violência intrafamiliar em relação ao seu agressor, (geralmente com maior poder e força que a vítima) acreditamos que os princípios de justiça e equidade mostram-se notoriamente ressaltados já na escolha do tema. Observamos também que as discussões com os entrevistados, provenientes da apresentação das sínteses os auxiliaram na percepção ampliada acerca da temática, possibilitando uma visão mais fidedigna da situação da violência intrafamiliar contra a mulher na ESF.

## **4 REVISÃO DE LITERATURA**

### **4.1 Violência e sociedade: dimensões do problema**

O século XX trouxe a humanidade legados científicos e tecnológicos jamais imaginados em séculos anteriores, vasta possibilidades de comunicação instantânea, transformações sócio culturais, sócio educacionais que, se não romperam com modelos arcaicos, demarcaram um novo conceito na comunicação e perpetuação da espécie humana (FILHO, 2012).

A defesa da livre expressão, a liberdade de raças, idéias, religiões, embasou inúmeras manifestações populacionais que buscavam a liberdade de “escolhas” do ser humano enquanto agente de diferenças, apto a eleger suas próprias opções no caminho da realização enquanto indivíduo, clarificando aos demais, que cada um é consciente do que acredita ser o melhor para si. Por outro lado, a expansão da comunicação, ao mesmo tempo em que aproxima as realidades, socializa conhecimentos, muitos produzidos em cidades, países ou até continentes diferentes e distantes, também contribui para o maior distanciamento afetivo entre os indivíduos, sobretudo aqueles que constituem diferentes categorias antropológicas, econômicas, culturais e de gênero.

Com a globalização, a magnitude da organização econômica capitalista, as pessoas passam a incorporar um significativo individualismo, mais perceptível em grandes centros urbanos, como características do seu modo de viver, adoecer e morrer. Não é incomum jornais noticiarem mortes domiciliares de alguns, cuja ausência ainda não havia sido percebida pelos familiares ou conhecidos. Assim, a sociedade segue sua transformação, proporcionando gradativamente um conhecimento superficial disseminado e um desconhecimento aumentado entre os núcleos domiciliares, enfraquecendo as relações interpessoais e permitindo que a capacidade de comunicação entre os seres seja cada vez mais enfraquecida e de eficácia duvidosa, migrando ao fenômeno da violência, um dos maiores e talvez o mais complexo legado do século.

Neves e Romanele, (2006) recorrendo a May, (1972) esclarecem que tal fenômeno, surge da incapacidade de se colocar no mundo diante do outro, de reivindicar posições e direitos, a exemplo do que ocorre com as minorias, ou quando todas as formas de expressão se tornam inoperantes, a agressão emerge como forma de reação. Para este autor, ao sentido epistemológico

da palavra agressão pode ser atribuído um duplo contexto: no primeiro a agressão é construtiva, pois há o confronto com o outro sem causar-lhe dano; no segundo tem-se a agressão destrutiva, ou seja, a agressão que implica em confronto seguido de dano. Quando a primeira forma de agressão se torna ineficaz, impera a violência, como uma explosão primária predominantemente física, que cede aos instintos animais desprovidos da racionalidade, característica primordial dos seres humanos.

Em meio à sociedade, do século XXI, onde se apregoa a justiça, a liberdade de expressões e de estilos de vida, principalmente a não homogeneização da raça humana, é notório uma falácia entre o que se busca e o que se pratica no cotidiano da vida. Enquanto o racismo é considerado crime, facilmente podemos observar episódios frequentes de discriminação de grupos skinhead contra homossexuais, nordestinos, negros e pobres na capital paulistana, onde as vítimas são violentadas verbal e fisicamente de forma bárbara, o que resulta comumente em óbitos inexplicáveis. A necessidade de concentração de poder de alguns é capaz de subjugar uma pessoa, um grupo, uma sociedade ou toda uma população e, por mais que existam direitos humanos básicos defendidos em todo o mundo, alguns grupos insistem na extinção ou escravidão de outros, retomando as idéias totalitárias do nazismo<sup>4</sup>. Desta forma, há inúmeros questionamentos entre intelectuais a respeito dos direitos de liberdade de expressão do cidadão, ficando explícito que não somente uma lei jurídica (lei n.º 7716/89 ou Lei Caó, que propunha como ato criminoso qualquer forma de preconceito fundado em raça, cor, etnia ou religião) daria conta de assegurar tal pressuposto, visto que, a discriminação e/ou preconceito não foram erradicados, talvez timidamente contidos no Brasil, no entanto, a idéia de respeito ao diferente deveria embasar as diversas instituições, a começar pela família, que pode ser considerada a primeira instituição social, no intuito de efetivamente concretizarmos a evolução da sociedade.

---

<sup>4</sup> Designa a política da ditadura que governou a Alemanha de 1933 a 1945, o Terceiro Reich. O nazismo é freqüentemente associado ao fascismo, fundamentava-se na superioridade da raça ariana e no totalitarismo. O ditador Adolf Hitler, que impôs o nazismo, chegou ao poder enquanto líder do Partido Nacional Socialista dos Trabalhadores Alemães (National sozialistische Deutsche Arbeiterpartei, ou NSDAP). A Alemanha deste período é também conhecida como "Alemanha Nazista" e os partidários do nazismo eram chamados nazistas. O nazismo foi proibido na Alemanha moderna, muito embora pequenos grupúsculos de simpatizantes, chamados neonazistas, continuem a existir na Alemanha e em outros países. No Brasil, como em vários outros países, a apologia ao nazismo é capitulada em lei como crime inafiançável.

Acrescida a falta de respeito e tolerância de alguns, o século atual dispõe de um poder midiático envolvente, como fator incitante ao aumento da violência urbana pela privação da massa e possibilidade de poucos, elucidando um desrespeito aos direitos humanos igualitários de consumo dos bens produzidos, que incrementa a banalização da violência na sociedade contemporânea, apontada por Silva (2009) como resposta de uma sociedade caracterizada por produção humana e distribuição desumana, marcada pela indiferença à diferença.

A escalada da violência passa a constituir-se em algo natural e aceitável, desde que esta seja com o outro, evidenciando a egolatria que há pouco se comentou. A vida do próximo não explicita um valor, mas, faz parte de um dia a dia noticiado em telejornais durante assaltos, furtos, roubos, homicídios, violência física contra a mulher, cuja abordagem fria da imprensa, remete à expressão que se assumiria ao retratar qualquer outro assunto corriqueiro.

Incontestavelmente uma sociedade que inventa e alimenta desejos impossíveis é uma fonte constante de frustrações que, de forma já conhecida, intensificam os sentimentos hostis. O aumento do índice de violência no Brasil também é resultante da injusta distribuição de renda que gera raiva. A certeza da impunidade e a descrença nas instituições protetoras estimulam o sujeito a buscar o que, em seu paradigma julga ser correto, embora para isso, leis e valores possam ser destituídos, resultando em uma atitude assumidamente violenta e um medo disseminado pela população.

Contextualizamos aqui uma sociedade que se intitula livre, embora não liberta das amarras dos novos tipos de aprisionamentos, resultantes do imobilismo das más distribuições de renda, da velocidade das mudanças e do consumismo (ou do desejo de consumo). Esta nega a consciência de que também é corresponsável nas condições geradoras da exclusão e formação do elemento criminal. O desafio em combater a violência vai além da efetivação de medidas restritamente punitivas, uma vez que elas são insuficientes para reparar as práticas discriminatórias, mas, adentra também pelo desenvolvimento de políticas públicas voltadas a melhorias na educação como forma de oferecer chances mais igualitárias de profissionalização, vislumbrando aumento da questão salarial, na tentativa de reduzir a enorme distância econômica entre as classes abastadas e as pauperizadas.

---



O Exame Nacional do Ensino Médio (ENEM) pode ser apontado como ação de iniciativa federal na luta por tornar mais equitativa as chances de ingressar na educação de ensino superior. Cerri (2004) informa que a base epistemológica do ENEM tem como principal fundamento o conceito de cidadania, dentro de uma visão pedagógica democrática que preconiza a formação ética e o desenvolvimento da autonomia intelectual e do pensamento crítico. O ensino médio recebe assim, a atribuição de preparar o aluno para o prosseguimento de estudos, a inserção no mundo do trabalho e a participação plena na sociedade.

Tomando como referência principal a articulação entre educação e cidadania firmada pela Constituição Federal e ratificada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação, o ENEM foi criado com o objetivo de avaliar o desempenho do aluno ao final da escolaridade básica, para aferir o desenvolvimento das competências e habilidades requeridas para o exercício pleno da cidadania, através da maior valorização de caracteres próprios ao sujeito na fase de desenvolvimento cognitivo correspondente ao término da escolaridade básica, diminuindo a hipervalorização de programas conteudistas específicos (os quais, comumente são de acesso restrito aos alunos das escolas particulares) remanescentes de uma educação bancária, orientada pela transmissão de conhecimentos.

Mais recentemente, ainda complementando-se a lógica da facilitação ao acesso qualificado, a presidenta da República, Dilma Rousseff, sancionou em outubro de 2010 a lei que cria o Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e ao Emprego – Pronatec –, que dispõe sobre a concessão de bolsas de estudo e financiamento para cursos de qualificação profissional. Outra medida que podemos citar conservando o mesmo paradigma é o Programa Universidade para Todos- Prouni - o qual objetiva a concessão de bolsas de estudo integrais e parciais em cursos de graduação e cursos sequenciais de formação específica, em instituições privadas de educação superior, o mesmo foi criado pelo Governo Federal em 2004 e institucionalizado pela Lei nº 11.096, em 13 de janeiro de 2005, oferecendo, em contrapartida, isenção de alguns tributos àquelas instituições de ensino que aderirem ao tal programa (LOPES, 2011).

Na perspectiva da prevenção da violência possibilitada por caminhos menos desiguais no acesso à formação profissional pela educação superior, onde a população menos abastada economicamente começa a ser lembrada em uma iniciativa governamental, espera-se, em longo prazo, uma diferenciação na realidade hora concebida, que apresenta trinta e três milhões de

estudantes no ensino fundamental, contudo, destes, somente cinco milhões e quinhentos mil alcançam os bancos universitários (BRASIL, 2012).

Minayo (2006) enfatiza que a lógica do reconhecimento da violência como um fenômeno polifórmico, multifacetado, que se encontra diluído na sociedade sob o signo das mais diversas manifestações, que se interligam, interagem, (re)alimentam-se e se fortalecem, considerar-se-ia imprudente estabelecer como principal estratégia de intervenção para sua redução o aumento da segurança pública e ou a repressão social dos marginalizados; eis que, tratar a questão da violência, com a lógica de simples punição para os agressores seria dar invisibilidade aos fatos, que vão ao âmago do problema, imergindo em uma corrente explicitamente falsária, já que perpetuar-se-ia todo o contexto para novas emersões da questão, afirmando tal fenômeno enquanto exterior à sociedade, reduzindo-o à relações do tipo causa efeito.

#### **4.2 As diferentes manifestações da violência e sua interface com o setor saúde**

Para Minayo e Souza (2011) qualquer reflexão teórico-metodológica sobre a violência pressupõe o reconhecimento de sua complexidade, polissemia e controvérsia, tornando-se premente compreendermos que, ao ser perpetrada por indivíduos, grupos e/ou instituições, ela se manifesta de múltiplas maneiras, inclusive as dissimuladas e ideologizadas, assumindo diferentes papéis sociais, sendo desigualmente distribuída, culturalmente delimitada e reveladora das contradições e formas de dominação.

Estudos científicos da área da saúde apontam pelo menos três correntes que buscam explicar a violência. De um lado, estão os que sustentam a idéia de que ela é resultante de necessidades biológicas. De outro lado, há autores que a explicam a partir, exclusivamente, do arbítrio dos sujeitos, como se os resultados socialmente visíveis dependessem da soma dos comportamentos individuais, ou se a violência fosse resultante de doença mental ou estivesse vinculada a determinadas concepções morais e religiosas; e, em terceiro lugar, existem alguns que tratam o âmbito social como o ambiente dominante na produção e na vitimização da violência, onde tomam corpo e se transformam os fatores biológicos e emocionais (MINAYO, 2005).

Cada vez mais o fenômeno da violência interessa ao estado, (instância promotora de políticas públicas que, deveriam orientar e arbitrar de forma justa as tensões sociais, promovendo a igualdade e a elevação da qualidade de vida entre os cidadãos, entretanto, organizam seu foco de forma a favorecer a inserção do país na economia mundial, privilegiando o mercado em detrimento da sociedade civil), Minayo e Souza (2011) acreditam inclusive, que este interesse é resultante de gastos financeiros diretos e indiretos que ela despense em todos os setores como saúde, social e educacional, estes últimos evidenciados principalmente através da ausência de trabalhadores e estudantes em dias ativos.

Minayo (2006) enfatiza que, por muito tempo o fenômeno da violência não estava contemplado no setor saúde, mas constituía-se como objeto exclusivo da segurança pública, sendo incorporado neste setor, somente na década de 90, quando o problema começou a responder pela segunda principal causa de morte em todas as faixas etárias.

Com a percepção da gravidade do fenômeno nas Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a partir de 1993, recomendou, insistentemente, aos países membros que incluíssem o tema na sua agenda de intervenção. A posteriori, convencidos que tal problema ultrapassava os limites latinoamericanos, foi a vez da Organização Mundial de Saúde dedicar-lhe atenção na Assembléia Mundial de Saúde em 1997, resultando quatro anos mais tarde, na publicação de um extenso informe denominado Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, dissertando uma reflexão na área, acerca de responsabilidade específica e setorial (KRUG *et al.*, 2002).

Assim, outras tentativas de inibir ações de violência, sugeriram a elaboração de novas políticas públicas voltadas para a questão, que se consolidaram em 2001, graças a Portaria Ministerial nº 737 MS/GM, publicada no Diário Oficial da União nº 96, seção 1 de 18/05/01, a qual estabelece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências – PNRMAV- (BRASIL, 2002b; MIANAYO; DESLANDES, 2009).

Esta política, suscitada para reduzir a morbimortalidade de acidentes e violências, constitui-se em um instrumento orientador do setor saúde, ao passo que estabeleceu diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção desses eventos, mediante o esclarecimento de processos de articulação com distintos segmentos da sociedade civil.

Para melhor elucidação do conceito de violência adotado em presente política apresenta-se a seguir sua definição conforme Minayo e Souza, (1998 *apud* BRASIL, 2001 p.3):

[...] o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações, que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros. Nesse sentido, apresenta profundos enraizamentos nas estruturas sociais, econômicas e políticas, bem como nas consciências individuais, numa relação dinâmica entre os envolvidos.

Frente a este contexto, a OMS considera as diversas formas de expressão da violência variantes e influenciáveis de acordo com as características socioculturais sobre o problema, apresentando sete manifestações da violência, (Violência Física, Violência Psicológica, Negligência, Violência Sexual, Exploração, Violência Institucional e Violência Social) contidas em três tipologias da mesma, a saber: **Violência dirigida contra si mesmo** – Também chamada de autoinfligida caracteriza-se por comportamentos suicidas e autoabusos (agressões a si próprio e as auto mutilações ; **violência interpessoal** – contempla a violência Intrafamiliar (aquela que ocorre entre os parceiros íntimos, entre os membros da família ou aqueles que assumem função parental, principalmente no ambiente da casa, mas não restrito a ele) e a violência comunitária (aquela que ocorre no ambiente social em geral) e a **violência coletiva** – entendendo esta como os atos violentos que acontecem nos âmbitos macrossociais, políticos e econômicos e caracterizam a dominação de grupos e do Estado (BRASIL, 2005).

Quanto as diferentes manifestações Schraiber *et al.* (2002) apontam a violência física como a mais conhecida e muitas vezes tolerada pela sociedade, já que apresenta tênue limite entre a “correção pedagógica” e o ato de violação do direito humano, consiste em qualquer agressão física que prejudique a integridade e a saúde física da vítima (tapas, socos, chutes, empurrões, ferimentos provocados, etc...) (BRASIL, 2005). Logo em seguida, temos a violência psicológica ou emocional, descrita por Moraes (2011) como a mais silenciosa das violências, esta, ocorre quando o agressor deprecia a vítima, bloqueando seus esforços de sucesso ou autoaceitação causando danos, muitas vezes, irreversíveis para saúde mental dos acometidos.

Avançando, vem a negligência, que, para Costa<sup>5</sup> *et al.* (2007) é o tipo de violência a alcançar maior denúncia dentro da sociedade, definida como ato ou omissão no prover das

---

<sup>5</sup> Autores que conduziram um importante estudo de corte transversal com dados secundários dos registros de ocorrência das vítimas de violência (crianças e adolescentes) nos Conselhos Tutelares I e II de Feira de Santana, Bahia, no período de 1º de janeiro de 2003 a 31 de dezembro de 2004.

necessidades físicas, sociais e ou emocionais de pessoas dependentes ou incapazes, (crianças, idosos, deficientes mentais) evidenciadas na falha ao vestir, alimentar ou cuidar, mesmo tendo condições para tal. Minayo (2005) minucia ainda acerca desta forma de violência, que não se poderia mensurar o caráter de intencionalidade da omissão ou negligência, o que suscita uma discussão da sua inclusão no texto da PNRMAV, já que este evidencia violência como ato intencional em suas diferentes manifestações. Discutir sobre negligência e omissão, é basilar para a desnaturalização de processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção de cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de atos econômicos, políticos e culturais, além de crueldades que aniquilam os outros e diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

Outra manifestação da violência é a violência sexual, que ganhou maior visibilidade, graças aos movimentos feministas, uma vez que são as mulheres suas maiores vítimas, descritos por Lamoglia e Minayo, (2009) como as manifestações iniciais desafiantes da ordem conservadora que excluía a mulher do mundo público, reivindicavam além desta inclusão, propostas mais radicais que ultrapassavam a igualdade política, buscavam emancipação feminina, pautando-se na relação socialmente concebida de dominação masculina sobre a feminina em todos os aspectos da vida da mulher.

Embora desde o império, tentativas de legalização do voto feminino, com ou sem o consentimento do marido, tenham sido suscitadas por alguns juristas, somente em 1927 se tem registro da primeira eleitora feminina: Celina Guimarães Viana. Contudo, foi a escritora e advogada feminista mineira, Mietta Santiago, quem esteve a frente da reivindicação da legalização do voto feminino em todo território nacional, com a percepção do artigo 70 da Constituição da República Federativa dos Estados Unidos do Brasil (26 de fevereiro de 1981), então em vigor. O artigo refere: "São eleitores os cidadãos maiores de 21 anos que se alistarem na forma da lei". Não discriminando sexo. Embasada, em tal pressuposto, Mietta impetrou, como advogada, mandado de segurança e obteve sentença favorável (fato inédito no país), o que lhe permitiu votar em si mesma para um mandato de deputada federal. Embora não eleita, foi a primeira mulher a exercer plenamente seus direitos políticos ativos e passivos. Em 1933 finalmente o código eleitoral estendia o direito a voto e a representação política às mulheres; na constituinte de 1934 houve uma representante do sexo feminino, elegendo-se a primeira deputada do Brasil: Carlota Pereira de Queirós (BLAY, 2003).

Com a concretude do movimento feminista e o direito a voto conquistado pelas mulheres, mais um tipo de violência tornou-se explícita: a exploração, que pode está contida na violência anterior, embora não restrita a ela. Rocha (2012) esclarece o sentido literário da palavra exploração como ato ou efeito de explorar, abusar da ignorância de alguém, nos mais variados contextos, sejam financeiros, físicos ou psicológicos. Finalizando, estão as violências institucionais e sociais classificadas por Silva (2009), como violências mais sutis, entretanto nem menos gigantes, a primeira refere-se aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos por ação ou omissão do Estado ou de seus representantes, executadas por agentes que deveriam proteger as vítimas; a última, violência social, é cristalizada nas ações de incivilidade presentes a todo instante de forma discreta e freqüente, necessitando de um olhar crítico para se aperceber dela ou pode-se correr o risco de cair na naturalização deste fenômeno (BRASIL, 2010 a).

Entretanto, o tipo de violência que este estudo buscará compreender é a Violência Intrafamiliar (VI) contra a mulher, na qual, observam-se diferentes manifestações de violências, melhores descritas no tópico seguinte.

### **4.3 A Violência intrafamiliar**

Devido à desuniformidade da nomenclatura e a polissemia de suas definições, quando se considera os muitos estudiosos sobre o tema, optou-se por clarificar o conceito eleito pela autora do estudo para violência intrafamiliar, o qual encontra na definição do Ministério da Saúde seu embasamento. Para o Ministério da Saúde deve ser considerado como Violência Intrafamiliar:

[...] toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade. Não limitando-se apenas ao espaço físico onde a violência ocorre mas também as relações em que se constrói e efetua (BRASIL, 2001.p.17).

Contudo, Delfino *et al.* (2005) enfatizam que para se estudar o que ocorre em um ambiente familiar deve-se partir de uma definição das perspectivas sob as quais se focaliza o tema família. Por um lado, existem as concepções fundamentadas em suas estruturas, que rogam por família: Um grupo social composto de indivíduos diferenciados por sexo e por idade, que se

relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções. Em outra vertente, tem-se a família como a entidade social inicial com funções estabelecidas de proteção, alimentação, cuidado e desenvolvimento de seus membros, garantindo-lhes a sobrevivência. Neste caso, ela é também responsável pela transmissão de valores, estabelecendo os relacionamentos e as condições para a formação da personalidade das gerações mais novas, e sofrendo múltiplas influências do contexto externo que repercutem na relação salutar entre os familiares (DELFINO *et al.*, 2005).

Foucault (1979) complementa que, família não se reduz a uma teia de relações que se inscreve em um estatuto social, em um sistema de parentesco ou em um mecanismo de transmissão de bens, evidenciando que o laço conjugal não serve apenas (nem mesmo talvez em primeiro lugar) para estabelecer a junção entre duas ascendências, mas para organizar o que servirá de matriz para o indivíduo adulto, concebendo a entidade familiar como o ambiente da efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à educação, ficando atribuída aos adultos a tarefa de zelar pelo seu cumprimento.

Explicitado assim a função da família, ressalta-se a violência intrafamiliar como interceptora do desenvolvimento da espécie humana salutar, uma vez que impede ou dificulta o desenvolvimento humano mental pleno.

Este tipo de violência trata-se comumente de uma relação assimétrica de poder, freqüente nas relações interpessoais familiares, em uma expressão de distribuição desigual de poder entre homens, mulheres, jovens e crianças. A extrema desigualdade de renda, a sobrecarga de preocupações e tensões, a não aceitação da opção sexual de um filho, também são veículos contributivos da propagação da violência intrafamiliar. Sua gravidade é incontestável, pois constitui um fenômeno de grande complexidade, contraditório e de difícil diagnóstico e intercepção.

Barcellos (2006) esclarece que várias questões de natureza histórica social, cultural, religiosa, e pessoal surgem obscurecendo a compreensão da violência intrafamiliar e seu reconhecimento pelos integrantes da família e da sociedade. Tais questões foram, no decorrer da construção cultural em nossa sociedade, ganhando força e legitimidade, estabelecendo-se uma cultura onde o regimento interno de cada lar poderia ser dado por quem o provê, sem que outros pudessem interferir. Esta privacidade contribuiu para impedir a visibilidade social do

fenômeno, perpetrado no interior do lócus família, podendo trazer conseqüências físicas e emocionais graves aos envolvidos.

A dificuldade de precisar dados concernentes à violência intrafamiliar se inicia na inconcretude das informações e notificações, uma vez que esta é perpetrada no interior dos lares e sua externalização assume caráter contraditório, seja pela incerteza da intervenção, por medo, ou por receio que terceiros assumem, ao lidar com tais famílias, encontrando nas “particularidades” das mentes humanas, barreiras à sua exposição. Para o MS, compatibilizar os dados das distintas fontes é, muitas vezes, impossível, na medida em que os indicadores são utilizados sem a precisão de sua origem, de seus referenciais conceituais e de suas metodologias adotadas. Além disso, há uma desarticulação entre os órgãos produtores de estatísticas oficiais e aqueles encarregados da elaboração e execução de políticas sociais (BRASIL, 2005).

Minayo (2010) corrobora com o descrito no parágrafo supracitado enfatizando que infelizmente os indicadores que retratam este tipo de violência encontram forte barreira em sua solidificação por problemas relacionados à descoberta e notificação dos casos, por exemplo: como identificar crianças, mulheres e idosos que são violentadas? Como estabelecer uma vigilância à violência que ocorre dentro de casa, se esta é um lugar particular e privado? Apesar dos problemas e da precariedade dos dados, sabe-se que é bastante elevado o número de famílias que convivem com a dada realidade.

Outro fator responsável pela invisibilidade do fenômeno refere-se ao que Azevedo; Guerra (1999 *apud* BARCELLOS, 2006) denominam de reticências psicológicas, ou seja, um olhar da comunidade, ou do profissional carregado de suas próprias crenças, preconceitos, experiências pessoais, mitos familiares e ou sociais frente ao fenômeno da violência que fazem emergir sentimentos diversos e por conseqüência, fortes reações pessoais tais como: indiferença, incômodo, ódio (contra o agressor), pieguice, fuga, negação ou até mesmo aceitação e satisfação.

Assim, a violência intrafamiliar, é concebida como uma problemática social constante, cujas inúmeras conseqüências e sequelas preocupam gradativamente a sociedade contemporânea, que ainda perpetua costumes e relações hierarquizados secularmente.



Este tipo de violência aparece como problema social desde registros bíblicos com a disputa fratricida e morte de Abel por Caim (Gn, 4, 8-9)<sup>6</sup>, evidenciando a convivência da sociedade humana com as perenes disputas de poder, inveja, raiva, ódio e aniquilamento dos outros, mesmo familiares.

Apoiada na lei Mosaica<sup>7</sup> o apedrejamento da mulher adúltera, servia como lição de bons costumes para as demais, oportunizando ao marido traído a “justiça”. Santos e Salgado (2012) também exemplificam histórias de violência intrafamiliar nas civilizações antigas; na Fenícia crianças eram queimadas vivas pelos seus próprios genitores e oferecidas aos deuses; no Egito Antigo, ocorria anualmente o afogamento de uma criança do sexo masculino no rio Nilo; na China e Havaí os pais jogavam seu quarto filho as feras, como uma forma de controle de natalidade.

Ainda atualmente a Lei do Irã permite ao marido que encontrar sua mulher tendo relações sexuais com outro homem, matá-la; a lei também orienta que toda mulher comprovadamente adúltera deva ser apedrejada até a morte (OLIVEIRA, 2012).

Martins e Ferriani (2008) ao discutirem as relações de poder e de autoridade estabelecidas nas famílias salientam que um dos atributos básicos da família ainda é o domínio de poder e autoridade masculina, mesmo quando este deixa de ser o único provedor doméstico, sua autoridade permanece.

Para Roque, Ferriani e Ubeda (2008) em decorrência do conflito familiar, provocado na maioria das vezes, pela violência masculina ou pela violência construída no âmbito das relações sócio educacionais, emerge na família um conjunto de práticas violentas com novos atores, isto é, o companheiro, pais/padrasto - madrasta, irmãos e filhos que deveriam unir

---

<sup>6</sup> Livro de Gênesis, capítulo 04, versículos de 08 a 09, versa sobre a inveja de Caim, quando ele e seu irmão, Abel, trouxeram oferendas a Deus e, Este voltou os olhos para as oferendas de Abel, que trouxe primícias das ovelhas que cuidava. Caim por sua vez, cuidava da terra e do plantio, trouxe frutos comuns, não os melhores, os quais, não foram da mesma forma apreciados por Deus.

<sup>7</sup> Termo frequentemente utilizado na Bíblia para designar a Lei de Moisés. É composta por um código de leis formado por 613 disposições, ordens e proibições. Segundo teólogos, há duas partes distintas na lei mosaica: a lei de Deus, promulgada sobre o monte Sinai, e a lei civil ou disciplinar, estabelecida por Moisés; uma é invariável; a outra, apropriada aos costumes e ao caráter do povo.

esforços e cuidados para a proteção da família, tornam-se elementos perpetradores do processo da violência dentro dos lares e muitas vezes o extrapolam.

Brandão (2006) informa que a repercussão dos conflitos conjugais, ganha relevo nas narrativas femininas: a reprodução doméstica ameaçada, filhos traumatizados, revoltados ou com dificuldades no desempenho escolar, dificuldades no exercício das atividades profissionais ou na obtenção de empregos, cristalizando o fenômeno como fator desencadeador de outros tipos de comportamentos violentos, o que reproduz uma violência na sociedade facilmente observada desde as descabidas discussões no trânsito que podem resultar em mortes incontestavelmente desnecessárias, até grandes tragédias, como é o Caso Realengo<sup>8</sup> recentemente exposto por toda mídia nacional.

Desta forma nos parece que quanto mais cometemos e legalizamos a violência, quanto mais a praticamos ou somos coniventes com suas práticas, ela acaba retornando à sociedade, com um requinte de superação e crueldade surpreendente.

#### **4.4 A Violência intrafamiliar contra a mulher**

Em se tratando de mulheres, a última década é fundamental à elucidação do combate a violência intrafamiliar neste público, o qual se estima ser o segundo mais atingido pela violência intrafamiliar, ficando atrás somente das crianças. Desde a organização do movimento feminista que data da segunda metade dos anos 60, inicialmente nos EUA, logo se expandindo a muitos outros países, inclusive para o Brasil, a mulher trava uma luta constante pela igualdade de direitos e liberdades, entretanto, em nosso país, foi à legalização de uma lei que evidencia a diferenciação entre os sexos, que a mulher encontra amparo jurídico necessário à sua proteção.

A lei Maria da Penha surge em 2006, como forma de homenagear a farmacêutica que dá nome a lei, por sua incansável busca por justiça. Maria da Penha sofreu uma tentativa de assassinato com um tiro disparado por seu então marido, o que a deixou paraplégica, dias após a primeira tentativa de homicídio, ele tentou eletrocutá-la, fato que foi comprovado judicialmente.

---

<sup>8</sup> Nome como ficou conhecido o assassinato de doze crianças em uma escola pública no bairro de Realengo, Rio de Janeiro, em abril de 2011 quando um jovem com história de vitimização por bullying disparou incontáveis tiros dentro do colégio.

Contudo, mesmo após a condenação, seu marido não foi preso, o que a fez denunciar o Brasil a Organização dos Estados Americanos (OEA). O país foi condenado pela Comissão Interamericana de Direitos Humanos da OEA a pena de um pagamento equivalente a U\$ 20,000 em favor de Maria da Penha, além de ser determinado a criação de uma legislação específica à fim de coibir a violência doméstica e intrafamiliar contra a mulher. A OEA entendeu que o Brasil foi negligente, por não punir devidamente o agressor, constatando descaso aos crimes cometidos contra as mulheres (BRASIL, 2011).

A lei determina também a criação de uma rede de proteção que envolve um conjunto articulado de ações da União, Estados, Distrito Federal, e Municípios, bem como de ações não governamentais, que prestam suporte às mulheres vítimas de violência doméstica e intrafamiliar. Brasil (2011) esclarece ainda que, esta surgiu não como uma forma de valorizar um sexo em detrimento do outro, mas como alternativa para diminuir a desigualdade estatisticamente comprovada da violência contra a mulher, significando um dos maiores avanços no combate à violência contra a mulher no país.

A violência intrafamiliar contra a mulher tem sido objeto de grande preocupação em inúmeros países, sobretudo na América Latina, onde estudos indicam uma elevada prevalência. Assim, por revelar números cada vez mais significativos, esta forma de violência é apontada como uma constante de proporção extremamente danosa, que ocasiona graves consequências à saúde da população feminina e contribui para os altos índices de mortalidade feminina e materna. Essa agressão reflete um padrão de abuso contínuo que pode resultar em consequências severas que abrangem diversas dimensões, desde prejuízos físicos, até impactos psicológicos e comportamentais, como depressão, ansiedade, dependência química e farmacológica, ou ainda casos mais severos como tentativa de suicídios e óbitos (OMS, 2002).

Segundo Silva (2009), informes da OMS indicam resultados de estudos em larga escala nos quais 10% a 50% das mulheres referem ter sofrido abuso físico por seu parceiro íntimo; os estudos de base populacional reportam que entre 12% e 25% das mulheres, em algum tempo das suas vidas, foram forçadas por seus parceiros íntimos ou ex-parceiros, a ter relações sexuais indesejadas.

A OMS em colaboração com outros organismos internacionais realizou entre os anos de 2000 e 2003, uma pesquisa de base populacional a fim de investigar a prevalência da violência

perpetrada pelo parceiro, em 15 capitais ou grandes cidades e regiões de províncias distribuídas em dez países (Bangladesh, Brasil, Etiópia, Japão, Namíbia, Peru, Servia e Montenegro, Samoa, Tailândia e República Unida da Tanzânia entre outros). O estudo envolveu 24.097 mulheres com idade entre 15 a 49 anos e as prevalências de violência física ou sexual sofrida nos últimos doze meses e perpetrada pelo parceiro íntimo variaram de 4% a 54%. No Brasil, a pesquisa encontrou prevalência de 9,8% na cidade de São Paulo e 14,8% na Zona da Mata de Pernambuco (JANSEN *et.al.*, KRONBAUER; MENEGHEL, 2004).

Os maus tratos e abusos cometidos contra as mulheres brasileiras apresentam uma extensão significativa. Pesquisa realizada pela Fundação Perseu Abramo com 2.502 mulheres em 187 municípios de 24 estados das 5 macrorregiões brasileiras, em 2004 apontou que uma em cada cinco mulheres brasileiras (19%) declarou espontaneamente que sofreu violência por parte de algum homem (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Dado significativo do mesmo estudo revela que um terço das mulheres (33%) admitiu ter sido vítima de violência, em algum momento de suas vidas. No conjunto das entrevistadas, 11% declararam ter sofrido espancamento com cortes, marcas ou fraturas e 8% foram ameaçadas por armas de fogo. A partir dos dados, a pesquisa fez uma projeção da taxa de espancamento (11%) para o universo investigado (61,5 milhões), indicando que pelo menos 6,8 milhões de mulheres foram espancadas. O marido ou parceiro foi o agressor freqüentemente apontado numa variação de 53% e 70% das ocorrências em qualquer modalidade de violência pesquisada, excetuando-se o assédio. Constatou-se, também, que as mulheres raramente fazem denúncias públicas e, em quase todos os casos de violência, mais de 50% não procuram ajuda (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Outro estudo ocorrido no Brasil, conduzido em 2010 estima que 2,1 milhões de mulheres já sofreram espancamentos graves, havendo, ainda, uma média de 175 mil mulheres agredidas por mês ou quatro por minuto (VENTURI *et. al.*, 2010).

O Informe Geral do Grupo Parlamentário Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI) para América Latina e Caribe (2005) traz dados importantes acerca da violência contra a mulher perpetrada pelo parceiro. Este evidencia dados disponíveis de 15 países, onde, 69% das mulheres pesquisadas foram abusadas fisicamente por seus parceiros e 47% delas tiveram pelo menos uma agressão sexual durante a sua vida.

No Chile, uma pesquisa realizada pelo Serviço Nacional da Mulher e pelo Centro de Análise de Políticas Públicas da Universidade do Chile, ocorrida na região metropolitana em 2001, revelou que 50% das mulheres pesquisadas foram vítimas de violência no relacionamento. Na Costa Rica, na região de São José, 75% das entrevistadas, admitiu sujeitar-se a violência psicológica e 10% a física. No Peru, o Instituto de Estatísticas Nacionais realizou pesquisa com mulheres casadas ou em coabitação, revelando que 41% destas foram agredidas fisicamente por seu marido ou parceiro, 34% foram agredidas psicologicamente e 25% sofriam constantes ameaças (KLEINSCHMIDT, 2005).

Para Oliveira (2007), embora os dados epidemiológicos achados não se configurem em dados absolutos aptos a fornecer um mínimo de variáveis necessárias à descrição analítica do fenômeno, elucidam parte dos maus tratos aos quais as mulheres são submetidas ao longo da história, tendo seus direitos postos em pauta por todo o mundo, mesmo após o século XX, quando as mulheres foram reconhecidas enquanto cidadãs de direito.

Infelizmente a cultura da supervalorização masculina ainda é sustentada em diferentes sociedades contemporâneas, exemplo disso, ocorre no Irã, onde a vida de uma mulher vale legalmente a metade da vida de um homem, assim como seu testemunho perante um juiz sobre qualquer assunto. Para elas é proibido o divórcio por livre vontade, além de só manterem a custódia dos filhos até os sete anos de idade (OLIVEIRA, 2012).

A mesma autora complementa ainda que, considerando o comparecimento perante um julgamento por qualquer assunto, uma mulher deve testemunhar em dupla, para que sua palavra tenha valor jurídico. A maioria para ser condenado e executado também apresenta consideráveis diferenças legais para os sexos, segundo o centro de direitos humanos iraniano. Os homens têm que ser maiores de 18 anos para poderem ser executados, enquanto basta que as meninas tenham completado nove anos. Essa última diferença de tratamento, porém, não está propriamente na lei. As “fatwas” (decretos religiosos), ditadas pelos aiatolás, têm um valor legal superior, e podem permitir executar meninas com essa idade.

Importantes eventos discutiram a condição feminina, como a Convenção Interamericana de 1948, a Convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher em 1979, a Declaração das Nações Unidas sobre a Erradicação da Violência contra as Mulheres em 1993, Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a

violência contra a mulher em 1994, o que cada vez mais suscitou interesse de estudiosos para investigar este tipo de violência. A violência contra a mulher foi reconhecida de tamanha importância que a ONU concluiu a necessidade de obterem-se dados precisos que possibilitem a compreensão da raiz e magnitude do problema, para assim entender as suas causas e conseqüências, bem como orientar medidas preventivas e de combate a tal violência.

Nesse sentido, Vieira *et. al.* (2009) referem que o Estado brasileiro, na tentativa de alinhar apelos e recomendações de conferências e convenções internacionais elaborou, em 2004, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorporou em suas ações prioritárias a promoção da atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência.

Assim, ainda em tempos atuais faz-se necessário a efetivação de uma legislação e um sistema de garantias voltado à proteção do sexo feminino frente à violência de gênero por ele sofrida. Movimento este, iniciado com as Delegacias Especial de Atendimento à Mulher (DEAM), implantada primeiramente em São Paulo, em 1985 se expandindo posteriormente ao restante das regiões do Brasil, mas ainda hoje mal distribuídas, e, fortalecido em 2006, com a Lei n.11.340/2006 também conhecida como Lei Maria da Penha (OLIVEIRA, 2007; BRASIL, 2002b).

#### **4.5 Desafios ao cuidado em saúde: uma questão de gênero?**

Para Albuquerque e Melo (2010), o termo cuidado em saúde tem uma interpretação pouco precisa, uma vez que é utilizado em diferentes contextos, Silvestre (2011) esclarece que o cuidado em saúde pressupõe uma relação entre duas pessoas, resultando na transformação do sofrimento, da insegurança, através da necessidade satisfeita de quem sofre por “aquele” legitimado para tal mudança.

Pinheiro e Mattos (2008) referem que a origem da prática de cuidar teve início restrito ao espaço doméstico, privado, particular. Desde a Grécia Antiga identifica-se que a prática do cuidar vem sendo exercida no interior das famílias, e sua realização demandava um saber prático adquirido no fazer cotidiano, passando, assim, de geração a geração, sendo um dos mais antigos instintos do homem e vital a sua sobrevivência humana, acompanha a vida desde o princípio. Tornando-se dessa forma imprescindível tanto na higidez como na enfermidade e

morte, representando o estímulo de gozar a vida, satisfazendo as carências humanas de relacionamento (BOFF, 2008).

Boff, (2008) considera o cuidado uma atitude enobrecedora e reveladora do ser humano. Para ele, a essência humana não se localizaria na inteligência, na liberdade ou na individualidade, mas basicamente no cuidado. O cuidado seria o suporte real da criatividade, da liberdade e da inteligência. Como os gregos, o autor entende que o cuidado é companheiro permanente do ser humano. Horácio (*apud* BOFF, 2008), em uma perspectiva de que o ser humano nunca deixará de amar e de se desvelar por alguém. Se não receber cuidado do nascimento até a morte, o ser humano morre e se não cuidar de tudo que empreender, destrói a si mesmo e a tudo em volta. Pelo fato de ser essencial, o cuidado não pode ser descartado e se vinga sempre quando não cuidamos em qualquer nível Boff (1999 *apud* CARVALHO, 2007).

Partindo-se filosoficamente das raízes etimológicas da palavra cuidado, que tanto revelam seu sentido relacionado ao raciocínio, como também seu uso com o sentido de benefício de algo ou alguém por quem se tem amizade ou amor. Cuidado literariamente pode expressar cautela, atenção, desvelo ou responsabilidade por alguém ou alguma coisa (como verbo transitivo direto). Enquanto adjetivo pode ser definido como algo que foi pensado, refletido, calculado (ROCHA, 2012). O verbo “cuidar” corresponde ao latim cogitare, que denota imaginar, pensar, meditar, cogitar, julgar e supor. Já como verbo transitivo indireto, “cuidar” tem o sentido que mais usamos, ou seja, “cuidar de” significando zelar por algo ou por alguém (FERNANDES, 2010).

Ter cuidado implica, portanto em estar atento, usar a atenção sobre algo ou alguém, que pode ser a própria pessoa. Com base em tais definições clarificamos que em qualquer um dos sentidos a palavra “cuidado” expressa um caráter intelectual e merece destaque, já que se contrapõe ao entendimento comum, de que o cuidado seja atividade afetiva e que constitua uma capacidade da natureza feminina.

Entretanto, Pinheiro e Mattos (2008) explicitam que o cuidado era uma tarefa predominantemente feminina desde a antiguidade. Quem cuidava da casa dos filhos, dos escravos e doentes eram as mulheres. Em um determinado momento da história, esta realidade passou a ser concebida como profissão de mulheres e para mulheres, sobretudo na saúde, destacando-se a enfermagem, como a profissão que mais incorporou a prática do cuidar como campo de domínio

próprio. Logo, esclarece-se porque a prática de cuidar está histórica e culturalmente conectada ao feminino, pois, ao longo dos anos, essa atividade esteve atrelada à trajetória desenvolvida pela mulher nas sociedades ocidentais modernas. Por outro lado, a prática de pesquisar, ou seja, de criar novos conhecimentos, historicamente, tem sido concebida como prática masculina. Vemos nesta concepção uma expressão da divisão social e sexual do trabalho, na qual a sociedade ainda delimita limites em que podem operar a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que se espera serem ocupados por homem (PINHEIRO; MATTOS 2008).

Nesse pressuposto de relativização do cuidado delegado as mulheres, os homens foram cada vez mais se distanciando do exercício do cuidado, fato que pode facilmente ser percebido inclusive por políticas públicas que evidenciam um cuidado relacionado fundamentalmente a mulheres e crianças, quase que excluindo o homem ou a saúde deste à sua responsabilidade.

Esta problemática, sustentada também por uma questão cultural necessita ser refletida e transformada, no entanto, para Geertz (1989 *apud* OLIVEIRA, 2007) sendo o homem um animal preso as teias da cultura que ele próprio teceu, facilmente encontramos em tempos atuais inúmeros paradigmas formados culturalmente que orientam as mais diversas áreas do comportamento humano, determinando desde empregos, profissões, papéis ou até mesmo, felicidade por mais subjetiva que esta possa ser.

A cultura da diferenciação entre os gêneros, sobressaltada desde a antiguidade, pode ser responsabilizada por conflitos resultantes das desigualdades de valor e poder nestas relações. Schraiber *et al.* (2009), corroboram evidenciando que tais questões, não são estruturais de um indivíduo ou de uma dinâmica familiar, mas dependentes de aspectos processuais de como as relações são construídas e da cultura vigente, nas distintas atribuições sociais de homens e mulheres constituintes das relações de gênero em cada sociedade.

Aquino (2006) informa que durante muito tempo, as diferenças entre homens e mulheres foram naturalizadas, com base em teorias biológicas pretensamente neutras. Muitos autores têm buscado mostrar que isso resulta de concepções de gênero, nas quais o homem é considerado modelo universal do humano e a mulher como outro, especial, desviante. Para Scott (1993) gênero pode ser definido como:



Um elemento constitutivo de relações sociais fundadas sobre as diferenças percebidas entre os sexos e gênero é um primeiro modo de dar significado às relações de poder. A palavra indica uma rejeição ao determinismo biológico implícito no uso de termos como sexo ou diferença sexual (SCOTT, 1993,p.41 *apud* OLIVEIRA, 2007, p.31).

Assim, gênero enfatiza a construção social do feminino e do masculino. Beauvoir desde a década de 50 esclarece: “Não se nasce mulher, torna-se mulher”. O que tem um surpreendente avanço nos anos 80 e 90 é o refinamento e a complexificação desta idéia proporcionada pela ampliação de seu uso nos mais diversos campos de estudo. Para Aquino, (2006) a superposição de conceitos e teorias mistura termos como mulher, gênero, feminino e feminista, os quais têm significados muito distintos: Uma “mulher” é um indivíduo específico; “gênero” denota relações de poder entre os sexos e refere-se tanto a homens quanto a mulheres; “feminino” refere-se a maneirismos e comportamentos idealizados das mulheres em um lugar e época específicos que podem também ser adotados por homens; e “feminista” define uma posição ou agenda política.

Oliveira (2007) explica o uso de “gênero” como um sistema de relações que podem também incluir o sexo, mas que não é determinado por ele nem determina diretamente a sexualidade, com isso evidencia-se tal qual, uma maneira de indicar as construções sociais (criação social das idéias sobre que papéis homens e mulheres devem assumir). Desta forma, gênero é definido como uma interseção entre as proposições constitui um elemento de relação na sociedade que se embasa nas diferenças percebidas entre os sexos, sendo uma das primeiras formas de evidenciar as relações de poder.

Assim, com os papéis de homem e mulher delimitados pelo gênero, é que se introduz aqui uma discussão sobre o cuidado como potencial e primícias inerentes a natureza humana.

O significado denotativo da palavra cuidado, como vimos, vai ao encontro mais de uma racionalidade mental, que de uma atividade afetiva, sendo, portanto, atributo pertinente a ambos os sexos e não uma característica específica a um deles. Contudo, a sociedade exerce grande influência sobre como deve se dá a prestação do cuidado e, quem deve exercê-lo, atribuindo esta responsabilidade a mulher. Os estudos de Carol Gilligan, considerada referência obrigatória como precursora do debate sobre cuidado e gênero, canalizam seu foco nas discussões sobre as diferenças entre homens e mulheres e discute se estas devem ser minuciadas (tendência

minimalista<sup>9</sup>) ou maximizadas (tendência maximalista) apontam um interesse crescente pelo tema. Autoras feministas apresentam definições de cuidado comumente relacionadas a uma maneira de ser feminina. Ricks (1992 *apud* MONTENEGRO, 2003) esclarece que o cuidar na perspectiva feminista é de alguma forma diferente, tendo algo a ver com ser mulher, e está de algum modo incrustado em uma estrutura diferente de valor feminista.

Dentro dessa perspectiva, do cuidado esta inerente à mulher é que os homens vão se distanciando cada vez mais dessa necessidade humana, concretizando-se nos papéis assumido por eles, como “durões”, alimentando-se na ausência de se autocuidarem ou não demonstrando capacidade de oferecer cuidados a outros, mas ao contrário, fortalecendo a idéia de “superioridade”, que de nada devem cuidar. As profissões ditas masculinas podem evidenciar este paradigma. Enquanto as mulheres exercem predominantemente profissões de cuidado (muitas tendenciosas por motivações altruístas), que usufruem de pequeno prestígio social e econômico, os homens seriam motivados pelas possibilidades de ganhos materiais e de carreira, fortalecendo a idéia de principal provedor.

Para Montenegro (2003), apesar da simbologia e do quão tal tensão paradigmática é enobrecedora, a dedicação ao cuidado também pode ser interpretado como um fator definitivo para a manutenção e perpetuação da posição de inferioridade das mulheres na sociedade, por arrefecer seu poder e desestimular sua autonomia e realização pessoal. Nessa interpretação, a desvalorização social das profissões de cuidado resultaria justamente do grande número de mulheres que as executam.

A luta pela igualdade de direitos e deveres entre mulheres e homens, apresenta grande repudia aos diferentes contextos de discriminação, sem deixar de notar que, apesar dos arranjos individuais, de resistência e acomodação, bem sucedidos ou não, as desigualdades entre sexos permanecem. Neste contexto, em que o respeito não é suficiente para equilibrar as relações entre homens e mulheres, governos também devem cuidar dessa divergência a fim de evitar os

---

<sup>9</sup> A produção acadêmica feminista da diferença entre os gêneros foi dividida por Janis S. Bohan em duas grandes tendências: a minimalista e a maximalista. Essas linhas gerais de pensamento independem de opções teóricas particulares. A minimalista surge no final da década de 1960 opondo-se às tendências essencialistas em psicologia, dominantes até então, e concentra-se no tema do direito e da igualdade entre homens e mulheres. A tendência maximalista surge na década de 1980, e volta a ressaltar as diferenças. Porém, agora, contrariamente aos anos anteriores, a diferença surge como uma qualidade que engrandece as mulheres (MONTENEGRO, 2003).

inúmeros embates advindos dessa desigualdade. As injustiças vão desde a diferença salarial entre homens e mulheres que exercem os mesmos cargos até a manifestação cultural e física da violência que há muito vimos discutindo. Não é a toa que em todo o mundo a questão da violência de gênero tornou-se comumente utilizada para designar a violência que ocorre contra a mulher.

Com base na explicação da violência intrafamiliar em um paradigma cultural, percebemos que a mulher configura-se, em sua maioria, como vulnerável, se considerarmos sua fragilidade e menor força física, além ou de outras formas de poder a qual esta é exposta. Tais conflitos ainda são interiorizados no campo da saúde, todavia seu reconhecimento é importante, pois atuam como obstáculos ao agir científico e profissional, mesmo quando não estejam claros para pesquisadores, formuladores e gestores da política ou para os profissionais dos serviços de saúde (SCHRAIBER *et al.*, 2009).

Sendo o cuidado um produto de trabalho mental que envolve planejamento e execução de ações voltadas para o benefício de alguém ou de algo, ser cuidadoso é, portanto, trabalhar com atenção sobre as necessidades de uma pessoa, um grupo, uma sociedade ou uma situação, não se limitando à sua prestação, a um caráter feminilizado, mas encontrando entrave nas amarras culturais da sociedade que distanciam o homem do próprio cuidado, fazendo com que estes sejam minoria em serviços de saúde e maioria em óbitos, sobretudo de causas externas, o que evidencia a superexposição e total falta de cuidado com a própria vida, quiçá com a vida das mulheres que o cercam. É importante enfatizar que esta afirmativa, não deva nem possa ser considerada verdade unânime, uma vez que diferentes povos comportam-se de inúmeras maneiras ao longo da história. E, sendo o cuidado humano um processo de empoderamento, crescimento e realização da humanidade, acreditamos que em um futuro próximo a sociedade seja capaz de perceber a necessidade da valorização igual entre homens e mulheres sem supremacia de um em relação ao outro, onde ambos necessitam “cuidar-se” mutuamente para a preservação da vida humana digna.

Assim, o cuidado ao sexo masculino, mesmo em tempos atuais, pode ser considerado objeto recente da área da saúde, pois, somente com a necessidade da normatização de condutas para conter epidemias sexualmente transmissíveis, que em décadas anteriores tomaram grandes proporções, houve inclusão dos homens na agenda da saúde (CARVALHO, 2007).

Com intuito protecionista feminista, de proporcionar às mulheres prevenção de gravidez indesejada, e pelo estímulo de grupos de homens voltados para a reflexão da masculinidade, os homens começaram a aparecer como objeto de cuidado nos programas de ação da Conferência Internacional de População e Desenvolvimento Social, no Cairo e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, em Pequim, 1995 (ÁVILA; GOUVEIA, 1996; *apud* CARVALHO, 2007). Contudo, em tais documentos, a atenção masculina se deu em torno da paternidade responsável que se voltava apenas para o controle da concepção e não para os cuidados dos homens consigo próprios ou com a família.

A atenção à saúde do homem vem sofrendo transformações ao longo da evolução das políticas públicas. Nos últimos trinta anos surgiram movimentos a fim de integrar esforços sobre o campo das políticas públicas orientadas pelo olhar de gênero, entretanto podemos dizer que é a partir dos anos 90, que a temática “homem e saúde”, vem se consolidando com um enfoque diferenciado, evidenciando que a saúde do homem ainda carece de melhor organização (MEDRADO *et al.*, 2010).

Especificamente no campo dos serviços, na América Latina, crescem as ações programáticas que focam o homem na questão da sexualidade, reprodução, paternidade e violência, buscando captar a participação masculina no alcance dos objetivos dessas ações. Já nos meios acadêmicos, os estudos sobre as masculinidades, desenvolvidos principalmente no âmbito das ciências sociais, vem apontando nexos entre a construção do ser masculino e o processo saúde doença cuidar.

Assim, a perpetuação de políticas de saúde voltadas a questões de gênero foi se configurando como importante para atingir diferenças que merecem ser cuidadas entre homens e mulheres, principalmente na Atenção Básica de Saúde, entendendo, entretanto, que ambos os sexos necessitam de atenção e promoção de saúde, além de trabalhos que estimulem a prevenção de doenças.

Atualmente, importante discussão tem sido suscitada entre pensadores e gestores da saúde acerca da importância do envolvimento masculino no cuidado à saúde. Estas, no entanto, encontram sério entrave à sua efetivação, com relação ao adulto jovem, visto que se começa a por em cheque a própria organização da Estratégia Saúde da Família, seja pela funcionabilidade delimitada em horários que comumente tal população encontra-se trabalhando, seja pelo excesso

de “feminização” e infantilização dos serviços (a grande maioria apresenta inúmeras fotos de mulheres e crianças, maior parte das funcionárias mulheres, entre outros) ou mesmo por uma questão cultural em que se aprende desde cedo que homem não tem tempo para “besteiras”, associando-se a ausência dos homens ou sua invisibilidade, nesses serviços, a uma característica da identidade masculina relacionada a seu processo de socialização (MEDRADO *et al.*, 2010).

Nesse caso, a identidade masculina estaria associada à desvalorização do autocuidado e à preocupação incipiente com a saúde. Por outro lado, no entanto, afirma-se que, na verdade, os homens preferem utilizar outros serviços de saúde, como farmácias ou prontos-socorros, que responderiam mais objetivamente às suas demandas (FIGUEIREDO, 2005).

O mesmo autor ainda explicita que precisamos compreender o problema da ausência dos indivíduos do sexo masculino aos serviços de ABS no contexto de uma complexa teia de relações que envolvem dimensões que interagem entre si, como: os homens na qualidade de sujeitos confrontados com as diferentes dimensões da vida; os serviços na maneira como eles se organizam para atender os usuários considerando suas particularidades; e os vínculos estabelecidos entre os homens e os serviços e vice-versa.

Quando recorremos aos dados sobre populações, observamos em diversos estudos que, em geral, os homens vivem menos que as mulheres, como nos mostram os indicadores de morbidade dos serviços e de inquérito populacional.

Eles morrem mais em números absolutos e mais precocemente que a população feminina. Laurenti, Mello Jorge e Gotlieb (2005) apresentam achados que corroboram com tal afirmativa, seus estudos a partir de dados de vários países das Américas, revelam que os homens tinham, em todos os países estudados, uma expectativa de vida ao nascer sempre menor quando comparada à das mulheres. Também as taxas específicas de mortalidade por faixa etária apontam para uma sobremortalidade masculina em todos os grupos etários. Portanto, os diferenciais de indicadores de mortalidade entre os sexos mostram uma situação de saúde desfavorável para os homens que precisa ser mais considerada e enfrentada pelos serviços de saúde.

A própria Política Nacional de Saúde do Homem, só foi lançada recentemente, em agosto de 2009, com o objetivo de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde, como uma resposta à observação de que as doenças que afetam o sexo

masculino também constituem um problema de saúde pública que vem aumentando gradativamente. A cada três mortes de pessoas adultas, duas são de homens.

Outra dificuldade para o cuidado em saúde pode ser evidenciada por meio da grande transformação epidemiológica que o país vem sofrendo nas últimas décadas, o que resulta em recentes mudanças em relação às demandas e necessidades da população com o crescimento da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde em um contexto de pressão por otimização das relações de custo-eficiência, aumento da resolutividade e investimento no setor de prevenção de agravos (ALMEIDA *et al.*,2010).

Silva Júnior, Merhy e Carvalho, (2007), esclarece que o conjunto dos atos adotados pelos profissionais nos serviços de saúde configura um tipo de cuidado evidenciado de diferentes maneiras: hora como atos de ações individuais e coletivas, hora como abordagem clínica da problemática da saúde. Tais ações conjugam saberes e práticas implicados com a construção do cuidar em saúde conformando os modelos de atenção à saúde, elegendo dessa forma a ESF como maior produtor do cuidado no país.

Atualmente, a produção do cuidado no setor da saúde, requer uma reflexão quanto aos seus determinantes e condicionantes, com acesso em todos os níveis de atenção, desde a promoção, prevenção, vigilância, assistência até a reabilitação e cura. Assim, surgiram as Linhas do Cuidado Integral, como uma proposta de organização da rede de saúde a fim de ofertar um cuidado minucioso ao usuário. Para Franco e Franco (200?) a Linha do Cuidado Integral pode ser expressa como uma espécie de imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É uma espécie de itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social, permitindo não só a condução oportuna dos pacientes pelas diversas possibilidades de diagnóstico e terapêutica, mas também uma visão global das suas condições de vida.

Brasil (2008) explica as Linhas do Cuidado Integral como políticas de saúde matriciais que integram ações da cadeia de produção da saúde, voltadas para as necessidades individuais ou de coletivos. Explicitando desse modo a preocupação do setor saúde em melhorar o cuidado prestado à saúde da população.

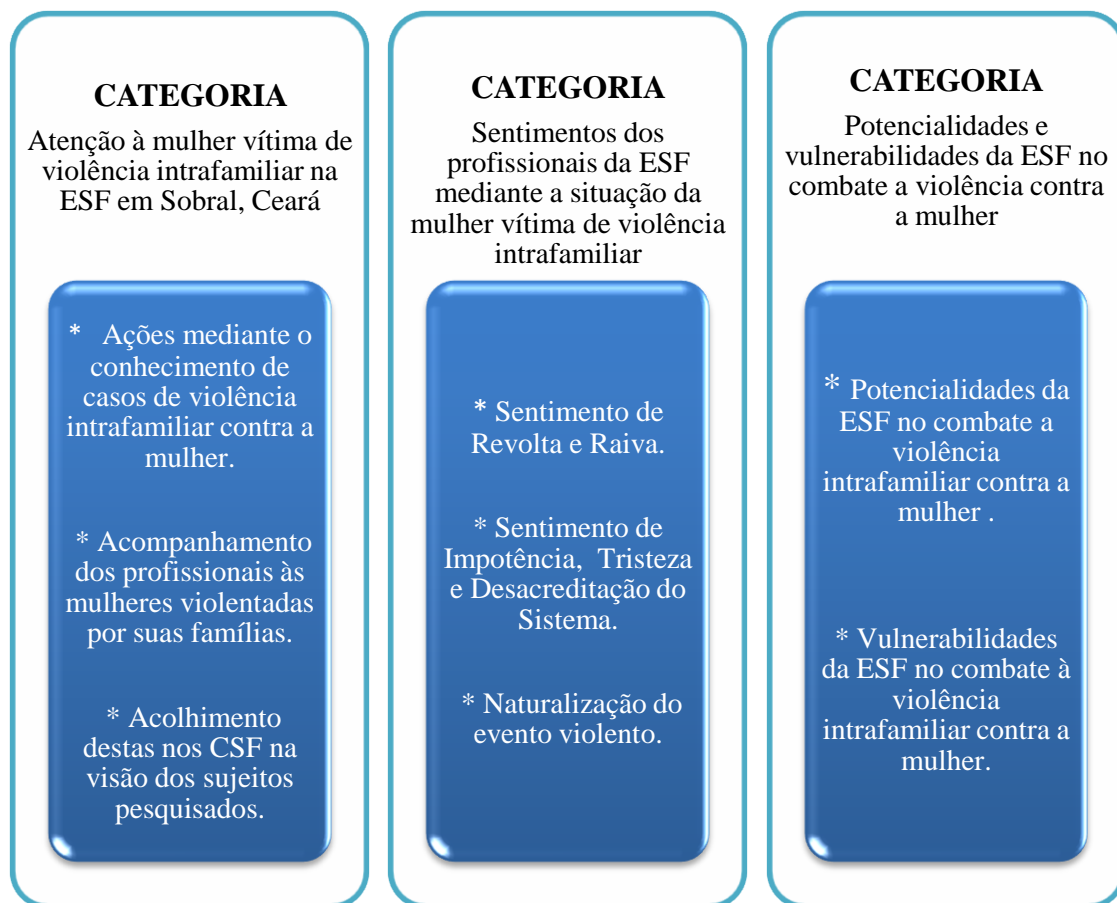
Embora transformações neste setor estejam sendo concebidas, Silva Junior, Merhy e Carvalho (2007) chamam atenção para como o tema saúde é lembrado pelos brasileiros como uma das questões mais importantes da atualidade, ao mesmo tempo em que também se registra nesta área, a percepção de desproteção do homem. O paradoxal desta história, é que não são raros os estudos e reportagens que mostram os avanços científicos, em termos de conhecimentos e de soluções, em torno dos problemas que afetam a saúde das pessoas. Desta maneira, refletimos se os avanços tecnológicos, realmente nos ajudam a cuidar. Pois a necessidade de recursos cada vez mais avançados, específicos e de alto custo para o fechamento de um diagnóstico pode também em efeito inverso nos distanciar do cuidado em saúde.

## 5. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos os discursos dos sujeitos dispostos em categorias organizadas por paradigmas semelhantes acerca das questões norteadoras. Sublinhamos que preservamos a integridade dos discursos apreendidos por ambas as unidades de análise e as dispomos em seus grupos, preservando sua categoria profissional.

Deste modo, após leitura exaustiva das informações coletadas emergiram três grandes categorias comuns as duas unidades de análise, apresentadas na figura seguinte com suas respectivas subcategorias:

**Figura: 03 - Categorias e subcategorias de análise que emergiram do discurso dos enfermeiros e agentes comunitários de Saúde, da ESF, Sobral, Ceará, 2013.**



Fonte: Construído pelas autoras (2013)

Para preservarmos a organização e disposição dos sujeitos em sua categoria profissional, optamos por diferenciar as unidades de análise com as letras iniciais do alfabeto,



recebendo letra a as subcategorias que apresentavam os discursos dos enfermeiros e letra b as subcategorias que apresentavam os discursos oriundos dos ACS.

Para fins de aproximarmos mais o leitor da realidade estudada, optamos por iniciar este capítulo com uma breve contextualização da ESF em Sobral, Ceará, que se entrelaça com a caracterização dos sujeitos estudados.

### **5.1 Caracterização dos sujeitos do estudo e descrição do sistema de saúde**

De acordo com Coelho e Andrade (2004) os agentes comunitários de saúde de Sobral iniciaram suas atividades no município em 1992, com a contratação de 87 agentes comunitários de saúde, contudo, sua atuação ganhou maior visibilidade quando o município reorganizou o tipo de atenção à saúde prestada à população com a operacionalização da Estratégia de Saúde da Família; esta funciona através de equipes de saúde da família que, a medida do necessário, considerando a resolutividade, encaminham os usuários aos níveis mais complexos de atenção à saúde (serviços secundários e terciários). O agendamento destas consultas/ encaminhamentos é dado através da Central de Marcação de Consultas, implantada em 1998, como forma de organizar a demanda com vistas à integralidade, uma vez que Sobral é município pólo de referência da 11ª microrregião de saúde, composta por 24 municípios e 583.494 habitantes (ANDRADE *et al.*, 2004, CEARÁ, 2006).

Antes da Estratégia Saúde da Família, Sobral dispunha de um modelo de saúde hospitalocêntrico, com foco na doença, caracterizado por demanda espontânea e ações médico – curativistas, para Andrade *et al.* (2004) tal modelo, refletia negativamente na qualidade de vida da população, com baixíssima resolutividade a nível de Atenção Básica de Saúde.

Esta transição de modelos foi influenciada pela legitimação do SUS, amparado na Constituição Federal de 1988, na qual, a Saúde passa a ser responsabilidade do Estado, com descentralização da atenção às instâncias: federal, estadual e municipal, dispondo sobre a organização e responsabilidade das ações e serviços de saúde nos municípios e estados. (FALLEIROS *et al.*, 2010).

Desde então, a concepção de saúde adotada em Sobral é ampla, positiva, não se limitando à atuação do setor saúde, mas, requer o exercício de práticas intersetoriais e interdisciplinares que devem ser construídas através das contribuições de diferentes atores e áreas

de conhecimentos (ANDRADE *et al.*, 2004). Assim, a articulação dos profissionais da ABS do sistema local deve transcender as relações previamente estabelecidas em busca de ofertar maior qualidade de atenção à saúde da população.

Atualmente a ESF de Sobral, Ceará é composta por 48 equipes de Saúde da Família, nestas incluem-se: 38 equipes de Saúde Bucal, 06 equipes de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 5 equipes de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (RMSF), e 10 tutores do sistema saúde escola de Sobral, distribuídos em 28 centros de Saúde da Família e 5 Unidades de Apoio, em áreas compreendidas como territórios. Cada equipe de saúde da família acompanha 600 a 1200 famílias e garantem uma cobertura assistencial de 93,4% da população (SOBRAL, 2011).

Entendemos que distintas responsabilidades são postas aos diferentes membros das equipes de saúde da família, entretanto visualizamos nos agentes comunitários de saúde uma posição estratégica para o atendimento aos casos de violência intrafamiliar contra mulheres, uma vez que estes atuam e compartilham do mesmo cenário de vida da comunidade, podendo ser considerados desta forma, elos entre o serviço de saúde e a população. Habitando o mesmo território, tem, inclusive, melhores condições de avaliar a dinâmica da família e, muitas vezes, identificar ou presenciar situações de risco ou de violência consumada, pela própria observação ou através do vínculo que estabelecem com a clientela (FONSECA *et al.*, 2009).

A unidade de análise, constituída pelos agentes comunitários de saúde eleitos para a realização do estudo, a partir dos critérios de inclusão já descritos anteriormente contou com 11 ACS sendo 10 mulheres e apenas um do sexo masculino.

Alguns estudos como de Simões (2009) e Theisen (2004) confirmam essa tendência na predominância do sexo feminino atuando como ACS. O trabalho de Gomes *et al.* (2009) aponta inclusive as mulheres constituindo a totalidade dos ACS de seu estudo.

Esta afirmativa encontra explicação no surgimento da profissão de ACS, quando a OMS reuniu de 1974 a 1978 uma equipe em Planaltina- DF para realizar uma experiência com os auxiliares de saúde, embriões dos futuros ACS do Ceará, a fim de transversalizar conhecimentos sobre as causas das doenças mais comuns que acometiam nordestinos e goianos advindos à nova capital. Professores do curso de medicina que geriam o hospital e pesquisavam acerca das doenças de 25.000 habitantes daquela cidade satélite identificaram que a solução de muitos

problemas de saúde daquela população não estaria no hospital, mas no ambiente familiar e comunitário. Então, ajudados por assistentes sociais da Fundação de Serviço Social do Distrito Federal, prepararam uma metodologia para a capacitação dos auxiliares de saúde de Planaltina que reforçava a capacidade destes se comunicarem com as famílias, com os profissionais de saúde e com outras lideranças com quem viessem a trabalhar (LAVOR, LAVOR e LAVOR, 2004).

Após a divulgação da experiência exitosa, o Ceará criou um programa emergencial ao atendimento às vítimas de seca, em 1987, que contratou 6.000 ACS priorizando à sua contratação mulheres pobres responsáveis pelo sustento da casa que melhor se comunicavam e relacionavam com seus vizinhos. Logo depois, em 1988 a emergência foi desativada e no mesmo ano iniciou-se o Programa de Agentes Comunitários de saúde (LAVOR, LAVOR e LAVOR; COELHO e ANDRADE, 2004).

Assim, grande parte das mulheres que trabalhavam no programa inicial foi aproveitada para ACS, conferindo larga visão e comprovação da importância da participação comunitária das mulheres na melhoria dos indicadores de saúde. Igualmente, entende-se que a identificação das mulheres vítimas de violência intrafamiliar por ACS do mesmo sexo e que compartilham um contexto de vida com inúmeras semelhanças, propicie à abertura do diálogo e confiança nestas profissionais. Além disso, compreendemos que práticas profissionais, voltadas para as mulheres que vivenciam situações de violência, oferecem a possibilidade de compor elementos para a definição de políticas assistenciais de gênero no que tange ao enfrentamento da violência contra a mulher, bem como subsídios para a capacitação dos ACS para reconhecimento e intervenção em situações de violência, contribuindo para a visão crítica do seu próprio papel dentro da ESF, enquanto atores capazes de intervir no processo saúde/doença da família.

Com relação à enfermagem, escolhemos trabalhar com essa categoria porque acreditamos que ela constitua o sustentáculo da ESF, uma vez que basicamente todos os processos organizacionais, assistenciais e preventivos estão imbricados sob sua responsabilidade; além de entendermos a enfermagem como a profissão de maior aproximação com o cuidado, visto que este é intrínseco à sua formação.

O trabalho da enfermagem na ESF possibilita-nos à aproximação com o processo de viver nas interfaces com a saúde e a doença, sofrimentos e alegrias, do nascimento até a morte,

permeados por espaços institucionais ou domiciliares, onde, com olhar atento é fácil encontrar mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

Estando em constante contato com a maioria das vítimas, uma vez que são nos serviços de saúde da atenção básica, que comumente se inicia a busca de ajuda e tratamento para os prejuízos advindos da violência intrafamiliar, permite a construção de confiança e possibilita a reconstrução de caminhos e estratégias para combatê-la (FERRAZ, *et al.*, 2009).

Considerando que a enfermagem emprega maior tempo no cuidado às famílias adscritas que outras categorias; considerando que a enfermagem é rotulada como a ciência do cuidar; considerando que a enfermagem é uma disciplina de prática social, entendemos que sua percepção, cuidado e atuação frente aos casos de violência intrafamiliar contra a mulher pode exercer grande impacto sobre o modo de viver destas vítimas.

Nessa perspectiva, concebemos a profissão de enfermeiro, juntamente a de ACS, como as categorias que resguardariam maior possibilidade de efetivar à longitudinalidade do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, assim, justificamos a escolha da outra unidade de análise.

Entre os enfermeiros que compuseram nosso estudo, apresentam-se resultados semelhantes aos dos ACS quanto à distribuição dos sexos, sendo encontrado apenas um homem no total de participantes. Assim como a categoria profissional de ACS a enfermagem tem sua essência inicial em uma profissão que ofertava cuidados, associados ao trabalho feminino; na enfermagem, este era caracterizado pela prática do cuidar nos grupos nômades primitivos, tendo como pano de fundo as concepções evolucionistas e teológicas. A atividade já era identificada desde o Velho Testamento, quando mulheres, exclusivamente, cuidavam em especial de pessoas com deficiência e idosos, a fim de garantir a sobrevivência da raça humana (COFEN, 2012).

As referências concernentes a outras épocas estão relacionadas com a prática domiciliar de partos e a atuação pouco clara de mulheres de classe social elevada que dividiam as atividades dos templos com os sacerdotes (COFEN, 2012). A profissão surgiu do desenvolvimento e evolução das práticas de saúde no decorrer dos períodos históricos. A divisão social do trabalho impôs à mulher as atividades de cuidado a doentes, crianças e idosos. Logo, como o hospital era considerado espaço privilegiado para a profissionalização do trabalho

doméstico, as mulheres foram assumindo esse campo, principalmente como profissionais da enfermagem.

Algumas defensoras da profissão destacaram-se e como exímias mulheres cuidadoras, é o caso de Florence Nightingale, na Itália e Ana Nery no Brasil, fato este que elevou ainda mais a idéia do cuidado atrelado às mulheres e até hoje mantém nelas a sua maioria profissional. Desta forma, acreditamos que a possibilidade de empatia das profissionais de enfermagem com mulheres vítimas de violência intrafamiliar possa ser considerada como um fator positivo para o estabelecimento do cuidado.

Quanto ao estado civil, ambas as unidades de análise constituíram-se majoritariamente de indivíduos casados, sendo 07 ACS e 07 enfermeiros casados ou em relacionamentos estável. Para Brito (2011), a forma como se encara o trabalho, as atitudes alheias ou até mesmo as necessidades e anseios de cada um estão diretamente relacionados à vida íntima e profissional de cada indivíduo, entendendo que pessoas casadas vivenciam maior probabilidade de desenvolvimento e maturidade, considerando as adversidades e dificuldades de um relacionamento entre seres diferentes.

Compreendendo a maior parte dos sujeitos estudados pertencentes ao sexo feminino e envolvida em um relacionamento estável/casamento corroboramos com Canezin (2004, *apud* ALMEIDA, 2012), quando este descreve à submissão das mulheres no relacionamento a dois, desde a Grécia Antiga, quando os únicos direitos conferidos às mulheres eram o matrimônio e a maternidade, desta forma, o casamento representava uma componente de socialização voltada aos interesses de sobrevivência econômica e política, sendo um dever do homem, mesmo tolhido em sua liberdade, dar filhos ao estado, entretanto a responsabilidade pela manutenção deste a qualquer custo era vista pela sociedade como responsabilidade e dever feminino, uma vez que a mulher divorciada só foi reconhecida em 1977 e ainda assim como desprovida de vergonha e discriminada por todos.

Atualmente ainda vivenciamos resquícios de uma sociedade machista: Ditados populares contemporâneos como “A mulher faz o Homem” ou “A mulher leva o homem pra onde quer” reitera a responsabilidade unilateral feminina da manutenção de um relacionamento muitas vezes falido, doloroso e adoecedor. Acreditamos assim, que as profissionais casadas (maioria dos

sujeitos) envolvidas em nossa pesquisa tenham maior sensibilidade a respeito das mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

A faixa etária dos enfermeiros alcançou maior representatividade entre 20 a 29 anos, (04 sujeitos) seguida pela faixa de 50 a 59 anos (03 sujeitos) e com apenas 01 representante na faixa de 30 a 39 anos; explicamos aqui que optamos por escalonar a idade das duas unidades de análise em décadas para melhor visualização da faixa etária predominante.

Encontramos achados semelhantes, com maior prevalência dos enfermeiros da ESF pesquisados, compreendidos na faixa de 20 a 30 anos nos estudos de Rocha e Zeituone (2007), no Piauí. Santos e Castro (2009) deduzem que tais profissionais procuram a ESF por esta caracterizar na região nordeste melhores oportunidades de salários.

Consoante aos dados encontrados pelos autores supracitados, no que diz respeito à experiência profissional na ESF a maior parte do grupo de enfermeiros por nós estudado atuava de 05 a 10 anos na estratégia, coincidindo seu tempo de atuação na ESF, com o mesmo de formação. Achados revelados por Rocha e Zeituone (2007) também apresentam resultados similares aos nossos, com mais de 50% de enfermeiros atuantes na ESF apresentando mais de 04 anos de formados.

A experiência profissional advinda com a imersão da categoria de enfermagem na ESF proporciona maior desenvoltura ao indivíduo aumentando sua autonomia de resolução de problemas. Para Severino e Costa (2010) quanto mais experiência o enfermeiro tiver com a população adscrita, mais subsídios ele terá para desenvolver ações através do vínculo entre este e a equipe, compromisso e levantamento das necessidades básicas dos usuários, comunidade e família, bem como o conhecimento da área adscrita, o que irá facilitar a promoção de saúde dos mesmos.

Os ACS apresentaram maior variação no quesito faixa etária, com 04 sujeitos representativos da faixa de 30 a 39 anos, seguidos de 03 sujeitos entre 40 a 49 anos, 02 sujeitos contemplaram igualmente as faixas de 50 a 59 anos e 20 a 29 anos.

A pesquisa de Almeida (2012) que objetivou analisar a qualidade de vida e trabalho dos ACS do mesmo município por nós pesquisado encontrou faixa etária predominante de 31 a 35 anos. Temos ainda a pesquisa de Gomes *et.al.* (2009) onde a maior concentração dos ACS estudados coincidia com a mesma faixa etária de nosso estudo, entre 30 a 39 anos. Considerando

que desde 2002, com a implantação da lei nº 10.507, o trabalho de ACS passa a requerer como pré requisito o nível fundamental completo, as novas contratações para essa categoria acabam por selecionar pessoas mais novas, visto que há maior dificuldade de acesso dos mais idosos ao ensino (ALMEIDA, 2012).

Entretanto como a segunda maior representatividade dos ACS deu-se na faixa etária de 41 a 50 anos, com tempo de atuação na ESF superior a uma década, acreditamos que aumentam as chances destes profissionais, ditos experientes, para lidar com situações conflituosas como violência intrafamiliar contra a mulher.

Para contemplarmos a formação adicional dos sujeitos participantes desta pesquisa apresentamos na categoria de enfermagem 02 profissionais especialistas somente em saúde da família, 01 profissional especialista em saúde da família e enfermagem do trabalho, 01 profissional especialista em saúde da família, atenção integral a saúde do adolescente e mestrando em saúde da família, 01 enfermeiro especialista em saúde da família, especialista em profissionalização na área de saúde – enfermagem e ainda em obstetrícia, 02 profissionais especializando em saúde do adolescente e 01 enfermeiro especialista em gestão em serviços de saúde.

A pesquisa apresenta desta forma 100% dos enfermeiros estudados especialistas ou especializando, índice significativamente maior que o estudo de Rocha e Zeituone (2007) que apresentou 66%,6% dos profissionais atuantes na ESF do interior do Piauí como especialistas. Para Santos e Castro (2010) a realização de um curso de pós-graduação demonstra o compromisso dos enfermeiros com a qualidade de seu desempenho profissional, o que inferimos reverberar na melhoria dos indicadores de qualidade de saúde dos usuários dos serviços. Outro estudo que descreveu o perfil de enfermeiros da ESF no interior do Mato Grosso, da autoria de Severino e Costa (2010) apresenta resultados também divergentes do nosso com apenas 50% dos profissionais especialistas, o que reitera a preocupação da população de enfermeiros da ESF de Sobral em capacitar-se e ou especializar-se.

Todavia, embora todos os enfermeiros tenham cursado, ou cursem alguma especialização chamamos atenção para a ausência quase total de formação adicional no campo de enfrentamento de violência contra a mulher nessa categoria, ressaltamos ainda que quando questionados sobre participações em cursos de capacitação ou atualização na referida área,

apenas 01 profissional respondeu positivamente à nossa questão. Severino e Costa (2010) enfatizam que a falta de qualificação específica pode afetar diretamente a população atendida, assim retomamos a preocupação de como acontece a produção do às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de Sobral, Ceará.

Com relação a escolaridades dos ACS temos a maioria (6ACS) concludente do ensino médio, seguida de 02 estudantes universitários, 01 com ensino superior e 02 com ensino médio incompleto. Entre este grupo, enfatizamos que 05 profissionais concluíram o curso técnico de ACS. Scaranto, Biazevic e Crosato (2007) encontraram resultados que corroboram com os nossos quando relatam mais da metade dos ACS pesquisados com ensino médio completo. O acesso a oportunidades de estudos confere novos conhecimentos, novos saberes e paradigmas aos sujeitos, ampliando suas possibilidades de atuação profissional, aumentando a capacidade de planejar sua assistência de maneira diferenciada.

## **5.2 Atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar na ESF em Sobral, Ceará**

Esta categoria discorre sobre a Atenção à saúde da mulher vítima de violência intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família de Sobral nas percepções dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde.

### **➤ Na perspectiva dos enfermeiros...**

#### **5.2.1a Ações mediante o conhecimento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher**

Os enfermeiros estudados apresentaram como principal conduta mediante os casos de violência intrafamiliar identificados por eles em seus territórios de ações, a notificação, algumas ações diferenciadas são descritas, entretanto a maioria mesmo quando se abstém da notificação, a cita como etapa importante a ser seguida.

*(...) então de acordo com a situação, a gente vai notificar pra que esses casos possam ser até melhor investigado, porque se a gente, que “tá” na área for buscar maior detalhe a gente corre o risco de se expor demais e ficar marcado por alguns desses maridos, muitos são usuários de drogas, são criminosos (...)* (Enfermeiro 01)



*(...) ela veio até o posto, fiz a notificação, foi orientado que ela fizesse a queixa, né? A denúncia contra ele na delegacia de mulheres, mas ela me disse que tinha medo de fazer (...) foi exatamente o que aconteceu, mesmo ela não tendo denunciado ele na delegacia, mas como ela falou para a agente comunitária de saúde e a vizinhança toda soube(...) eu fiz a notificação e ele soube, ele acabou cumprindo o que disse e a matou, então respondendo a sua pergunta, a gente não tem muito a fazer não! (...) nós notificamos, e eu confesso que nem todas às vezes, aliás, pouquíssimas porque dependendo de quem é o agressor a própria agente comunitária de saúde tem medo e me fala do risco, então eu já conversei até com a gerente nesses casos o que eu deveria fazer (...)* (Enfermeiro 02)

*(...) eu prestei o atendimento da enfermeira, depois foi encaminhado para a médica, a médica fez todas as medicações necessárias, porque tinha sido estupro,(...) eu fiz a notificação em duas vias e foi enviado para a secretaria de saúde (...)* (Enfermeiro 03)

*(...) é que às vezes elas nos procuram aqui no posto aí a gente faz todo aquele atendimento, às vezes a gente encaminha para o psicólogo, faz a notificação, e, dependendo do caso, se encaminha para o IML, solicitam-se todos os exames, tem uma que ela foi encaminhada para referência e, por fim ela não quis denunciar os agressores, ela não quis fazer o BO, né? (...) tem algumas que a gente, sabe mesmo que acontece na casa, o ACS identifica, a gente pede ao assistente social que faça a visita, “pra” saber se a pessoa quer denunciar, (...) a gente às vezes só notifica sem se identificar, faz a notificação da violência, o assistente social faz o aconselhamento, principalmente no casos das idosas.* (Enfermeiro 06)

Entretanto, mesmo sendo apontada como conduta importante entre a categoria profissional, é comum sua não realização. O discurso seguinte evidencia um dos muitos entraves da efetivação da notificação na ESF em Sobral.

*(...) porque a gente se expõe e você fica com medo da insegurança do bairro, que é muito perigoso, é muito inseguro, então você não sabe o que te espera, e, por isso todas as notificações são subnotificadas, você pode ter certeza que tem muito mais, às vezes você vai notificar por notificar, para a vigilância epidemiológica, que a vigilância não vai te ajudar e também não vai abordar aquela família, e, isso não vai repercutir para você enquanto profissional no atendimento daquela família, mas assim uma das coisas que promovem isso, que faz com que isso aconteça que haja essas subnotificações é o fato do bairro, do posto em si ser muito movimentado, então assim você acaba tendo várias atribuições (...) você sabe que tem que notificar (...) tenho que esperar uns quarenta minutos “pra” poder conseguir a ligação, “pra” fazer uma notificação,(...)tudo isso requer um tempo que você não dispõe, então*

*assim, acaba que você não realiza uma abordagem adequada, não presta um cuidado melhor, por conta disso (...)(Enfermeiro 07)*

### **5.2.2 a O acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral**

O acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar é percebido pelos enfermeiros da ESF como um processo que acontece de acordo com a disponibilidade e vontade do profissional; em alguns discursos evidencia-se a variação do acompanhamento ofertado a esta população conforme a própria organização do trabalho da enfermagem, frente às demandas atendidas nos programas da ESF. Observamos também a necessidade reconhecida pelos profissionais de um protocolo orientador

*O acompanhamento ocorre em muitos momentos e oportunidades que a gente tiver com aquela usuária do sistema que esta sendo violentada, quando ela vem ao posto por diferentes motivos, seja “pra” pegar o leite, “pra” consultar alguma criança (...), pede a ACS que, por favor, vá vê-la pelo menos uma vez na semana, que procure ficar sondado ela, saber como ela “tá”, que ajuda ela “tá” precisando aqui do posto, se quer ver o psicólogo, assistente social, ou algum destes profissionais que o município dispõe para o apoio da equipe. Eu não sei precisamente, de algo concreto, assim alguma forma de acompanhamento, sei lá um fluxograma que a gente possa seguir então a gente faz o que “tá” ao alcance. (Enfermeiro 01)*

*Eu não saberia lhe dizer..., Porque assim, o que eu percebo é que cada profissional acompanha do jeito que dá, às vezes eu faço visita domiciliar, às vezes eu pergunto delas “pra” agente comunitária de saúde, às vezes, dependendo da demanda eu perco totalmente o contato, e, confesso “pra” você que esqueço totalmente (...) aqui no território, a gente não tem nenhum, protocolo de como agir mediante essas situações não, penso até que seria muito importante se isso fosse possível, quem sabe, com sua pesquisa né? (...) (Enfermeiro 02)*

*(...) assim o acompanhamento ele acaba acontecendo quando realmente o profissional se engajou para fazer a avaliação. Nesse caso que eu vivenciei, eu acabei não tendo mais contato nenhum depois que eu a atendi (...) então o acompanhamento mesmo assim da família (que sofre VI), eu desconheço, não vejo acontecer aqui no posto não. (Enfermeiro 04)*

*(...) eu sei que elas fizeram um plano, um projeto terapêutico singular (PTS) “pra” poder acompanhar esse caso, foi envolvido assistente social, psicólogo, policial, eles chamaram Deus e o mundo, mas eu sei que essa*

*mulher acabou mesmo deixando o cara que maltratava ela. Agora a gente sabe que esse caso foi uma exceção, né? Esse suporte, esse acompanhamento que eles tiveram não é possível na grande maioria dos casos. (Enfermeiro 05)*

Considerando as equipes da ESF formadas por diversas categorias profissionais, percebemos nos discursos, ainda a grande responsabilização dos enfermeiros pela longitudinalidade do cuidado, entretanto, devido à sobrecarga de atividades, o enfermeiro necessita compartilhar a responsabilidade sanitária desses casos, o que não ocorre de forma efetiva, fazendo com que este profissional tome somente para si o conjunto dessas atribuições, favorecendo ainda mais a sobrecarga.

*Na verdade Michelle, se eu disser que existe um acompanhamento, eu vou “tá” mentindo, porque não existe, não tem assim essa continuidade, esse monitoramento não existe! (...) suas atribuições são tantas, que não é nem irresponsabilidade (...), mas é uma sobrecarga mesmo, que as coisas se perdem, e se perdem mesmo; não é assim, ai mas “tá” ali a residência pra te ajudar, “tá” ali o NASF, “pra” te ajudar mas mesmo assim você se perde por que não é só aquilo que bate na tua porta(...), uma vez, eu já escutei da gestão o seguinte: - Ai mas o número de atendimento, o número de pessoas que você atende não justifica né? O seu trabalho aqui, isso nem vai para indicador, e aí o que eu faço com a minha demanda? Eu mando “pra” casa?(...) nem a pessoa te procura mais, fica por isso mesmo, porque como você já “tá” num bairro que é bem violento, essas coisas se naturalizam muito facilmente, aquilo que acontece parece que é porque tinha que acontecer e pronto, o profissional acaba sendo engolido pela sobrecarga, esquecendo e deixando de lado (...) (Enfermeiro 07)*

A enfermagem compreende a importância do compartilhamento desses casos, entretanto não consegue efetivá-la, como evidencia o discurso seguinte:

*(...) mas assim, o que eu entendo em relação a este acompanhamento, o que deve ser feito é justamente está acompanhando esta pessoa vítima de violência intrafamiliar e compartilhar isso com o restante da equipe porque o acompanhamento, ele é muito importante que seja feito não só pelo enfermeiro, mas assim o compartilhamento com os demais membros da equipe, com o ACS, médico, psicólogo, que nós temos na unidade, o nasf (...) (Enfermeiro 06)*

### 5.2.3 a O acolhimento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral

Quando questionados sobre suas percepções acerca do acolhimento ofertado no centro de saúde da família encontramos enfermeiros que se mostraram entristecidos por não conseguir realizar um acolhimento diferenciado a esta população.

*O acolhimento na maioria dos casos, até agora o que eu percebi foram casos que foram recebidos na frente de todos não há um acolhimento só com ela, porque vem dentro da livre demanda (...) é através da própria demanda livre que vem. (Enfermeiro 04)*

*O acolhimento, ele acontece quando ela chega aqui no posto e aí ela vai seguir a mesma rotina dos outros usuários, não existe um acordo aqui que essas mulheres vão passar a frente de quem “tá” ali “pra” se consultar, até porque eu não poderia fazer isso, porque já pensou se eu passo um caso desses na frente de um idoso cansado, de uma criança com febre, aí eu arrango é mais um problema, em vez de resolver um (...) não vou poder explicar “pra” aquela multidão que “tá” esperando “pra” ser atendida, que eu “tô” passando o caso na frente porque se trata de uma violência contra a mulher, se não eu desrespeitaria a privacidade dela (...) (Enfermeiro 05)*

As dificuldades referentes à escuta qualificada são colocadas pelos enfermeiros atreladas a falta de estrutura, seja ela física ou de organização dos serviços de saúde. Para eles esse tipo de demanda requer uma privacidade que não é possível durante o acolhimento, porque o profissional de enfermagem está lá (no espaço de triagem - aqui com o sentido de acolhimento) para responder a toda a demanda que chega a este serviço, principalmente a demanda espontânea, aquela que necessita da orientação, resolutividade ou encaminhamento para outros profissionais ou serviços instantaneamente.

*(...) o acolhimento, ele também ocorre em vários momentos e em cada posto era de um jeito, aqui é muito difícil a gente ter como escutar essa pessoa que vem “pra” unidade pedindo ajuda, aqui é muito lotado e as pessoas, mesmo os funcionários chegam a ser mal educados, sem falar na falta de espaço para ofertar uma escuta qualificada (...) (Enfermeiro 01)*

*(...) e aí quando muitas vezes chega dela conseguir falar com o enfermeiro, nem sempre ela se sente a vontade, primeiro porque tem um monte de gente perto dela, aí não tem nem clima, segundo porque nem sempre coincide ser o enfermeiro da área dela, que ela já conhece (...), e terceiro porque muitas vezes ela quer o cuidado, mas sem dizer o que houve, ela esconde que foi agredida, porque tem vergonha do julgamento*

*que possam fazer dela; aí o acolhimento é falho mesmo (...)* (Enfermeiro 05)

*(...) principalmente aqui na nossa unidade, que é uma unidade que ainda carece de uma ampliação de estrutura física, enfim a gente não tem esse local para ter um sigilo né? Ter uma privacidade para essa pessoa, mas, dentro do que é possível, a gente tenta resolver da melhor maneira possível.* (Enfermeiro 06)

*Então o acolhimento, primeiro que não é um acolhimento, já é do vigilante, então a primeira coisa que ele faz, já é procurar saber quem é e ficar comentando com os outros pacientes sobre a vida da mulher, se envolvendo, isso por si só já é a primeira barreira, não todos os vigilantes, mas a maioria mora no bairro e acaba não tendo uma postura adequada, e também tem os técnicos, as agentes administrativas, geralmente são pessoas do bairro, ou pessoas que já trabalham há muito tempo ali e conhece tudo do território, inclusive os fuxicos, aí fica naquele cochicho: - Óh fulaninha “tá” com o olho roxo, fulaninha apanhou de novo...* (Enfermeiro 07)

As falas evidenciam o constrangimento do profissional de não poder ofertar às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, uma escuta qualificada, bem como um local que ofereça privacidade, apontando essa questão como um dos entraves à realização do acolhimento enquanto momento especial, em que a competência e o comprometimento profissional podem fazer grande diferença.

## ➤ Na perspectiva dos ACS

### 5.2.1 b Ações mediante o conhecimento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher.

Os discursos dos ACS apresentaram ações diferenciadas na condução de casos de violência contra a mulher. Entretanto percebe-se que também há o reconhecimento por parte destes, que os casos devem ser notificados e encaminhados ao CSF, o que não assegura sua execução. O grupo aponta que sempre se repassa o caso para a enfermeira, todavia a conduta de enfermagem, ainda é criticada pelos ACS. Sublinhamos como postura incomum deste grupo a tentativa de aproximação com as mulheres vitimadas, de forma a confirmar a violência e sugerir encaminhamentos e orientações aos demais profissionais.

*(...) eu vou lá, faço a abordagem, a visita, converso como é que ela tá? Oriento a pessoa, para ver se ela se abre comigo e conta alguma coisa.*

*(...) Então, eu fui lá, conversei com ela, perguntei se ela não queria me contar nada, conversar com a psicóloga, desabafar (...) aí eu marquei pra ela vir uma vez e ela não veio, marquei pela segunda vez, e, ela não veio de novo, então eu levei a enfermeira lá, levei a assistente social para conversar com ela, levei só estes profissionais, porque eu não queria levar muita gente pra ela também não se assustar (...) mas aí foi assim, eu fui na outra vizinha e perguntei se ela já tinha ouvido alguma coisa estranha, aí a vizinha ficou assim, meio apreensiva e me disse que não podia falar nada (...) (ACS 02)*

*(...) a gente ACS, muitas das vezes acompanha esses casos (...) já teve casos que a mulher “tava” sofrendo e eu passei para a enfermeira né? (...) essa pessoa foi acompanhada pelo psicólogo (...) falei “pra” ela o seguinte:- Você quer ajuda? E ela disse que o que temia era dele fazer alguma coisa com a família dela ou mesmo comigo (...) aí eu disse “pra” ela que “tava” bem que a gente ia procurar os meios, aí eu cheguei “pra” enfermeira (...) nesse tempo a gente não tinha muitos recursos não, não tinha CRAS, delegacia de mulher, não tinha NASF, Residência, a gente “pra” conseguir um psicólogo, tinha que encaminhar, não tinha esse apoio que hoje a gente tem (...). Aí a enfermeira notificou (...) (ACS 03)*

*(...) eu procuro ser mais amiga né? Eu procuro não perder a confiança dessa pessoa, já que ela teve coragem de me contar eu procuro ouvir, saber como foi essa violência, e a primeira coisa que eu digo para ela é que ela não é obrigada a continuar sendo violentada, que tem um apoio, que existe um apoio dentro do PSF, e que tem além dali do território dela, uma delegacia que vai dar apoio, que protege, e que vai dar todo um suporte para ela (...) (ACS 05)*

*É... Primeiro assim... Na verdade a gente descobre meio quando conversa com elas né? Porque muitas delas não falam “o quê que tá” acontecendo, agora acontece de, em alguma visita, em decorrência da conversa, ela acaba tipo soltando alguma coisa (...), também tem um caso que ela também sofria agressão física, mas como não era diariamente, assim, não eram muitas vezes, ela deixava para lá, no entanto essa pessoa me falou, mas ela pede para não falar para ninguém, nenhum profissional ela quer que comente, não quer que fale para ninguém, então qual é a primeira atitude que eu teria, era falar “pra” a enfermeira, a enfermeira era quem ia dar as condições para ser tomadas, mas nesse caso (...), não foi tomada nenhuma decisão, pelo fato que ela mesma me proíbe de falar (ACS 08)*

Alguns ACS demonstram que as ações se diferenciam de acordo com o caso e a necessidade, coragem e disponibilidade da mulher vitimada. Procuram uma forma de reorganizar o serviço, evitando a exposição feminina, bem como oferecem ajuda que vão para além do setor

saúde. Contudo, a notificação nem sempre é executada, alguns entendem que esta responsabilidade é restrita ao enfermeiro.

*(...) me dá uma vontade de ajudar essas mulheres a ter força, a enfrentar o marido, aí eu converso muito com elas explico que Deus não fez a mulher pra ser isso não (...) olha uma vez uma mulher que veio acho que era de São Paulo (...) eu “trouxe ela” aqui no posto, ela conversou com a gerente, a gente pagou a ida dela pra São Paulo, deu tudo certo! Infelizmente a gente não notificou o caso não, mas ela até deixava, não sei por que a gente não notificou! Mas, assim eu faço o que puder pra ajudar (...) trago pra cá pra conversar com a equipe, dou conselho... Converso, digo que já fui vítima, explico que ninguém vai libertar ela daquilo, só ela mesma (...) às vezes surte efeito, as vezes não, mas também outros casos que eu trouxe aqui pro posto não fizeram nada, as vezes nem notificar, então eu acho melhor conversar, porque eu vejo mais resultado. (ACS 09)*

*(...) quando a gente toma conhecimento de um caso desses na área né? Eu acho que a primeira conduta é passar “pro” enfermeiro, porque se for pra essa mulher vir até a unidade pra uma conversa né? (...) ela não vai vir “num” horário que todo mundo vem, que ta ali sendo atendida no acolhimento, “numa” triagem, ela vai querer uma conversa mais particular, né?(...) até porque é uma coisa mais íntima e aí eu acho que assim, a primeira conduta é repassar “pro” enfermeiro, “pro” enfermeiro marcar um dia pra poder essa mulher vir consultar, conversar e aí ela vem até o enfermeiro e o enfermeiro consulta porque às vezes precisa até de medicação devido às pancadas que ela sofreu. E notifica, aí o enfermeiro orienta essa mulher a ir até uma delegacia e fazer o boletim de ocorrência, “pra” que isso não se repita mais né? (ACS 10)*

### **5.2.2 b O acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral**

Na percepção dos ACS o acompanhamento à mulher violentada é considerado uma etapa importante da prestação de cuidados que deve ser ofertada na ESF, contudo para os profissionais o comportamento da mulher, muitas vezes impede esse acompanhamento. O grupo relata então não saber como agir mediante tal atitude, ficando impossibilitados de realizar essa longitudinalidade do cuidado.

*(...) a pessoa, parece que fica é com vergonha e começa a esconder... A gente “tá” vendo e a pessoa desmentindo... Aí o jeito é se fazer que não “tá” vendo! A gente faz visita (...) mediante isso fica sem a gente poder fazer nada... Ela todo tempo agüentando e a gente morta de pena! Então quando elas querem que eu faça alguma coisa, eu acompanho se não nem*

*adianta se envolver (...) e, o acompanhamento a gente faz (...), vai lá na casa dela, faz visita, fica vendo se ela ainda “tá” naquela situação, faz o que pode, né? (ACS 01)*

*(...) a gente fica fazendo visita na casa delas, só mesmo se elas não deixarem a gente entrar, por isso que eu lhe disse tudo tem que ser com muito cuidado (...) às vezes elas ficam com tanto medo que aí não vem nem aqui, por isso que ninguém consegue acompanhar direito. (ACS 02)*

*(...) aí eu disse para ela se você quiser ajuda, a gente pode lhe ajudar, a gente pode marcar lá no posto, mas ela disse que por enquanto ela não queria ajuda não (...) eu perguntei “pra” ela se eu podia notificar e ela não deixou (...) (ACS 03)*

*(...) o posto também precisa fazer alguma coisa por essas pessoas, também assim precisa ter mais contato com as mulheres, mas às vezes mesmo que a gente quer orientar, elas não querem não; têm umas que são fechadas mesmo, elas não querem ajuda, não querem ser acompanhadas de jeito nenhum. (...) o acompanhamento... A gente faz, passa na casa delas, comunica ao enfermeiro, mas as vezes elas mesmas não querem, aí né? O quê que a gente pode fazer? Fica de vez em quando perguntando dela pros vizinhos, acompanha como dá, né? (ACS 07)*

Este ACS elucida que em seu ponto de vista é perceptível uma grande fragilidade e inconsistência do acompanhamento das mulheres vítimas de violência intrafamiliar no CSF, também relata carência de profissionais, considerando a quantidade da população, como um entrave ao acompanhamento.

*(...) bom o acompanhamento é como eu “tava” falando, no posto não fazem nada além de atender e até prometem psicólogo “pra” ficar acompanhando depois, mas na prática não tem, porque até quando tem uma pessoa que “tá” lá atendendo uma vez na semana, não tem como dá conta de tudo o que aparece, “é um negócio meio que de faz de conta né?” Então a gente, ainda passa na casa dela uma vez ou outra, mas os enfermeiros mesmo não ligam “pra” marcar retorno, fazer visita, “pra” saber como elas “tão” depois. (...) prometem e encaminham pra esse pessoal do NASF, da residência, mas eles tão aqui uma, duas vezes na semana (...) aí como é que acompanha? Ele começa, mas não dá conta, às vezes vem só na primeira vez e, se a mulher faltar aí já viu, aí é que não vai mais conseguir ser acompanhada mesmo. (ACS 05)*

Outros sujeitos entendem que o acompanhamento ocorre em diferentes contextos e em cada caso, busca-se a melhor forma de realizá-lo não existe um método unívoco, pois os



profissionais se apossam das frestas existentes em busca de monitorar sua população adscrita, todavia este caminho nem sempre se apresenta exitoso, causando frustração no profissional.

*Bom o acompanhamento vai acontecendo à medida que a gente vai se aproximando delas, pelo menos eu, quando sei de um caso desses, eu vou atrás de ouvir, conversar, falo “pra” enfermeira, pergunto o “quê que” ela pode fazer, pergunto se eu devo pedir ajuda de mais alguém, se ela conhece alguém que possa me ajudar a ajudar essa mulher que “tá” sofrendo essa violência, mas as vezes não dá em nada, mesmo quando a gente vai atrás da assistente social, quando tem, não muda muito a realidade, aí a gente se chateia e acaba muitas vezes desistindo de ajudar.., Porque não tem muito o que a gente “pode” fazer sozinha, né? (ACS 08)*

*A gente fica sempre acompanhando nas visitas né?(...) a gente sempre “ta” orientando né? Porque a gente sabe que é complicado “pra” elas por que elas se sentem muito acuadas, mas aí, mesmo ela se reprimindo dessa forma, a gente (...) orienta o que deve ser feito, que a questão da denuncia não pode ficar impune né? Então, se faz a notificação, aí a enfermeira orienta essa mulher (...) aí eu orientei ela que viesse, que eu disse a ela, que eu iria falar com o José, “pra” marcar um horário “pra” ela ir, assim eu fiz né? Eu “vim” na unidade, falei com o enfermeiro, ele marcou um horário pra ela vir no final da manhã, aí ela veio né? (...) aí, nesse caso, ela realmente não quis, ficou só na consulta e na notificação mesmo, não teve acompanhamento (...) o acompanhamento vai depender do vínculo e dela; Mas, eu não tenho conhecimento de um protocolo, sei lá alguma coisa assim maior “pra” nortear nossas ações não. (ACS 10)*

E, por fim explicitamos os discursos dos sujeitos que relatam não haver nenhum acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF. Os mesmos referem apenas ações pontuais e desuniformes nesse quesito.

*(...) o acompanhamento não existe, a enfermeira quando notifica, acha que faz muito, aí sobra “pra” gente ficar correndo atrás dela, pedindo “pra” ela visitar, marcar com o médico, e a gente também fica assim meio receosa de ficar indo na casa da mulher, até assim com medo do companheiro fazer algo com a gente né? (ACS 06)*

*Olha no caso dessa moça que chegou aqui contando que tinha sido violentada, a enfermeira Maria chamou ela, orientou ela, disse a ela o que ela podia fazer, aí ela disse que ia pensar e depois retornava, mas depois ela nunca mais pisou aqui (...) eu também não vejo as enfermeiras ficar marcando, pedindo pra elas voltarem, aqui isso é tão comum, que eu acho que elas (enfermeiras) nem ligam, a maioria (ACS 11)*

*(...) teve um caso de uma menina que eu trouxe aí a enfermeira entrou em contato com a lei Maria da Penha (...) só que eu nem sei como eles estão, nunca mais eu fui lá, eles até saíram da minha área, “tão” na área de uma colega agora, mas eu não cheguei a passar o caso “pra” ela (...) o acompanhamento (...) fica muito a desejar, mesmo com os enfermeiros, aqui a gente não faz isso não; as vezes a gente notifica, às vezes não e os médicos tratam ali na hora, mas depois mesmo, se perde. Em geral é só notificado mesmo (...) (ACS 09)*

### **5.2.3b O acolhimento das mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral**

Ao contemplarmos os discursos dos ACS acerca do acolhimento, visualizamos que estes sujeitos, embora não participem do momento isolado da triagem (aqui usado como sinônimo de acolhimento) corroboram com os enfermeiros acerca de algumas percepções. A identificação da necessidade das mulheres vítimas de violência intrafamiliar receberem atendimento diferenciado também representou uma queixa da categoria dos ACS.

*(...) o acolhimento ocorre como ocorre “pra” qualquer pessoa que precise de um atendimento aqui no posto, assim, não existe nenhum diferencial, porque a mulher é vítima de violência, se ela quiser, ela que venha aqui, e fique esperando “pra” falar com a enfermeira, aliás, não é nem acolhimento, é a triagem né? (ACS 06)*

*O acolhimento, acho que não devia ser junto de todo mundo, acho muito errado a mulher que “já” “tá” fragilizada, ficar chorando se expondo para todo mundo (...) infelizmente tem muita gente que adora falar mesmo, a gente sabe, então acho que era pra elas ter um local sozinhas com o enfermeiro, sem precisar entrar na fila(...) (ACS 07)*

Considerando a abertura do profissional à escuta da usuária no momento intitulado de acolhimento, os ACS afirmam que este, deveria pressupor um diálogo entre usuário e profissional, onde a mulher sintasse à vontade para falar, onde o profissional possa oferecer calma e um lugar propício para ouvir, apresentando-se empático ao enredo anunciado por elas.

*Penso que não tem muito acolhimento pra essas mulheres aqui não (...) ela precisa conversar bem direitinho com o enfermeiro, pra poder ficar a vontade, contar o que houve, e, aqui, você tá vendo né? Que não tem como isso acontecer, porque primeiro que fica todo mundo junto, aí quando a enfermeira for perguntar o que é? Será que ela vai ter condições de dizer que tá ali porque o marido, sei lá, o familiar bateu nela? (...). Aí eu fico pensando se ela num conseguiu nem dizer o que era, ela vai “tá” sendo acolhida? (ACS 02)*

*Pois é essa unidade não tem uma sala que a mulher possa chegar e conversar com a enfermeira, fica todo mundo amontoadado aqui fora e quando a enfermeira vai passando eles vão dizendo o que trouxe eles ali né? Aí, muitas mulheres ficam com vergonha, de abrir o jogo e dizer o que aconteceu, é muito chato mesmo eu dizer na frente de todo mundo que eu “tô” ali porque meu marido me bateu, então isso trava a mulher né? Não vejo acolhimento nesses casos!(ACS 03)*

*O acolhimento acontece quando elas vêm aqui que são ouvidas, ou até quando a gente faz uma visita na casa delas e elas muitas das vezes se abrem com a gente, mas se elas vierem aqui, não há garantia de ser acolhida, depende da sorte, porque elas vão ter que esperar quem tiver na frente delas, e, tem dia que o posto “tá” cheio (...) (ACS 08)*

### **5.3 Sentimento dos profissionais da ESF diante dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher**

#### **➤ Para os enfermeiros...**

#### **5.3.1 a Sentimento de revolta e raiva**

Identificamos nessa categoria alguns sentimentos que ultrapassam o envolvimento entre profissional de saúde e usuário, encontramos discursos que revelam revoltas sob muitas faces, em diferentes contextos que variam desde a revolta com o agressor, perpassam a revolta com o sistema jurídico e contemplam a revolta com a postura passiva da mulher violentada.

*(...) porque contar com uma justiça “vagabunda”, como é a do nosso país, eu vou te falar hein? É esperar pela sorte mesmo! O cara ameaçou, ela pediu ajuda, eu notifiquei, e infelizmente ela acabou morta exatamente como ela havia falado então, a gente se pergunta pra quê notificar? Só para constar lá nos dados do município depois de morta? (...) (Enfermeiro 02)*

*(...) Meu sentimento é o de revolta, revolta, assim no sentido real da palavra, revolta do cara se aproveitar da situação pela questão da fragilidade de gênero (...) revolta que eu tenho quando vejo esses casos assim é a própria postura da mulher, o comportamento da mulher querer camuflar, isso me dói ainda mais, porque ela foi agredida e fica querendo esconder (...), de repente aquela mulher se vê preocupada porque não queria que isso fosse uma denúncia, ou seja, ela não queria prejudicar o agressor. (Enfermeiro 05)*

*Meu sentimento é de raiva, raiva do agressor e eu me questiono o porquê que aquela mulher não denuncia, mas aí é todo esse contexto que você não tem condição que era “pra” Estratégia Saúde da Família ver toda a estrutura daquela família, conhecer qual o contexto daquela família só*

*que você não tem como fazer isso na prática, então fica tudo na teoria (...)* (Enfermeiro 07)

Os discursos evidenciam a insatisfação da enfermagem mediante as posturas de uma justiça falha, mediante a passividade da mulher violentada e conduta do agressor. Essa apatia é percebida como um grande desafio a ser assumido pelos profissionais do sistema de saúde, apesar destes entenderem que se trata de um problema cuja resolução se amplia para além do setor saúde, como nos mostram os discursos.

### **5.3.2 a Sentimento de impotência, tristeza e desacreditação do sistema**

Os sujeitos também relatam uma sensação de indignação e impotência diante dos casos de violência intrafamiliar contra mulheres existentes em suas áreas de abrangência. Para alguns enfermeiros é frustrante lidar com situações de tamanha falta de respeito, conduzidas por processo de vários tipos de violência. Neste sentido, aflora um sentimento de frustração e limitação agravado por barreiras na falta de orientação ou apoio sobre o que realmente pode ser feito por esses profissionais no combate à violência contra a mulher.

*É muito difícil né? Porque a gente fica muito limitada (...) aí... Vixe... A gente sente muita coisa, porque a gente se preocupa tanto com aquilo, quer tanto ajudar e muitas vezes faz mais do que a gente como profissional é para fazer (...) então é muito difícil, viu Michelle, muito difícil mesmo as vezes até chateante, é como se a gente nadasse, nadasse e morresse na praia, se dá um voto de confiança, se dá outro e nada.* (Enfermeiro 01)

*(...) mas assim, minha maior sensação é a de tristeza e desacreditação... De ver que quem manda são os marginais e a gente tem que se adequar ao que eles querem, ou a gente é quem paga... Parece aquele tempo dos coronéis... Às vezes eu assisto Gabriela<sup>10</sup> e percebo que a justiça não melhorou nada...* (Enfermeiro 02)

*(...) o profissional, pelo fato de está em uma unidade de saúde, a gente tem o dever e a obrigação de não deixar passar, mas a gente se pergunta como? O que fazer?* (Enfermeiro 03)

---

<sup>10</sup> Telenovela brasileira da autoria de Jorge Amado baseada no romance Gabriela Cravo e Canela e exibida em um canal da TV aberta que retrata o coronelismo machista do nordeste da década de 50.

*Bem, o sentimento na verdade é de indignação, porque essas pessoas sofrem esse tipo de violência, às vezes por anos, né? Por muitos anos e não expõe, não denuncia (...)* (Enfermeiro 06)

### **5.3.3 a Naturalização do evento violento**

Os discursos que se referem aos sentimentos dos enfermeiros ainda apresentam uma terceira subcategoria, que diz respeito à naturalização dos eventos de violência identificados por estes. Alguns profissionais convivem com tamanha intensidade com episódios de natureza similar, que acabam naturalizando as relações violentas, não apontando indignação frente à mulher vítima de violência intrafamiliar, ou não conseguindo vislumbrar uma realidade diferenciada.

*(...) olha, eu acho que a gente vive num meio de uma demanda tão problemática, tão cheia de problemas que não dá nem tempo direito de sentir algum sentimento por um caso isolado (...)* (Enfermeiro 02)

*(...) meu sentimento é mesmo de dó mesmo, e, assim, é uma coisa que a gente acha muito difícil de resolver, porque a gente não vai dar o sustento dela, tem até aquele ditado que diz que ruim com ele e sem ele é pior né? Ela não tem trabalho, e, geralmente essas pessoas, elas nem deixam as mulheres trabalhar (...) têm umas que desafiam também né?(...)* (Enfermeiro 08)

## **➤ Para os ACS**

### **5.3.1 b Sentimento de revolta e raiva**

Essa categoria também emergiu entre os discursos dos ACS, com menos veemência, entretanto não menos importante. Para aqueles que compartilham o mesmo espaço geosocial, explicam que emerge um sentimento de revolta latente, contra o agressor, pois muitas vezes presenciam a agressão, ouvem os gritos das discussões, e, depois encontram as mulheres nos serviços de saúde, uma minoria é verdade.

Um dos sujeitos explicita a revolta contra o agressor, entretanto outros apontam um sentimento de raiva não apenas do agressor, mas também da conduta passiva da mulher frente à realidade da violência.

*(...) a maior violência que eu acho é a psicológica (...) ele “tá” dizendo que ela tem um macho, porque a partir do momento que ela começa a se*

*cuidar melhor a primeira impressão que vem do homem é que ela tem um “macho” e é aquilo que mais maltrata ela, é ela dizer que é fiel ao marido e ele diz que ela tem outro sem ela ter, e ali começa todo o sofrimento, a tortura que você 24 horas tem que provar que está certa, sem nunca ter errado, assim a gente vê que precisa melhorar muito em termo de como cuidar dessas famílias, o quê fazer? Você vê assim: - Ah vamos levar ao psicólogo, para o psiquiatra, e depois? Você ajuda dá massagem, mas e depois o quê que muda? Porque ela vai voltar lá “pra” casa dela, e vai voltar a conviver com o agressor, “pro” mesmo ambiente. Então, a gente faz, e se frustra depois, porque não tem uma ajuda concreta mesmo, assim algo que mude a vida dela. Eu fico revoltada com esses agressores! (...) (ACS 03)*

*Minha sensação é de revolta, não sei se é porque eu toda vida, eu tive pulso, eu me libertei de uma coisa parecida assim, eu nunca fui agredida fisicamente, mas eu já fui muito agredida com palavras, psicologicamente (...) (ACS 04)*

*Me dá muita revolta, me dá raiva delas, por que não era “pra” elas viverem aquilo, elas não querem ajuda, ninguém é obrigado a agüentar ninguém, (...) eu fico muito triste quando eu vejo uma mulher, ou uma mãe que vê a filha sendo abusada e ela não faz nada, aliás, faz é encobrir, aí a gente fica pensando se ela é mãe e parece que faz é gostar, e é ela quem manda na criança, o quê que a gente que não é nada, pode fazer?(...) (ACS11)*

### **5.3.2 b Sentimento de impotência, tristeza e desacreditação do sistema**

No que se refere aos sentimentos de impotência, tristeza e desacreditação do sistema houve grande identificação dos ACS. Algumas vezes este sentimento foi multifatorial, encontrando diversas explicações para o mesmo. Aqui, os ACS expuseram que as limitações impostas pela falta de apoio tanto dos gestores, como do sistema de políticas públicas para essa questão, geram a reflexão sobre a impotência de transformação da realidade posta, que vai de encontro às mudanças que os ACS tanto apregoam.

*(...) você se coloca como mulher, como mãe, como esposa, aí eu me vejo diante daquela família, me colocando como ser humano e me pergunto o que fazer para as nossas autoridades ajudarem esses milhares de mulheres que estão aí sofrendo, que apoio elas vem tendo? O que vem sendo trabalhado? O que de fato é concreto? Essa ajuda que você veja, porque você ouvir falar é uma coisa, você sentir é outra (...), então meu sentimento é de frustração (...) (ACS 03)*

*Fica um sentimento de impotência, assim você ver aquilo, você saber que como pessoa você poderia resolver, você queria resolver, mas você não*

*pode fazer nada, por mais que seja o mais correto a se fazer, porque eu não posso ir lá denunciar ele, dizer que ele continua violentando ela, quem tem que fazer isso é ela (...) de falta de apoio, de falta de saber o que fazer e como fazer, que política a gente pode se apoiar numa hora dessas? O que de fato a gente deve fazer? Qual a proteção dessa mulher? E de min?(ACS 05)*

*(...) e, assim, “pra” min como profissional, eu tenho um sentimento assim de incapacidade, porque mesmo a gente orientando só fica até ali a nossa ação, eu não posso fazer mais nada assim por ela (...) a gente, profissional se sente incapaz, né? (ACS 10)*

A preocupação com as dificuldades do sistema aparece para o ACS que se utiliza dos recursos disponíveis na equipe de saúde da família como NASF, RMSF, entretanto não percebe mudança efetiva na vida das usuárias, então o sentimento de solidão e desapoio inclusive da própria equipe local, é enfatizado.

*Nessa hora, sei lá, assim, eu fico triste... Porque eu penso em fazer algo para ajudar... Assim eu vou lá e trago ajuda né? Levo psicólogo, levo terapeuta, levo assistente social, levo a enfermeira, aí, naquele dia eles conversam e resolvem alguma coisa, então eu fico mais assim aliviada, mas quando não resolve, aí eu fico ainda mais angustiada, porque eu não vejo muito o que eu fazer, se nem a enfermeira faz nada, então quem sou eu! Eu chego a ficar doente, como pessoa, sempre retornando lá e perguntando como é que “tá” sua filha, “tá” melhor? E quando ela me diz que “tá” do mesmo jeito... Aí eu fico mal (ACS 02)*

Nos discursos, a violência contra as mulheres é percebida como relacionada também a sua postura mediante a agressão, embora haja o reconhecimento de sua fragilidade, eles cobram uma postura mais atuante, ativa da mulher frente à situação, que aos olhos do profissional de saúde, deve ser resolvida primeiramente por ela, construindo um paradigma negativo e de culpabilização da mulher violentada, mas que também gera tristeza no profissional dada a impotência de atuação nesta situação.

*Eu fico morta de triste de não poder ajudar, de não poder botar na cabeça dessas mulheres que elas não valem menos sem esses homens que não prestam, que elas precisam se valorizar, acordar, deixar de sofrer... Olha eu tenho esse tipo de conversa com elas (...)(ACS 01)*

*Quem tem que tomar as rédeas é ela mesma, por mais que eu veja que se torna um ciclo vicioso, se torna assim uma frustração, um sentimento de impotência, de falta de apoio (...) (ACS 05)*

*A sensação que eu tenho, a vontade é de dar cinquenta por cento da minha coragem pra ela, de me incorporar nela, porque eu coloco na minha cabeça, que elas não podem ficar sofrendo calada, sem fazer nada, ora, se eu deixei meu primeiro marido (...) elas também têm que pensar assim. (ACS 09)*

*(...) ou então a mulher que às vezes parece que faz é gostar de apanhar, a gente fica com o sentimento de frustração mesmo, porque a gente não pode fazer nada né? A gente orienta, incentiva, aí, às vezes elas vão lá para fazerem a queixa porque a gente fica meio que cobrando né? Aí quando a gente cuida elas fazem, é tirar (...) (ACS 11)*

Alguns ACS até relatam as dificuldades da mulher denunciar, entretanto, para eles, isso parece não atenuar a responsabilidade que é atribuída às mulheres pela categoria.

*(...) você fica meio sem ação, você não sabe o que fazer, porque existem muitas mulheres independentes, mas a maioria ainda é dependente (financeiramente) deles, aí tem os filhos que “conta” também, você fica com vontade de fazer a denúncia por essa pessoa, de poder alertar, sai da vida dessa pessoa, vai atrás de uma coisa nova, mas a gente vê que a realidade é bem diferente (...) então o sentimento é de indignação com ela, com ele, pela brutalidade de quem faz e também pela covardia de quem não denuncia, porque eu não falo nada, mas fica só na minha cabeça, claro, quanta covardia dessa pessoa! (ACS 08)*

*(...) e, ninguém pode obrigar, quando a mulher não quer, ninguém pode fazer nada, e aí eu fico assim, eu fico muito triste, porque a gente ocupa um grande destaque na sociedade, a gente já conquistou tanta coisa, assim a classe feminina (...) esta questão da violência existe ainda um déficit muito grande e que não é culpa só dos governantes, mas da própria mulher né? (...) isso me dá um sentimento de incapacidade! (ACS 10)*

Explicitamos que entre a unidade análise dos ACS, não identificamos a subcategoria intitulada “naturalização do evento violento”, ficando esta somente apresentada nos discursos dos enfermeiros.

#### **5.4 Potencialidades e Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar**

##### **➤ Para os enfermeiros**



#### **5.4.1 a Potencialidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar**

Os enfermeiros registraram vários fatores que contribuem ao cuidado ofertado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF, como a possibilidade de articulação com outras instâncias de apoio, o interesse e responsabilidade do profissional de saúde, mediante o evento violento. Enfatizamos que a lógica de responsabilização sanitária por uma população residente em determinado espaço geográfico também é vista pelos enfermeiros como um dos fatores que facilitam a coordenação do cuidado à mulher vítima de violência intrafamiliar.

*(...) acho que o que talvez facilite (...) é nós trabalharmos na área adscrita daquela mulher, e aí ela acaba voltando muitas vezes ao posto mesmo que sejam por motivos diferentes e acaba proporcionando um acompanhamento, um cuidado com ela, que nós temos (...)* (Enfermeiro 01)

*(...) um dos fatores que eu vejo que facilita é a questão da rede, eu sei que tem Delegacia (de mulher), tem o núcleo lá da secretaria, a compaz que tenta fazer algumas capacitações, tenta sensibilizar os profissionais, o próprio NASF, os profissionais da residência, eles também apóiam esses casos, quando a gente solicita, o problema é a gente lembrar de passar o caso, em meio a tanto trabalho(...)* (Enfermeiro 02)

*(...) um dos fatores que eu acho que facilita é o interesse do profissional, a vontade de cuidar, de saber como elas estão, se houve melhora, é a gente ser mulher e conseguir se colocar no lugar delas, aí a gente quer fazer mais por elas.* (Enfermeiro 03)

A disponibilidade de uma equipe “multiprofissional” composta por diferentes categorias profissionais foi lembrada enquanto potencialidade do sistema local de saúde, quando comparado a outras localidades. Ressaltamos que a questão da infra-estrutura é pontuada por alguns enfermeiros em uma conotação positiva, considerando não somente o aspecto físico, mas a rede de apoio existente em Sobral, contudo esta visão é contradita por outros profissionais da categoria. Frisamos ainda a importância da troca de experiência entre os sujeitos, como um dos fatores que facilitam a produção do cuidado nestes casos.

*(...) mas eu considero boa, essa história de acolher a vítima, e essas coisas, acho que isso é uma coisa que facilita o nosso acompanhamento e tratamento, penso também que se a gente for comparar Sobral com outros municípios aqui, outras localidades, a gente vai ver que aqui*

*ainda é bem melhor de se trabalhar, pelo menos tem pra quem encaminhar. (Enfermeiro 05)*

*Eu acho que facilita realmente é a nossa disponibilidade, né? Disponibilidade da unidade, da equipe, nunca se opõe nunca se esquiva de “tá” lidando com esse tipo de situação né?(...), a facilidade que eu acho é essa, nós temos uma rede de apoio né? Se a pessoa precisar de apoio psicológico, enfim nós temos aqui uma equipe multiprofissional se for um caso mais extremo, temos aí outras redes de apoio psicólogo, apoio social, enfim, não é só isso né? Não só apoio psicológico, mas a questão de serviço social, porque numa situação como essa, muitas vezes, você tem que mobilizar uma série de redes, né? Então acredito que a que no nosso município nós temos condição de “tá” estabelecendo um acompanhamento dessa forma, é o que eu acho um facilitador. (Enfermeiro 06)*

*(...) Sobral dispõe, por que eu já trabalhei em outros municípios, é a questão da vigilância, dessa aproximação da vigilância com a Estratégia Saúde da Família, de ter alguém lá a qualquer hora à disposição, que você pode ligar e ela “tá” te orientando, orientando você a conduzir o caso em diversas situações (...) outra coisa é a questão da integração que a nossa equipe aqui do território é muito integrada, esse trabalho colaborativo é ótimo, porque às vezes a minha inexperiência naquela situação, quando eu procuro o médico, quando eu procuro o assistente social, o psicólogo, aí às vezes eles me orientam e não é nem que eles foram capacitados para isso, mas, às vezes eles vivenciaram situações, eles conduziram casos com semelhança, então eles já tiveram uma experiência nisso e essa troca é muito importante para nós, acho que é uma das coisas que facilitam. (Enfermeiro 07)*

#### **5.4.2 a Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar**

Quando questionados sobre as dificuldades de cuidar das mulheres vítimas de violência um grupo de enfermeiros expressou insegurança relacionada à falta de sigilo da identidade do profissional que realiza a notificação. Percebemos também dificuldade de diferenciação entre a notificação compulsória e a denúncia, uma vez que os profissionais questionam o retorno da notificação compulsória e a resolutividade do sistema para os casos notificados. Há críticas relacionadas à agilidade e integração das redes de apoio.

*Um dos maiores obstáculos que eu acho é a própria denúncia, é a própria forma de notificação, porque querendo ou não tanto o enfermeiro como o agente comunitário de saúde são temerosos em notificar, porque (...) por mais que a gente saiba que tem um caráter confidencial, mas*

*uma notificação é muito comprometedora “pro” profissional, se o cara agride a própria mulher, o que ele não pode fazer com outra pessoa? Aí assim a gente tem um entrave muito grande, porque denunciar a pessoa que precisa ser denunciada (...) porque às vezes a agente de saúde vê o caso, ouve falar, mas se for falar em denunciar, elas são as primeiras a “ser” ameaçadas, nós enquanto profissionais nós temos risco de vida (...) imagine se a gente for fazer uma denúncia, então assim é muito difícil, até mesmo denunciar o conselho, eu tenho medo, eu tenho tanto medo, eu já cheguei a ser ameaçada por um outro caso, (...) acho que nossa maior dificuldade é a denúncia mesmo(...) (Enfermeiro 01)*

*(...) a falta de segurança na qual trabalhamos a falta de apoio do sistema, que manda a gente fazer, mas não capacita, não apóia, a ineficiência dessa notificação, notifica pra quê mesmo? (Enfermeiro 02)*

*(...) o tempo é um dos fatores que atrapalham, um obstáculo, outro é a própria falta de resposta desses casos que, às vezes se notifica (...) o caso “taí”, já tá com mais de seis meses e não deu em nada, não teve resposta, então eu acho que o obstáculo maior é a falta de efetividade e eficiência na resolução dos casos, (...) seria bom as redes que se tratasse de violência, as redes fossem mais intensas, fossem mais ágeis mais interligadas pra se conseguir uma resolutibilidade maior. (Enfermeiro 03)*

As limitações impostas aos profissionais advindas da estrutura física, ou da própria estrutura organizacional do trabalho se constituem em vulnerabilidades bastante relatadas entre os enfermeiros da ESF, e, nas suas visões interferem diretamente na atuação dos profissionais, os quais se tornam impossibilitados de prestar a devida assistência.

*(...) e o que dificulta é todo o restante, a sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura, a falta de apoio “pra” gente fazer alguma coisa (...) (Enfermeiro 04)*

*(...) eu acho que isso é o geral na verdade, a gente nunca disponibiliza um turno, um momento, uma hora que seja, “pra” “tá” atendendo esse tipo de demanda, porque é algo imprevisível (...) mas por vezes, a gente pode ter uma dificuldade na questão do tempo na questão da estrutura física também, né? (Enfermeiro 06)*

*(...) imagina que eu tenho que atender (...) numa sala lotada, onde tinham mais três enfermeiros, existia uma demanda lá do lado de fora de mais umas sessenta pessoas, cadê a abertura? Então como eu vou acolher? Como é que essa pessoa se sente ali, às vezes quantas e quantas pessoas não vão para unidade para não se exporem ali? Por que elas sabem que quando chegar à unidade elas vão se expor sim, porque elas sabem que não tem uma estrutura que eu possa trazer essa mulher pra uma sala*

*reservada “pra” conversar, não existe (...),então é inevitável (Enfermeiro 07)*

*(...) eu acho que a nossa estrutura também dificulta muito porque elas primeiro vão ter que ir para o acolhimento, por que a enfermeira da área não vai ta lá disponível a todo momento para atendê-las, geralmente elas são agredidas, e, vão logo para o acolhimento, o enfermeiro da área ele já “tá” cumprindo o cronograma dele (...) não tem assim, uma coisa certa que possa receber essa mulher de forma melhor, de manhã e de tarde, aí depois, é que a gente vai tomando conhecimento, (...) além disso, tem uma questão complicada também é que a unidade, ela é muito apertada, muito restrita de ambiente de atendimento, porque são dois médicos, aí tem outra sala que um enfermeiro fica fazendo pré-natal, e aí a outra sala já é a da gerente, ela tirou até a maca de lá, não tem onde atender! Aí pronto, embora a unidade seja até grandinha, pra quem vê, assim, mas a área onde atende, é muito pouca, restrita, só tem essas salas que eu “tô” falando “pra” você. (Enfermeiro 08)*

Ainda a respeito das limitações expostas pelos profissionais, não poderíamos deixar de citar os discursos que relatam a sobrecarga do trabalho, a falta de tempo e capacitação da equipe para lidar com o fenômeno da violência, em todos os âmbitos, principalmente a violência contra a mulher, uma das que mais indigna e causa vítimas; sublinhamos que a falta de sistematização de um fluxograma orientador de condução da violência contra a mulher no município, aparece nos discursos apontada como uma fragilidade à longitudinalidade do cuidado.

*(...) sem contar a nossa demanda que não permite ficar resgatando, lembrando o caso da fulaninha que “aquele dia veio aqui chorando, sofrendo do marido? (...) olha a gente tem que dar conta de tanta, coisa, mas tanta coisa (...) que a gente acaba priorizando o que é mais urgente e nisso muitas vezes a gente perde o contato com alguns casos destes aí, (...) aqui no território, a gente não tem nenhum, protocolo de como agir mediante essas situações não, penso até que seria muito importante se isso fosse possível (...) (Enfermeiro 02)*

*(...) e o que dificulta é todo o restante, a sobrecarga de trabalho, a falta de estrutura, a falta de apoio “pra” gente fazer alguma coisa, acho que também a falta de orientação (...) tipo assim o que eu profissional de enfermagem posso ou devo fazer numa situação dessas? Quem é que vem aqui me dizer? Nos capacitar “pra” isso? (Enfermeiro 04)*

*(...) infelizmente é um fator que acredito que seja determinante para dificultar é (...) a demanda do enfermeiro, que são diversas né? Demanda espontânea, temos os programas, pré natal, puericultura, hipertenso, diabético, mas a gente nunca disponibiliza, tempo “pra” isso, né?(...) (Enfermeiro 06)*

*Dificulta primeiro por que você não sabe lidar com essas situações, na verdade, você não foi preparado pra isso, então assim existe um atendimento que se chama Estratégia Saúde da Família e que os profissionais estão ali pra se depararem com tudo e, que elas não foram preparadas pra “tá” fazendo isso; ninguém sabe nem “pra” onde mandar essa mulher; (...) são várias situações (...) que você realmente não foi preparado “pra” aquilo, então, os pacientes te procuram esperando um retorno que você não sabe dar, “pra” min o principal fator que dificulta é esse, que o profissional não sabe lidar com a situação (...) e tem também a situação da demanda que impede isso, por que você não dispõe de um tempo pra você buscar, ou se você não sabe, procurar se informar com a vigilância né? (...) mas assim tudo requer muito tempo e é difícil mesmo, por que precisa do tempo que você não tem, isso é uma outra dificuldade, às vezes você acaba evitando de notificar ou de fazer o ideal porque você sabe que tem uma demanda exorbitante te esperando na tua porta, então se perde por isso,(...) (Enfermeiro 07)*

Explicitamos aqui o último conjunto de dificuldades à produção de cuidado da saúde da mulher vítima de violência intrafamiliar pontuado pelos enfermeiros da ESF de Sobral, Ceará. O mesmo diz respeito à percepção desses profissionais acerca do comportamento feminino frente às agressões sofridas por seus familiares.

*(...) a mulher é a primeira a não querer, porque ele é um pai de família, porque depende dele, porque gosta do companheiro e sabe que aquilo vai repercutir em um dano grande “pra” ele, por mais que ela até queira se separar, (...) porque a própria vítima não tem atitude de agir, aí até que ponto a gente pode tomar essa decisão por ela? Será que eu vou está ajudando, se eu mesmo contra a vontade dela, eu estiver fazendo isso?(...) (Enfermeiro 01)*

*(...) uma das maiores dificuldades são as próprias mulheres aceitarem ajuda, fazerem a denúncia ou tentar mudar a vida delas né? Não tem aquela história, ruim com ele, pior sem ele, elas não tem uma perspectiva que elas podem trabalhar produzir sem eles, e seguir a vida delas (Enfermeiro 04)*

*(...) porém nós temos também fatores que dificultam, principalmente essas mulheres não quererem “tá” expondo essa situação agora (...) é porque eu acho que é uma coisa fundamental, essa questão das mulheres lamentavelmente não quererem denunciar, não quererem procurar um serviço de saúde para receber ajuda por todos esses motivos (...) (Enfermeiro 06)*

*O primeiro e que mais dificulta é porque elas “têm” medo do companheiro, então por isso elas guardam muito sigilo, e não se abrem*

*para a gente, elas não comentam muito sobre este tipo de problema para a gente (...) o segundo é dependência financeira delas, então elas não tem pulso de seguir em frente, falta determinação para seguir uma nova vida (...)* (Enfermeiro 08)

➤ **Para os ACS**

**5.4.1 b Potencialidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar**

Os discursos dos ACS evidenciam que um dos fatores mais importante, considerados por estes sujeitos como uma potencialidade da ESF é a questão da relação de confiança que se estabelece entre o profissional e o usuário; esclarecem também que essa confiança foi conseguida pela lógica de organização da ESF, que pressupõe uma responsabilização sanitária e longitudinal dos profissionais por uma população adscrita restrita a determinado espaço geográfico.

Importante refletir que a ESF é reconhecida como a principal porta de entrada para os serviços de saúde do município, o que, ao nosso vê, facilita a promoção da relação entre usuários e profissionais.

*(...) e que facilite, acho que o nosso conhecimento com elas, né? As visitas que a gente faz, o conhecimento com os vizinhos, o NASF, a residência... Essas coisas mesmo (...)* (ACS 07)

*(...) e com tudo isso, só em elas se abrirem “pra” gente, já é um fator que ajuda no cuidado delas, por que tem umas são mais desconfiadas, mas tem umas que acreditam mesmo, sabe né? Confiam na gente, pedem ajuda (...)* (ACS 08)

*(...) um fator que facilita é o vínculo do profissional com ela, porque essas mulheres, se eu não tivesse um vínculo estabelecido com elas, se eu não tivesse uma relação de confiança jamais elas iam chegar pra min e se abrir, que foi violência do marido, elas iam inventar que tinham levado uma queda (...) jamais elas iam me contar e dizer que tinham levado uma surra do marido e aí isso facilita o acompanhamento, porque quando a gente sabe realmente o motivo, a causa, a gente se direciona “pros” lugares certos né? (...) eu acho que o vínculo é um ponto que facilita, nem tanto o vínculo daqui, do pessoal que trabalha aqui na unidade, mas eu acho que o vínculo comigo que “tô” lá na casa dela todo dia, facilita* (ACS 10)

*(...) e uma coisa que talvez facilite é a confiança que elas têm na gente, muitas confiam mesmo!* (ACS11)

Entre outros fatores apontados pelos ACS que propiciam a longitudinalidade do cuidado, a questão da ESF contar com equipes multiprofissionais merece destaque. Um grupo de ACS refere maior segurança na condução de casos envolvendo violência contra a mulher com o apoio do NASF e da RMSF, outros sujeitos relatam que as tecnologias leves, como grupos de convivência, ou outras ações, conduzidas pelos profissionais locais e apoiadas pela secretaria de saúde e ação social, também devem ser consideradas facilidades do cuidar.

*(...) uma coisa boa que eu acho que Sobral tem é a questão da nossa equipe, que a gente pode pedir ajuda aos profissionais, psicólogo, assistente social, terapia ocupacional. Sempre tem bons profissionais aqui pelo posto (...). Outra coisa que eu percebo que também facilita nosso cuidado com essas mulheres, é a questão dos grupos, né? Por que eu já tive uma senhora na minha área que ela era muito depressiva, porque (...) e, eu ia lá, conversava com ela, né? Convidava pra ir no grupo, aí até que um dia ela foi, e “tá” até hoje, (...) ela disse que se não fosse esse grupo na vida dela, meu Deus, ela não sabe nem o quê que já tinha acontecido(...) porque foi lá que ela fez amizade, aprendeu repente e assim ocupou a vida dela né? E a prefeitura sempre dá apoio a esses grupos, eles mandam carro “pra” gente levar eles “pra” passear, tem a verba que vem que já ajuda né?(...) (ACS 02)*

*(...) acho que a estrutura hoje de ter uma equipe multidisciplinar aqui no posto é um fator que facilita. (ACS 03)*

*(...) também tem as ações que a gente faz né? As atividades da COMPAZ, que a gente vai nas escolas, vai nos grupos, e acho que tudo isso ajuda elas saberem que tem direito, que os maridos, namorados não podem violentar elas (...) (ACS 05)*

Outros motivos lembrados por essa categoria como um facilitador do processo do cuidado, a exemplo do que ocorreu com a categoria de enfermagem, foram o interesse do profissional e a possibilidade de articulação com outras instâncias, outros setores ou níveis de atenção. Um ACS relatou o processo de organização do trabalho da equipe como positivo ao atendimento e acompanhamento das mulheres vítimas de VI.

*(...) acho que aqui em Sobral, ainda “tá” melhor organizada essa questão do que em outros lugares, (...) que por exemplo, em Alcântaras não tem nada disso, não tem delegacia, NASF, remédio, nem médico tem, aqui ainda tem a DST(ambulatório de infectologia), né? (...) então mesmo que falte muita coisa, ainda é melhor do que em outras cidades por aí. (ACS 08)*

*(...) mas nesse caso que eu te contei, o que ajudou mesmo, foi a gente se organizar, e querer ajudar essa mulher que tava precisando, então acho que a nossa boa vontade, mesmo sem ter os recursos, a gente faz, quando a gente quer, a gente faz, (...) (ACS 09)*

*(...) tem cronograma, que eu acho que nestes casos é até uma facilidade, (...) nos meus dois casos mais recentes que eu falei “pra” você eu não senti dificuldade de encaixar elas algum dia na agenda em algum horário (ACS 10)*

#### **5.4.2 b Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar**

Nos discursos dos ACS encontramos diferentes motivos apontados por esta categoria profissional como fragilidades à produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar. A falta de capacitação para lidar com a problemática, junto ao desconhecimento do que pode ser realizado e falta de apoio da gestão e da equipe de saúde da família, foram pontos negativos expostos pelos ACS, conforme evidenciamos nos discursos abaixo:

*(...) a gente precisava de uma capacitação, porque às vezes a gente não sabe o que fazer muito menos a quem pedir ajuda, (...), de saber mesmo ao certo a quem recorrer, porque quando acontece isso Michelle (...), muitas vezes a gente fica sozinha, no caso. (ACS 01)*

*(...) eu ainda acho Michelle, que falta um apoio mais forte “pra” poder ajudar, assim lá de cima né? (ACS 02)*

*O que dificulta assim era a gente ter mais um apoio assim na unidade, do sistema, porque a gente conta “pra” enfermeira, relata toda a situação, aí eu vou notificar aqui, e aí pronto, ela age como se tivesse feito alguma coisa, como se melhorasse muito a nossa situação, precisava melhorar a equipe, a enfermeira, o agente de saúde, os próprios amigos, colegas da gente, quanto a gente conta a história as pessoas parecem que ficam é com medo (...) aí, assim fica difícil, porque é só o agente de saúde, só a gente sabe ali o que se passa, porque a gente “tá” ali na área, ali do lado (...) o que eu mais quero assim é o apoio da enfermeira, é o apoio da equipe, que “tá” faltando, que não tem, a gente é jogada, traz as coisas, às vezes a gente fica até assim sem saber o que fazer, fica pensando que é melhor é não falar nem nada(...) (ACS 06)*

*(...) sempre tem aquela barreira por parte dos profissionais também; aí por que você não chegou mais cedo, aí por que não é mais hora, sempre botam algum obstáculo (...) (ACS 11)*



Outras dificuldades lembradas pelos ACS como dificuldades envolvem o processo de organização do trabalho da ESF, bem como na sobrecarga do trabalho da equipe mínima, que acaba não conseguindo realizar o cuidado apropriado, devido ao cumprimento de outra demanda.

*(...) a princípio você diz que vai ter um acompanhamento um apoio psicológico, mas não tem, a gente sabe que não tem mesmo, elas moram distante, elas não têm como se locomover, aí, como ela não está certa de que é aquilo que quer, basta um dificuldade mínima para ela desistir, então são grandes as dificuldades, grandes mesmo (...)* (ACS 05)

*(...) não tem sala, não tem enfermeiro que possa atender naquele exato momento, não tem uma psicóloga, e, às vezes tem, mas pra agendar são não sei quantos dias, e você precisa na hora, ali. Até ela ser atendida dá tempo ela morrer de pegar peia. Eu acho que deveria abrir grupos com o pessoal do NASF, para dar mais direcionado a este tema “pra” ver se elas conseguem se abrir e a gente poder trabalhar de uma forma melhor, a gente precisa de melhor orientação, às vezes a gente não sabe o que fazer com essas mulheres, não sabe nem pra quem recorrer ao certo (...)* (ACS 09)

*(...) na saúde, a demanda é muito grande e não só “pra” isso, aí dificulta acompanhar os casos (...) não “existe” programas voltados “pra” elas, não existe estratégia voltada “pra” elas, “pra” essas mulheres que estão assim nessas condições. Aí, a gente sabe que “num” posto de saúde como estes, com essa demanda que a pessoa tem, não dá assim ‘pra’ dar muita atenção a determinado paciente, principalmente a elas, “coitadas” né?* (ACS 10)

*(...) você tem que ter muito cuidado, então às vezes as enfermeiras falam de um jeito, que não precisa ser muito não, mas basta não atender direitinho, que é o suficiente para as mulheres não voltarem nunca mais no posto.* (ACS 11)

Assim como a categoria dos enfermeiros, os ACS também se demonstraram incomodados com a postura passiva das mulheres frente às violências sentidas por elas. Reclamaram da ineficiência da justiça e falta de efetividade e cumprimento das leis.

*(...) para mim o maior obstáculo mesmo são as próprias mulheres não buscarem ajuda, se elas não quiserem mesmo mudar a situação, e aí o que de fato pode ser feito? Nada, a gente fica de mãos atadas!* (ACS 04)

*(...) o que mais dificulta mesmo, eu acho que é a própria vítima, eu acho que é ela que não dar essa abertura (...)* (ACS 05)

*(...) na minha concepção existe um fator que dificulta muito nosso acompanhamento e tratamento a estas mulheres que é a questão de apesar de ser um crime sem fiança, por conta da Maria da Penha (...)* no

*papel tudo é muito bonito, mas na prática, não é da mesma maneira que acontece. E eles também sabem! Aí eu acho que por elas saberem disso, de que ele pode até ser preso e pode passar um, duas ou três semanas, mas ele vai se soltar, e aí, se ela levava uma surra, quando ele voltar ela vai levar duas. (ACS10)*

Um sujeito apontou como vulnerabilidade a limitação paradigmática da equipe da ESF saúde, quando restringe o cuidado baseado na assistência, na cura, na reabilitação, o mesmo questiona a posição da saúde em limitar o cuidado ao aspecto biologicista. Indagou-se também sobre uma visão ampliada de saúde da equipe, que deve focar na promoção de saúde através de práticas que empoderem a autonomia das mulheres. A falta de uma casa de apoio e centro de referência para as vítimas de violência intrafamiliar, além de ações, e leis ou projetos de lei que assegure benefícios às mulheres também foram apontadas.

*(...) nossas autoridades, onde nós moramos ainda não se preocuparam com esse tipo de violência, porque nossos vereadores, que de fato, são nossos representantes... Que nós colocamos lá, quais são os projetos dessas pessoas? Então, nosso maior obstáculo é um apoio concreto tipo casa de apoio, centro de referência, algo que de fato, proteja as mulheres tipo um centro de apoio para as mulheres que sofrem violência. (ACS 03)*

*(...) também “tá” faltando uma pessoa que apóie essas mulheres, que converse com elas, podia também ter uma casa de apoio, se tivesse, aí a gente botava bordado, crochê, porque com aquele trabalhozinho, elas faziam a venda delas, essas coisinhas, acho que ajudaria elas né? (ACS 07)*

*(...) eu sei que o Programa de Saúde da Família é voltado somente para a saúde física da mulher, mas e a saúde psicológica? E a vida particular que vai para além do corpo físico delas? O que “tá” acontecendo lá na casa delas, porque é essa vida que ela traz diariamente que vão trazer as doenças, então por que não ajudar antes da doença física né? Então eu acho que uma das coisas que “tá” faltando é essa visão da vida pessoal delas. (ACS 08)*

Um destes ACS nos relatou a falta de segurança, confiabilidade entre profissional de saúde e usuário do Sistema Único de Saúde, que inviabiliza uma relação de transparência entre estes, como um dos entraves à produção do cuidado ofertada na ESF às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

*(...) eu acho que o negócio trava porque ela pensa que a gente vai comentar com as outras pessoas, com as colegas porque tem pessoas, (...)*

*que vem contar certas coisas no posto de saúde, aí a enfermeira sai comentando, o agente de saúde comenta, às vezes até assim “numa” roda, eu tiro por aqui, nós ficamos ali naquela salinha aí se comenta alguma coisa assim, olha “tá” dizendo isso falando de fulano, e, às vezes nem é, né? A gente “tá” dizendo isso como um exemplo que a gente “tá” dando. Então é a falta de cuidado dos profissionais, a falta de ética né? (ACS 07)*

Salientamos que a falta de credibilidade e confiabilidade relatada pelos ACS entre a equipe, implica em uma fragilização do trabalho em equipe, necessário para o bom desenvolvimento da ESF.

Outras questões ainda apontadas como vulnerabilidades do sistema foram as de ordem estruturais, ou de acessibilidade, que para os ACS inúmeras vezes podem ser responsabilizadas, junto a outros fatores pelo não cumprimento de ações reconhecidamente importantes.

*Eu percebo assim (...) essa unidade já parece um... Como é o nome? Labirinto né? Pois é essa unidade não tem uma sala que a mulher possa chegar e conversar com a enfermeira (...) (ACS 03)*

*A princípio você diz que vai ter um acompanhamento um apoio psicológico, mas não tem, a gente sabe que não tem mesmo, elas moram distante, elas não têm como se locomover (...) (ACS05)*

## **6. REVELANDO A TRAMA DA PRODUÇÃO DO CUIDADO NA VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE SOBRAL, CEARÁ**

Neste capítulo analisamos e discutimos as informações oriundas dos discursos dos sujeitos sem considerarmos sua divisão em unidades de análise por entendermos que o universo do processo de cuidado ofertado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará é constituído por um conjunto de sujeitos que independentes de suas categorias profissionais conformam a atenção à saúde que implica na vida dos usuários da Atenção Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde.

Deste modo, nos propomos iniciar a discussão estruturada por cada categoria empírica, advinda das informações coletadas, seguida do diálogo de nossos paradigmas com a literatura científica, propiciando uma amplitude de conhecimento acerca dos temas debatidos, permitindo-nos uma visualização das informações empíricas e científicas sobre o fenômeno da violência contra a mulher e as estratégias da saúde para lidar com ele.

Salientamos que a partir da imersão nos discursos dos profissionais buscando o semelhante (hermenêutico) e o diferente (dialético) nos foi possível extrair três categorias empíricas que serão discutidas e confrontadas com a literatura científica apreendida ao longo da construção da pesquisa. Assim, os paradigmas convergentes comporão uma discussão única, de forma a resguardarmos o hermenêutico, base de nosso referencial teórico. Ao passo que as diferenças serão retratadas e tratadas em suas interfaces. Assim, identificamos em ambas as unidades de análise, a categoria:

### **6.1 Atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar na ESF de Sobral, Ceará.**

Esta categoria, como já explicado anteriormente subdividiu-se em: Ações mediante o conhecimento e casos de violência intrafamiliar contra a mulher, Acompanhamento às mulheres vítimas de VI na ESF de Sobral e Acolhimento das mulheres vítimas de VI na ESF de Sobral.

Aprendemos diferentes **ações mediante o conhecimento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher**, os sujeitos nos relatam condutas que devem ser tomadas ao se diagnosticar algum caso de violência intrafamiliar contra a mulher; entre os enfermeiros a ação mais lembrada foi a notificação compulsória, entretanto observamos que esta nem sempre é realizada.

Para Minayo e Souza (2011) a notificação compulsória é considerada uma importante etapa no manejo com violência intrafamiliar, uma vez que é este o meio pelo qual a violência ganha visibilidade, possibilitando aos sistemas de informações em saúde uma aproximação com a realidade dos casos de violência intrafamiliar de forma a contribuir na elaboração ou efetivação das políticas públicas voltadas à prevenção ou estratégias de enfrentamento a este tipo de violência.

Saliba *et al.* (2007) p.472 relatam a importância da notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde:

A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas (SALIBA *et al.*,2007 p.472).

Considerando as obrigações legais sobre a notificação compulsória do profissional de saúde em casos de violência contra a mulher, conforme estabelece a Lei n.10.778, de 2003 que dispõe sobre a obrigação dos serviços de saúde pública ou privada notificar casos suspeitos ou confirmados de violência de qualquer natureza contra a mulher, todas as categorias profissionais da área da saúde que mantiverem contato com a mulher vítima de violência (enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais e etc.) são obrigados a notificar tais casos; acarretando o seu descumprimento, em penalidade por constituir infração da legislação referente à saúde pública, sem prejuízo das sanções penais cabíveis (BRASIL, 2011).

Ainda sobre o aspecto jurídico, o artigo 66 do Decreto de lei n. 3.688 de 1941, reconhece como contravenção penal, a omissão do profissional de saúde que não comunicar crime do qual tenha tomado conhecimento por meio do seu trabalho, implicando em pena pecuniária, o seu não cumprimento. Inferimos que a interpretação desse artigo se aplica a violência cometida contra qualquer pessoa, independentemente de idade ou sexo.

Enfatizamos que ao consultarmos Código de Ética da Enfermagem, observamos no artigo 52, que provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos (no caso da não notificação), constitui infração ética sob penas que variam de uma simples advertência à cassação de direito de exercer a profissão.

Entretanto, apesar de constatada a importância da notificação para os casos de violência intrafamiliar contra a mulher o Ministério da Saúde estima que sejam denunciados apenas 15 a 20% de todos os eventos (BRASIL, 2002a).

Já Franzói, Fonseca e Guedes (2011) apresentam um estudo da autoria de Santos que investiga a visibilidade da violência de gênero em dois serviços de assistência primária à saúde de Ribeirão Preto onde a subnotificação atingiu algo em torno de 68%. Percebemos desta forma que apesar da elevada frequência, a violência de gênero não é visível na sua totalidade, tanto pela subnotificação de casos quanto pela sua desvalorização, enquanto problema social, transgressão aos direitos das mulheres e como contexto instaurador de danos à saúde.

Salientamos que as dificuldades de notificação perpassam as restrições encontradas em nosso país, pesquisa de Usta *et al.* (2012) referem que em uma revisão recente da literatura regional nos países árabes e islâmicos a violência doméstica também é grandemente subnotificada. Outro estudo internacional de Jansen *et al.* (2004) corroboram com estes resultados ao evidenciar fragilidades de notificação da violência na família em países como: Bangladesh, Japão, Namíbia, Peru e Tailândia, dentre outros.

Entendemos que a notificação deve constituir-se em etapa inicial das ações que devem ser adotadas pelos profissionais da atenção primária, entretanto não podemos reduzir a esta às estratégias de combate a violência contra a mulher, logo, outras ações, consideradas impactantes devem ser realizadas, as procuramos na literatura científica e de acordo com o Ministério da Saúde, através do documento intitulado Violência Intrafamiliar: orientação para a Prática em Serviço (BRASIL, 2002a), encontramos sugestões de ações que podem ser rotuladas de impactantes ou eficazes, que ao nosso vê podem ser implementadas pelas equipes de saúde da família de Sobral, tais como:

- Promover a organização de grupos de mulheres com a finalidade de trabalhar as questões de gênero, poder, violência, fortalecimento da autonomia e formas alternativas de resolução de conflitos;
- Facilitar o acesso a uma rede de apoio social (trabalho, moradia, etc.), buscando incluir a mulher e elevar sua condição de cidadania;
- Promover grupos de homens com a finalidade de propiciar a discussão sobre a violência, relações de gênero, fortalecimento da auto-estima e formas alternativas de resolução de conflitos (BRASIL, 2002 p.54).

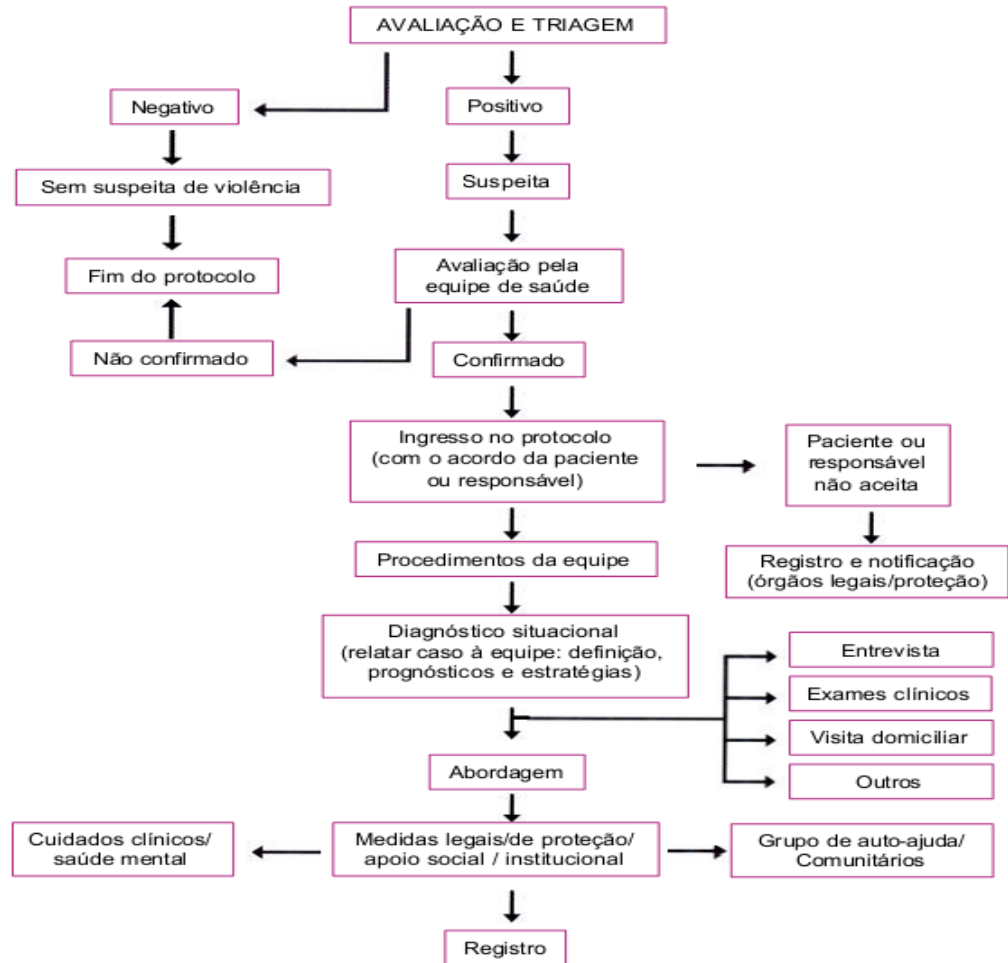
O manual destaca que, salvo situações de risco iminente, ou quando a vítima não tem capacidade de tomar decisões, em qualquer caso de atendimento de violência intrafamiliar, a equipe de saúde deve oferecer orientações e suporte para que a vítima possa compreender melhor o processo que está vivendo, analise as soluções possíveis para os seus problemas, tomando a decisão que lhe pareça mais adequada. Incluindo assim, a rede de serviços especializados (das

áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos). Ressaltando que a equipe de saúde nem a vítima devem agir sozinhas, evitando-se riscos ainda maiores.

No atendimento à situação de crise, é importante oferecer informações de referência, inclusive assegurando-se de que os recursos foram acessados e forneceram as respostas necessárias (BRASIL, 2002a).

Vejamos a seguir protocolo de atendimento à violência intrafamiliar sugerido pelo MS:

Figura: 04 - Protocolo sugerido pelo MS para atendimento de casos de violência intrafamiliar por profissionais da ABS



Fonte: BRASIL (2002, p.31)

Necessário se faz esclarecer que este protocolo é dado como proposta aos estados e municípios brasileiros, contudo a rede de enfrentamento à violência contra a mulher, bem como os fluxos de atendimentos sofrem alterações de acordo com a disponibilidade de instituições e serviços em cada cidade ou estado.

A fragilidade dos enfermeiros em saber que condutas devem tomar frente às situações de violência pode ser influenciada por sua formação fragmentada e biologicista que pouco considera aspectos biopsicossociais, onde raramente são incluídos assuntos com produção de conhecimento técnico e específico sobre o tema violência (FERRAZ, *et al.*, 2009).

Oliveira *et al.* (2005) corroboram, quando apontam que a maioria das faculdades de enfermagem não contemplam em seus currículos e programas de educação continuada a formação e o treinamento dos aspectos relacionados com a violência. Logo, os profissionais de saúde não se encontram preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto efetivo à saúde das vítimas.

Nosso estudo corrobora com achados do estudo de Leal & Lopes 2005 (*apud* SALIBA *et al.*, 2007), o qual evidenciou que as principais dificuldades desses trabalhadores são o despreparo para lidar com o paciente violentado, a falta de comprometimento institucional em relação ao apoio psicológico e falta de capacitação dos profissionais para lidar com vítimas de violência. Neste sentido, concebemos que os enfermeiros possam se sentir pouco preparados para oferecer atenção que cause impacto efetivo na saúde das vítimas, uma vez que percebemos fragilidades nas orientações e condutas dos profissionais mediante casos de violência intrafamiliar contra a mulher, inclusive da efetivação da notificação.

Ao adentrarmos nos discursos dos ACS da mesma categoria empírica percebemos que estes também identificam a notificação como uma atividade a ser realizada, entretanto não a elucidam como a principal estratégia a ser executada mediante o conhecimento dos casos de mulheres vítimas de violência por seus familiares.

Embora tenhamos discutido a importância e dever do profissional da saúde realizar a notificação compulsória, de todos os casos e agravos que exigem tal conduta, esta categoria profissional, em sua maioria, externaliza durante seus discursos, que prefere deixar a notificação à responsabilidade da enfermagem.



Salientamos que de acordo com a Lei nº 10778, a notificação da violência contra a mulher deve ocorrer no serviço de atenção básica de saúde sempre que houver confirmação ou suspeita dos casos de violência, e, todos os profissionais devem fazê-la. Apesar da notificação se fazer necessária para subsidiar o poder público na elaboração de políticas no enfrentamento deste tipo de violência ela é encarada pelos profissionais com temor e insegurança.

Rodrigues e Figueira (2011) apontam 05 ACS dentre 08 que confirmaram a existência de casos de violência contra a mulher, e não realizaram nenhuma notificação. Para Lobato, Moraes e Nascimento (2012) o medo da exposição durante a notificação se revela como um dos principais problemas à efetivação da mesma pelos ACS. O temor é apontado como um desafio para a garantia do sistema de vigilância das violências. Para os autores, a explicação do medo de notificar por parte dos ACS se deve ao fato desta ser a categoria profissional mais exposta às ameaças de violência pelas famílias, entre outros motivos, porque moram na comunidade onde trabalham.

Neste sentido, para os ACS, a primeira e mais importante atitude/ ação a ser realizada é aproximação com a mulher violentada, a fim de estabelecer ou fortalecer um vínculo e confiança com ela. Iturralde (2009) relata que a confiabilidade dos usuários com os profissionais de saúde é fundamental para se estabelecer diálogo. É através desse diálogo que os ACS acreditam serem confidencializados das agressões que muitas vezes apenas ouvem falar por terceiros; a categoria propõe ajudar as mulheres vítimas de violência intrafamiliar através das conversas que se estabelecem durante os processos de trabalho, inclusive no contexto da visita domiciliar, quando eles conhecem com maior propriedade a realidade a qual a vítima é submetida.

Entendemos que a escuta permeada por essas conversas facilita a verbalização dos sentimentos das mulheres vítimas de violência intrafamiliar, sobretudo quando esse diálogo se dá em um ambiente tranquilo e seguro; nos discursos dos ACS observamos que muitas vezes estes as encontram sozinhas ou com filhos pequenos durante a visita domiciliar, o que favorece a confiança da vítima e viabiliza a escuta do profissional.

Oliveira e Fonseca (2007) referem que à verbalização desse problema pelas mulheres é dificultada pela incerteza, culpa, vergonha, medo de não ser compreendida, medo de se expor e medo quanto à segurança pessoal. Neste sentido, quanto mais intensa for a confiança no

profissional de saúde, maior será a probabilidade da mulher vítima de violência intrafamiliar revelá-lo os maus tratos.

Fonseca *et al.* (2009) alertam que há de se ter cuidado com a escuta, uma vez que o predomínio dela sem outros posicionamentos pode simbolizar déficit de preparo do profissional frente a situações complexas, com as quais só sabe lidar por meio da escuta refletindo uma visão de prática assistencial baseada na neutralidade científica e não no envolvimento pessoal do profissional, desconsiderando a politicidade das práticas em saúde. Isso está associado à forma de organizar os sistemas sociais que são baseados no patriarcado, cuja tática de poder e controle está infiltrada na lógica do raciocínio da sociedade e, portanto, pertence à base da ciência e precisa ser superado para se chegar a uma sociedade justa e igualitária (FONSECA *et al.*, 2009).

Nesta categoria os ACS também relataram que as ações desenvolvidas por eles, variam em função da necessidade, de cada caso, além da coragem e disponibilidade da mulher vitimada. Por vezes, eles reorganizam os serviços de acordo com as necessidades da clientela, em busca de cumprir a acessibilidade e buscam ajuda que ultrapassa o setor da saúde.

Entendemos que a atuação do ACS deve realmente ultrapassar os limites específicos da saúde, suas ações intersetoriais podem ocorrer em áreas como educação e cidadania/direitos humanos, enfatizando que nesta área, a atuação dos ACS deve acontecer de forma que interfira de maneira positiva na melhoria da qualidade de vida, reforçando iniciativas pré-existentes de combate a violência.

Estudo realizado por Rodrigues e Figueira (2011) que objetivou investigar e analisar a atuação dos ACS frente à violência doméstica contra a mulher, observou que a intervenção profissional só se coloca efetivamente quando inclui agressão física. Nestes casos, os ACS orientam à mulher sobre seus direitos; encaminham para serviços de saúde disponíveis e delegacias especializadas em atendimento à mulher; comunicam ao chefe da equipe, entretanto, raramente, fazem a notificação compulsória do caso. Já nas violências não físicas (como psicológica e institucional) as ações dos profissionais se caracterizam por simples omissão ou se resumem a conselhos.

Reiteramos que essa forma de lidar com a violência se associa às concepções sobre violência e gênero disseminadas entre a população atendida e partilhadas também por ACS.

Contribui para a persistência de tais concepções entre ACS, a inexistência de uma política estruturada de formação continuada sobre o tema.

Pesquisa de Palmezoni e Miranda (2011) demonstra que a principal ação dos ACS ao se depararem com casos de violência intrafamiliar (42%) é encaminhar o caso para um membro da equipe, em geral o enfermeiro é a figura de referência para eles.

A reorganização dos serviços disponíveis na ESF de forma a receber e atender essas mulheres vítimas de violência intrafamiliar deve ser respeitada, no sentido que é atribuição do ACS auxiliar na execução da acessibilidade e universalidade à população, enquanto membro integrante de uma equipe da ESF. O SUS assegura que todas as pessoas têm direito à saúde, mas é importante lembrar que elas possuem necessidades diferenciadas. Assim, para que se faça justiça social, é necessário um olhar sensível, por meio da organização da oferta e acesso aos serviços e ações de saúde aos que mais necessitam, para que sejam minimizados os efeitos das desigualdades sociais. O Manual dos ACS o considera como personagem fundamental da transformação das práticas, uma vez que ele se destaca pela capacidade de se comunicar com as pessoas e pela liderança natural que exerce (BRASIL, 2009).

Indubitavelmente as estratégias que os profissionais de saúde lançam mão para cuidar das mulheres vítimas de violência intrafamiliar em seus territórios podem ser o limite entre o sentimento de vergonha e a coragem de denunciar o problema da violência intrafamiliar; neste sentido a necessidade de melhor orientação do profissional da ESF, acerca das possibilidades de ações frente à problemática da violência, merece importância; instigar a reflexão sobre o cuidado prestado às vítimas de violência intrafamiliar é necessário, pois não existe um modelo pronto para realizá-lo. Percebemos que na prática, os profissionais da área de saúde apresentam dificuldade em agir com essas vítimas; ACS e enfermeiros, enquanto integrantes fundamentais da equipe de saúde devem ser conhecedores das ações propostas em manuais de combate à violência familiar, da importância de sua abertura às vítimas, com vistas ao auxílio na solidificação do combate a violência contra a mulher.

Assim, compreendemos o **Acompanhamento às mulheres vítimas de VI na ESF de Sobral** como etapa indispensável à longitudinalidade do cuidado; nos discursos dos depoentes este foi apontado com diversas fragilidades que variam de acordo com o interesse e tempo do profissional, passam pela falta de conhecimento do que pode ser feito, pela carência de

profissionais, pelo simples conhecimento dos casos pelos profissionais, e por vezes se configura como inexistente na percepção dos profissionais de saúde pesquisados.

Nesta perspectiva, o cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar não pode nem deve limitar-se ao momento da abordagem, mas ao contrário, esta é o marco inicial de sua produção, que buscará desvelar caminhos nem sempre estabelecidos até alcançar sua concretude.

Uma vez iniciado qualquer procedimento que se tipifique como cuidado, (primeiro atendimento) o monitoramento/ acompanhamento deve constituir-se em etapa seguinte, com planejamento das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais, ressaltando-se o estabelecimento de prazos e formas de acompanhamento àquelas mulheres que buscaram nos serviços de saúde, um pedido de socorro. Assim, a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres esclarece que o acompanhamento se dê por meio de ações preventivas ou assistenciais (BRASIL, 2008).

Riquinho e Correia (2006) reiteram que o profissional de saúde ao prestar o primeiro atendimento à mulher vítima de violência ficaria responsável por orientações, acompanhamento e quando necessário encaminhamento para outros níveis de atenção. Entretanto, o monitoramento desses casos torna-se mais difícil, dada a complexidade do fenômeno da violência intrafamiliar e o medo de envolvimento já relatado dos profissionais em lidar com a situação, correndo-se o risco dos profissionais apenas encaminharem as usuárias para outros profissionais ou setores, sem efetivar seu acompanhamento, assim Furlaneto (2007) evidencia certa preocupação ao tratar do acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar por profissionais da ESF:

... E quanto aos encaminhamentos apreendidos na pesquisa, ao considerar que existem situações que não podem ser tratadas no setor saúde ou somente neste, os profissionais encaminham as mulheres para a rede sócio-assistencial do município o que pode acarretar em ações meramente mecânicas se não houver o acompanhamento deste encaminhamento pelo profissional, sendo que estes encaminhamentos realizados sem a responsabilização do profissional que encaminhou e do profissional que acolheu não garantem a integralidade da atenção proposta pelo SUS como um princípio básico, e reafirmado na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (FURLANETO, 2007, p.96)

Para Agudelo (1990 *apud* MINAYO 2006) um acompanhamento que permita diferentes formas de trabalhos desenvolvidos com essas mulheres, cria condições, a longo prazo, da possibilidade de superação desses eventos. Os autores descrevem ainda acerca da confiança das usuárias nos profissionais, advinda da relação após a evidenciação do conflito, pois muitas

mulheres sentem-se envergonhadas em assumir as lesões oriundas de relacionamentos com homens, o que acaba por aproximar a vítima do profissional da saúde, já que este se torna, muitas vezes, seu único confidente.

Acreditamos que junto ao acolhimento, o monitoramento das mulheres vítimas de violência, independente de sua natureza, deve ser considerado em sua horizontalidade, uma vez que esta etapa facilita aos profissionais a proposta de ações que desconstruam os sentimentos de inferioridade das mulheres agredidas; interfiram nos padrões sexistas/machistas ainda presentes na sociedade brasileira, (através de grupos ou psicoterapias individuais ou coletivas) promovendo o empoderamento das mulheres através de um atendimento qualificado e humanizado.

A falta de destreza para lidar com essas situações e monitorá-las em meio a outras tantas responsabilidades da equipe contribui para a fragilidade do acompanhamento ofertado as mulheres vítimas de violência intrafamiliar, já que em cada caso a conduta do monitoramento deveria ser personalizada considerando a abertura da vítima e a organização de trabalho da equipe de saúde da família.

Riquinho e Correia (2006) acreditam que os profissionais de saúde encontram inúmeras barreiras no acompanhamento das mulheres vitimadas pela violência, que são agravadas pela falta de tempo, deste modo propõem que os serviços de saúde assumam postura de responsabilização e desenvolvam uma estratégia de atendimento voltada à identificação e acompanhamento terapêutico das mulheres vítimas de violência.

Contudo, isso não se configura em práxis, Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) relatam duas posturas assumidas pelos profissionais da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro diante da identificação dos casos de violência contra a mulher: primeiro, caso a vítima aceite a possibilidade de denunciar à polícia, a mulher é encaminhada às delegacias, abrigos e outros, os profissionais desconhecem o que acontece deste momento em diante. Não há um acompanhamento por parte dos profissionais da equipe; segunda, caso a mulher não aceite as alternativas apresentadas, os profissionais se desincumbem de fazer algo, desresponsabilizado-se por essas mulheres. Este dado amplia a preocupação da efetiva co-responsabilização entre usuário da ESF e seus profissionais, no sentido de não se utilizarem de potenciais dispositivos da ESF, como as visitas domiciliares, conversas informais, educação permanente entre outros.

Para isso, requer-se sensibilização dos profissionais e dos gestores da política de saúde, embasados na lógica da educação transformadora que incite diretrizes e apontamentos da política pública de saúde, bem como suas normatizações, a fim de efetivá-los enquanto instrumentos norteadores da prática cotidiana dos profissionais da saúde na atenção à violência contra a mulher.

Nos discursos de ambas as unidades de análise, a cobrança desses casos recai facilmente sobre a figura do enfermeiro da ESF, o que o sobrecarrega de tal maneira que muitas vezes esquece-se de compartilhar essa responsabilidade com a equipe multiprofissional de saúde presente na ESF e por vezes se frustra com suas limitações.

Tal sentimento reitera paradigmas que iniciaram sua techedura na discussão da categoria empírica anterior, quando os enfermeiros sobrecarregam-se de muitos afazeres e não conseguem lidar eficazmente com situações de violência contra a mulher, uma vez que a divisão de responsabilização na equipe multiprofissional, ainda não se tornou uma prática. Algumas possíveis explicações para este fato sejam: a falta de tempo/ organização dos profissionais para responder as questões que ainda não demandam prioridade na ESF, uma vez que são menos cobradas, quando comparadas a outras problemáticas apresentadas nos indicadores de saúde; a dificuldade de permanência de uma mesma equipe multiprofissional que estabeleça com a equipe mínima a divisão de responsabilidades sanitária pelos problemas existentes na área da equipe; sensibilização de equipe multidisciplinar treinada para lidar com estas questões; alinhamento entre os profissionais que permita coesão entre as ações realizadas na equipe de saúde da família e seguimento destas.

Bedone e Faúndes (2007) entendem que a apropriação das várias conotações que envolvem o atendimento e acompanhamento de mulheres nesta situação, ocorre com a participação de profissionais de várias áreas; clarificam que as diferentes percepções de profissionais com formações variadas contribuem para a melhor capacitação de cada um.

Passos (2010) destaca que a intervenção nos casos de violência deve ser multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional, devendo a equipe de saúde, além de prestar um cuidadoso acompanhamento, buscar realizá-lo com o apoio de organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência. Em Sobral destacam-se:

- Grupos de Mulheres (Presentes em alguns territórios)

- Conselho Municipal dos Direitos das Mulheres;
- Promotoria de Justiça;
- Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde de Sobral;
- Núcleo de Gênero Pró Mulher de Sobral;
- Delegacia Especializada de Crimes contra a Mulher;
- Centro de Referência em Assistência Social;
- Centro de Referência em Especialização de Assistência Social;
- Coordenaria Especial de Direitos das Mulheres; (com sede Fortaleza, mas tendo o município de Sobral como parceiro)
- Comissão Local de Promoção de Cultura de Paz na Família.

Ressaltamos que o Núcleo de Gênero Pró Mulher de Sobral realizou recentemente, no segundo semestre de 2012, duas capacitações sobre o combate à violência contra a mulher, destinadas aos profissionais que atuam na ponta dos setores da saúde, educação e segurança pública e que mantém contato direto com estas mulheres contemplando diversas áreas profissionais (educação, saúde, polícia militar e civil, bombeiros, guarda municipal e sociedade civil). Esta iniciativa faz parte do circuito de capacitação do estado do Ceará fundamentado pela Política de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, apoiada pelo Ministério Público do Estado do Ceará que deverá contemplar todos os municípios pólos.

Concebemos que iniciativas como esta devam ser rotinizadas nos municípios brasileiros, a fim de desconstruir a naturalização do problema da violência intrafamiliar contra a mulher, desmistificando paradigmas machistas e sensibilizando e orientando os profissionais das mais diversas áreas como segurança, saúde e educação, uma vez que esta luta ganha força, à medida que mais ações são notificadas e acompanhadas, sendo sua discussão enfatizada pelo poder midiático.

Frente a este contexto, entendemos que os profissionais da ESF de Sobral, precisam de maior comprometimento e organização para a realização do acompanhamento/ monitoramento das mulheres vítimas de violência intrafamiliar, o que implica em toda continuidade da produção de cuidados, compreendendo que o cuidado às mulheres vítimas de violência deve ser planejado

para promover segurança, acolhimento, respeito e satisfação das suas necessidades individuais; salientamos ainda que este suporte aos profissionais deve surgir a partir da gestão de saúde local, que tem responsabilidade social e sanitária sobre a atenção prestada às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

Refletir cautelosamente acerca do seu planejamento, monitoramento e avaliação permeados em instrumentos pertinentes, nas políticas públicas de saúde e na legislação vigente é fundamental para a proteção das vítimas, prevenção de agravos futuros e concretização do cuidado (FERRAZ *et al.*, 2009).

A questão do acompanhamento está atrelada ao interesse profissional nos desperta para a necessidade de se discutir a dimensão deste cuidado quando se trata de mulheres vítimas de violência intrafamiliar entre os profissionais da ESF, os envolvendo na problemática e os capacitando à consolidação do cuidado a esta população.

Ainda sobre a atenção dispensada à mulher vítima de violência intrafamiliar, compreendemos **O acolhimento das mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral** como a condição “sine qua non” para o estabelecimento do cuidado às vítimas da violência intrafamiliar.

Contudo, antes de iniciarmos a discussão e análise das informações sobre acolhimento, pensamos ser prudente clarificarmos o sentido desta palavra tão usada no jargão da saúde. O acolhimento pode ser entendido como a atitude do profissional de saúde ao receber seus usuários.

De acordo com a portaria N° 648, criada em março de 2006, que dispõe sobre a Política Nacional da ABS, O Ministério da Saúde inclui o Acolhimento como uma das responsabilidades da equipe de saúde da família, a qual deve implementar essa prática como diretriz do SUS, tornando-se fundamental na organização do processo de trabalho em saúde. Desta forma o Ministério da saúde descreve quanto ao acolhimento:

[...] favorece a relação de confiança e compromisso entre as equipes e os serviços. Possibilita também avanços entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial para a produção brasileira (BRASIL, 2009, p.07).



Ainda para o MS a palavra acolher, em seus vários sentidos, expressa dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir o acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão, de “estar em relação com” (BRASIL, 2009). Rocha (2012) reitera o acolhimento como o ato ou efeito de receber, tomar em consideração.

Para Brehmer e Verdi (2010), o profissional de saúde deve desenvolver uma postura de colocar-se no lugar do usuário para melhor perceber suas necessidades, resolvendo-as ou as encaminhando da melhor maneira possível.

A Política Nacional de Humanização (PNH), elaborada em 2004 para atuar transversalmente em toda a rede do SUS, propõe fomentar princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, interprofissionalmente e entre as diversas unidades e serviços de saúde, além das instâncias que constituem o Sistema, contemplando no acolhimento, que se inicia com a entrada do usuário ao serviço de saúde até a atenção resolutiva de seus problemas, uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da PNH (BRASIL, 2010c).

Ética porque se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida; estética, já que traz para as relações e os encontros diários a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade; e, por fim política, uma vez que implica o compromisso coletivo de envolver-se no “estar com o outro”, entendendo que acolher faz parte de qualquer relação que desenvolvemos durante a vida, potencializando protagonismos de vida nos diferentes encontros (BRASIL, 2010 c).

Como nos relatam Brehmer e Verdi (2010) a PNH integra o acolhimento aos seus “modos de fazer”. Esta prática, como estratégia, foi implementada desde as primeiras propostas de reorientação da atenção à saúde, constituindo-se em uma diretriz do novo modelo technoassistencial.

O acolhimento propõe reorganizar o serviço no sentido de oferecer sempre uma resposta positiva ao problema de saúde apresentado pelo usuário, desta forma constitui uma ferramenta imprescindível ao processo de cuidado. Pensar que essa estratégia pode interferir

vorazmente em todo o desenvolvimento de construção do cuidado durante uma situação de ausência de saúde, vivenciada por usuárias vítimas de violência intrafamiliar, em seus mais amplos aspectos, nos faz perceber o grande impacto do acolhimento enquanto parte inicial de uma relação entre usuário e profissional de saúde capaz de reescrever histórias.

Compreendendo que a mulher vítima de violência intrafamiliar chega ao centro de saúde da família com uma dor que ultrapassa em muito a física, o primeiro contato que esta terá com o profissional poderá predeterminar um relacionamento de confiança e ajuda entre usuário-profissional. Assim, conhecer como vem acontecendo o acolhimento dos profissionais da ESF às mulheres vítimas de violência pela própria família em Sobral, Ceará nos dá a oportunidade de refletirmos em nossas ações e formas de cuidar.

Nos discursos dos profissionais, observamos hermenêutica, no que diz respeito à preocupação com a realização de um acolhimento diferenciado à mulher vítima de violência intrafamiliar, embora os sujeitos apontem que a conjuntura organizacional da ESF ainda não permita um momento diferenciado do momento da triagem da demanda livre, há esforço profissional em prol do alcance de tal cuidado, algumas vezes exitosos, outras não.

O reconhecimento que estes casos merecem atenção diferenciada revela a sensibilidade dos sujeitos sobre a problemática da questão, entendendo que uma mulher quando é violentada por um membro da família, necessita de um atendimento que não pode ser restrito ao médico-curativista. Nestes casos, ela não deveria esperar por uma “ordem de chegada” ou “ordem de gravidade” a fim de ser socorrida, uma vez que essa espera implica em prejuízos que vão desde a maior exposição da vítima a uma população estigmatizadora, conhecida por ela, a complicações biológicas advindas da demora da intervenção e piora na gravidade das lesões físicas.

Os depoentes apresentam-se incomodados com essa dura realidade que permeia o acolhimento, entretanto sentem-se impossibilitados de transformá-la, não enxergam estratégias de “passar o caso de violência na frente de uma demanda que está esperando”. Para Porto (2008) o bom atendimento destas vítimas está relacionado com agilidade e rapidez, sobretudo quando essas agressões são explícitas, como nos casos de lesões no rosto, pois as mulheres não gostam de esperar na frente de todo mundo (usuários e funcionários do csf ); a autora relata ainda que para as mulheres, a idéia de um bom atendimento também se relaciona a outras idas ao csf,

(longitudinalidade do cuidado), entretanto ressaltamos que o acompanhamento, tem relação direta com o acolhimento recebido nos serviços de saúde.

Para Rodrigues (2011) o acolhimento consiste na busca da necessidade da clientela, desta forma, ele deve ir ao encontro de cada usuário, atendendo em uma perspectiva holística e integral, reconhecendo em cada caso a maneira mais adequada para fazê-lo, considerando o respeito e o bem estar do usuário da ESF; neste contexto, inferimos que o acolhimento deve ser organizado e diferenciado em cada centro de saúde da família, uma vez que considera a realidade local, baseada nos indicadores de saúde da população, bem como na melhor maneira de acolher esta comunidade através da percepção dos próprios moradores, seja construída por participação social ou outras formas de autonomia dos sujeitos.

Sublinhamos que embora os discursos de alguns sujeitos evidenciem o acolhimento em uma perspectiva de triagem, não podemos reduzi-lo a esta. Solla (2005 *apud* RODRIGUES, 2011) esclarece que acolher significa humanizar os serviços de saúde, garantindo o acesso a todas as pessoas; escutar o problema e responsabilizar-se por ele, comprometendo-se com a dor do outro, dito isso, jamais poderia ser resumido ao ato de triagem, é maior que uma triagem por mais qualificada que esta seja.

Assim, o acolhimento pressupõe uma postura e prática dos profissionais de saúde requerendo mais que um espaço ou profissionais para receber os usuários, carece de uma visão ampla da equipe e da população. Todos devem comprometer-se em buscar melhores condições de acesso e de resolutividade, contemplando a covinculação entre usuários e profissionais.

Entendemos que o acolhimento não pode ser restringido ao problema da recepção da demanda espontânea, (triagem) tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade. Ele é capaz de qualificar uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas em uma condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção. Este ao contrário, deve ser o melhor momento para oferecer uma escuta qualificada, livre de julgamentos alheios, livre de juízo de valor do próprio profissional de saúde (BRASIL, 2010 b).

Todos os encontros entre profissional de saúde e usuários merecem ser acolhidos, onde o usuário possa ser ouvido de forma privativa e cuidadosa; igualmente o usuário não é acolhido somente quando chega ao profissional que irá atendê-lo, mas desde sua entrada ao CSF,

ao passar pelo vigilante já começa a ser acolhido, bem ou mal. Consoantes a estas reflexões o MS explicita:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética: não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de abrigar e agasalhar outrem em suas demandas, com responsabilidade e resolutividade sinalizada pelo caso em questão. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Colocar em ação o acolhimento, como diretriz operacional, requer uma nova atitude de mudança no fazer em saúde... (BRASIL, 2010 b, p.19).

Brasil (2010 b) informa que, apesar dos avanços e das conquistas do SUS, em todos os seus anos de existência, ainda existem grandes lacunas nos modelos de atenção e gestão dos serviços no que se refere ao acesso e ao modo como o usuário é acolhido nos serviços de saúde pública, bem como na percepção de acolhimento tanto por usuários como pela própria equipe de saúde.

Neste sentido, ainda seguindo uma perspectiva hermenêutica, colocamos em cheque a qualidade da escuta realizada atualmente pelos profissionais da atenção básica de saúde, quanto a oportunidade de potencializar o momento para o início do processo de cuidado. Os profissionais referem que esta se constitui em uma barreira ao ato de acolher, seja pela dificuldade estrutural, seja pelo processo organizacional da equipe que não assegura um ambiente favorável ao diálogo, impedindo uma escuta qualificada.

Viera, Pardoim e Landerdahl (2009) corroboram com este paradigma quando afirmam que é preciso garantir um lugar específico, privativo, de preferência sem a presença de pessoas que possam inibir o relato. A equipe deve estar alerta no sentido de evitar o vazamento das informações, a fim de não criar estigmas sobre o atendimento.

Porto (2008) reitera que este tipo de abordagem não deve ser feita diante de outros, a falta de um ambiente acolhedor, para se falar de um problema tão delicado, faz com que a mulher sinta-se constrangida, impedindo a relação de empatia e confiabilidade.

Entendemos que a questão da violência intrafamiliar contra a mulher constitui ainda um assunto sigiloso, é difícil para uma mulher agredida, independente de seu tipo de agressão conseguir falar sobre o problema, sobretudo em um espaço físico que não é exclusivo dela, mas onde ela tem que compartilhar seu sofrimento físico e psíquico, além da vergonha de ter sido violentada, pois os julgamentos populares, na maioria das vezes a culpam dessa agressão.

Desta forma, a escuta qualificada vai além de uma escuta com qualidade, mas se inicia com um ambiente propício a essa conversa, além da disponibilidade do profissional que repasse segurança e confiabilidade. A organização do processo de trabalho da equipe de saúde da família implica diretamente na possibilidade de sua atuação frente a esta escuta.

Para os sujeitos, a centralização dos profissionais de enfermagem como principais responsáveis sanitários por determinada área, e a forma como estes são cobrados tanto pelos gestores, como pela própria população faz, com que estes, não tenham uma sistemática de trabalho que permita que eles se afastem dos outros usuários por tempo significativo, pois eles são chamados insistentemente a todo tempo para resolver outros assuntos, o que inviabiliza uma escuta/ conversa apoiadora, necessária para os casos de violência intrafamiliar (SEVERINO; COSTA, 2010).

A limitação paradigmática da equipe de saúde da família por vezes incomoda os ACS, que se questionam quanto à essência da ESF, pois, como modelo eleito de reorientação da atenção primária de saúde, corre-se o risco de repetir as práticas médico assistencialistas dos modelos anteriores, para isso, necessário se faz inúmeras capacitações e abertura o profissional de saúde aos fundamentos da ESF, além do investimento na formação dos profissionais da saúde, ainda em suas graduações.

Considerando os fundamentos institucionais, políticos e sociais da ESF, Furlaneto (2007) ressalta que a visão ampliada de saúde deveria ser à base do trabalho das equipes de saúde da família e seu escopo de intervenção, a fim de integrar ações contextualizadas e transformadoras seja na prevenção, cura ou reabilitação, de forma a atingir a promoção de saúde holisticamente.

Diante do contexto, percebemos necessária maior organização no diálogo ofertado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na ESF de Sobral, Ceará, seja vislumbrando a criação de possibilidades de escuta e qualificação de demandas apresentadas ao serviço, seja discutindo sua forma de atuação com a equipe mínima. A existência de canais de comunicação e a possibilidade de acolhimento coloca-se a interface da demanda, que deveria está melhor organizada em uma estratégia, que tem como pressuposto a organização da atenção em saúde. Só assim o profissional poderá escutar e qualificar-se o suficiente para conceberem o relatado como alvo de suas práticas.

## **6.2 Sentimentos dos profissionais da ESF diante dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher**

Quando se estabelece uma relação duradoura entre trabalhadores da saúde e usuários, é comum que os profissionais de saúde assumam vínculo com aquela comunidade atendida, o que, aliás, contempla uma das propostas da ESF a qual acreditamos facilitar a produção do cuidado à comunidade, sobretudo no contexto da violência intrafamiliar contra a mulher. Vieira *et al.* (2009) explicam, que o profissional de saúde envolvido com a assistência à mulher que sofre violência tem sentimentos aflorados, pelo impacto que a situação carrega em seu bojo.

Para Furlaneto (2007) o vínculo constitui um dos fundamentos da atenção básica que merece destaque, pois pode ser considerado estratégia de melhoria de acesso e desenvolvimento de práticas integrais em saúde, de abertura de possibilidades de maior compreensão e ampliação das demandas da população, inclusive das demandas relacionadas a situações de violência. Campos (2007) explica que a possibilidade de construção de vínculo depende de dois fatores relacionais: o trabalho em saúde, o que o serviço tem a oferecer; e as necessidades a serem atendidas. Ou seja, vínculo para ele seria o resultado da disposição de acolher por parte dos profissionais de saúde, e, a decisão dos usuários em buscar apoio.

O contexto organizacional da ESF aponta para a co-vinculação entre usuários e uma equipe e/ou profissional como uma necessidade inestimável, principalmente quando este vínculo é visto enquanto relação de confiança, capaz de proporcionar o encorajamento das mulheres em situação de violência, principalmente a intrafamiliar por carregar consigo uma imbricação de valores e condutas. Assim, o vínculo deve ser reconhecido para além da simples adscrição dos usuários a uma determinada equipe, mas expressa o estabelecimento de uma relação contínua e intransferível, um momento de promoção e expressão de subjetividades; o que poderia explicar o **Sentimento de revolta e raiva** apontado pelos sujeitos.

Tais emoções emergem mediante um conjunto de fatores composto pela cultura machista, que admite que o homem possa “perder a cabeça” denotando a impossibilidade temporária de raciocinar e bem agir “porque é homem”, pela ineficiência judiciária, que encoraja as ações de violência dos agressores contra a mulher, uma vez que estes descansam na morosidade da justiça, na permissividade do sistema penitenciário e na carência de profissionais para fazer cumprir as leis, mesmo a Maria da Penha.

Os profissionais também relatam revolta com a “apatia” das mulheres nos casos de violência, ou com a negação por parte feminina da agressão, em uma tentativa de proteção do agressor, seja pelo medo que ele a embute, seja pela dependência, independente de sua natureza, amorosa, financeira, relacional, etc., seja pela preservação da unidade familiar imaculada, onde a mulher é a maior responsável por sua manutenção.

Porto (2008) em pesquisa desenvolvida pela autora em 2008 que buscava conhecer as estratégias utilizadas por mulheres no enfrentamento de agressões física, sexual e psicológicas e desvelar o acolhimento prestado pelos serviços básicos de saúde, na perspectiva das mulheres vítimas de violência, constatou que algumas mulheres permanecem com o companheiro porque não tem para onde ir com os filhos, logo não podem sair de casa para não perderem o direito à moradia; o medo dos companheiros também foi apontado como motivo para não verbalizar a violência tampouco denunciá-la. Uma vez conscientes dessas ressalvas preferiam empreender um esforço se submetendo as violências praticadas pelo companheiro a arriscarem piorar o relacionamento, ou seja “dar motivos” a eles para violentá-las.

Assim, a autora reitera ser comum que entre as mulheres violentadas os sentimentos se confundam, as vítimas vivem entre o conflito da insegurança e o medo. A insegurança pelo fato de constituir o agressor, muitas vezes, o responsável único pelo sustento da família. A tortura psicológica, conjugada a privação financeira, tem implicado a dependência das mulheres, agravada pelo medo de não conseguir dar conta da subsistência dos filhos e o receio de perder sua guarda. Em seus diversos aspectos, financeiro, afetivo, ou ainda para manter presente a relação familiar - tão cobrada pela sociedade da presença do homem na família, as mulheres sujeitam-se às normas impostas pelo agressor, o que causa revolta nos profissionais.

Para Schraiber *et al.* (2009) quando as mulheres que estão sofrendo violência procuram os serviços de saúde, muitas vezes não revelam espontaneamente essa situação. Isso ocorre tanto porque é bastante difícil falar sobre a violência, tanto porque não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação nos espaços. Assim seja por dificuldades das mulheres, seja porque não conseguem confiar nos serviços de saúde ou porque ainda querem manter o relacionamento com o parceiro livre de julgamentos, as mulheres não contam que vivem em situação de violência e podem negá-las quando questionadas.

O estudo de Andrade (2009) também aponta para a não abertura da mulher vítima de violência na família a falar com os profissionais da ESF sobre o caso ou querer denunciá-los. A autora alerta que o respeito que o profissional de saúde deve ter em relação à decisão da mulher, de não denunciar o agressor, foi apontado como um aspecto limitador da abordagem da violência familiar/doméstica no serviço de saúde da atenção básica, neste contexto a violência intrafamiliar, apesar dos avanços no campo institucional, jurídico e político, mantém-se articulada no silêncio dos envolvidos, pois estes confiscam as palavras das vítimas através de ameaças.

No estudo de Chuz *et al.* (2011) percebeu-se que a violência pode causar grande comoção nos profissionais, gerando o sentimento de raiva, explicitado quando os entrevistados comentam o encontro com o agressor. A raiva exposta pelos profissionais vai além da raiva causada pela postura da mulher, a falta de efetivação das leis também causa revolta entre os profissionais. Assim, ao mesmo tempo em que o sentimento de revolta importuna os pensamentos e o intelecto dos trabalhadores, a questão da ambigüidade formada pelo julgamento e respeito da decisão da mulher prevalece, de modo a pouco se interferir nos cuidados dessas vítimas.

Empaticamente compreendemos a revolta dos sujeitos, uma vez que a não confiabilidade na eficiência da justiça os torna mais expostos e desprotegidos. Sabemos que a incerteza do que poderá acontecer com os profissionais também confere limitação ao cuidado ofertado por eles, pois não são incomuns relatos de episódios onde quem foi ajudar acabou se prejudicando.

Neste sentido, a raiva emerge como uma reação de medo do envolvimento e suas consequências bem como perante a covardia, principalmente porque o lado vitimado não dispõe de igualdade de condições para travar uma luta justa, evidenciando a injustiça de uma relação de barbáries incongruentes com os direitos conquistados pelas mulheres contemporâneas.

Lettiere, Nakano e Rodrigues (2008) relatam um estudo com um grupo de profissionais do Ministério da Saúde de Nicarágua que o medo de se envolver com assuntos legais e o resguardo pela própria segurança ocuparam respectivamente o segundo e o terceiro motivo que conformam as barreiras para a atuação dos profissionais de saúde frente à violência de gênero



Embora os profissionais apresentem-se conscientes que a resolução da problemática da violência intrafamiliar contra a mulher requeira solução que intersetorial, se indignam com a pouca responsabilidade da justiça no que concerne à efetividade das leis.

Contudo, Oliveira (2012) disserta que para conter este problema, até pela peculiaridade que lhe é inerente, não basta à repressão motivada pelo direito penal. É imprescindível a associação entre políticas públicas e medidas extrapenais que visem dentre outros à reeducação do agressor. Outra dificuldade é que as penas de crime de violência doméstica ou familiar são muito baixas. A vítima, às vezes, suporta anos de agressão para dizer que sofreu violência doméstica e, quando vem a condenação, a pena é de três ou quatro meses para o agressor, o que gera a sensação de que todo esse processo não vale à pena.

Partindo destes pressupostos, verifica-se que o poder público também tem dificuldade de intervir nestes conflitos, até mesmo pelo seu aspecto singular de crime privativo, reiterando a violência contra a mulher como multifacetada, cuja resolução necessita ser buscada de forma intedisciplinar e interinstitucional, em uma união de diversos setores e da sociedade civil.

Apontadas tantas dificuldades de se resolver a problemática da violência intrafamiliar contra a mulher, é explicável que dentre os profissionais pesquisados tenhamos extraído o **Sentimento de Impotência, Tristeza e Desacreditação do Sistema** perante os casos que retratam esses episódios.

Estes sentimentos também surgiram no estudo conduzido por Coco, Silva e Janh (2010) que apontou os sentimentos mais comuns dos profissionais de saúde mediante casos de violência, com destaque para: revolta e indignação (74,49%), impotência e frustração (28,33%).

Para Correa, Labrocini e Trigueiro (2009) os profissionais de saúde que atendem a mulheres vítimas de violência muitas vezes lidam com a própria angústia diante das limitações humanas e do sistema de saúde, porque, de alguma maneira, todos precisam se expor. Essa exposição supõe mostrar as fragilidades, as vulnerabilidades e suas limitações.

Contudo, o sentimento de impotência diante da violência ou da incapacidade de tirar toda a dor do paciente naquele determinado momento do atendimento, parece ser resquício de uma formação biomédica. Não se trata da dor concebida como o quinto sinal vital, mas daquela que transcende o físico e permanece na essência do corpo (CORREA; LABROCINI; TRIGUEIRO, 2009).

Acreditamos que outro motivo que pareça colaborar com a intensificação desse sentimento é o imediatismo em que se vive nos tempos atuais, este, faz com que os profissionais percebam-se imobilizados, frustrados diante da impossibilidade de transformação da realidade naquele momento do cuidado. Os trabalhadores de saúde que atendem vítimas de violência passam a compartilhar a experiência do sofrimento, o que gera o sentimento de impotência, os levando a subestimarem suas próprias capacidades e conhecimentos, não percebendo os recursos e possibilidades dos clientes, ou os tensionando a agirem como eles próprios agiriam, mediante aquela situação; nessa condição encontram-se um grupo de ACS que se apresenta entristecido ao relatar a impotência diante da postura da mulher agredida.

Para Andrade (2009) as mulheres que vivenciam violência de gênero por seus parceiros devem ter suas experiências e estratégias de sobrevivência validadas, e, sobretudo serem reconhecidas como sujeitos autônomos que estão em busca de ajuda, mas que ainda assim devem ter respeitado e compreendido seu direito de escolha, sob o risco de institucionalizarmos mais uma violência nos serviços a essas mulheres. Tal respeito implica o reconhecimento do poder da mulher e da busca de alternativas para o problema.

Igualmente, reconhecer e respeitar as estratégias utilizadas pelas mulheres, inclusive sua decisão de continuidade do relacionamento com o agressor é uma obrigação do profissional de saúde que, em vez de culpabilizar a mulher por manter um relacionamento violento, pode explorar os fatores e a dinâmica que se opera no relacionamento que impossibilitam a mudança, prestar solidariedade a mulher frente à violência, oferecer apoio conforme a aceitação da vítima, sabendo que situações como essas não apresentam limites definidos de ruptura do silêncio, variando a cada caso e a cada pessoa, requerendo do profissional uma postura apoiadora e paciente.

Mais um fator que observamos levar ao sentimento de impotência e tristeza dos sujeitos foi à falta de apoio da gestão, do sistema e inclusive da equipe de saúde da família local. Ambas as unidades de análise concordaram que se sentem desapoizadas para agir nessas situações, uma vez que além de todas as atribuições pelas quais são cobradas, ainda não encontram ajuda nos colegas na hora de flexibilizar ou compreender alguns processos.

Embasados neste achado, a equipe de saúde da família atua na lógica contrária ao trabalho de equipe que deveria ser a sua essência, dificultando o trabalho de todos e prejudicando

fundamentalmente os usuários que acabam não contando com uma equipe alinhada e orientada, mas, por vezes, com profissionais individualistas, que não colaboram entre si.

A este respeito, ressaltamos a importância da colaboração interprofissional, defendida por D'amour (2005) que se configura como construto bastante significativa no contexto geral dos processos e organizações de trabalho, apresentando-se como um tema complexo, atual e emergente no sentido de dar respostas as necessidades envolvidas no trabalho em equipes, sobretudo nos serviços de saúde, com demandas oriundas de outro assunto complexo: a violência contra a mulher (ARAÚJO *et al.*, 2011). Assim, a colaboração interprofissional que fortalece o trabalho em equipe se orienta pelo princípio da integralidade, que se fundamenta na abordagem ampliada ao indivíduo e/ou ao grupo em consideração aos diversos aspectos do ser humano, tais como: seu contexto familiar, cultural, social e ambiental, permeada por uma lógica de respeito à necessidade e desejo dos indivíduos; o que reafirma a necessidade de alinhamento conceitual e atitudinal das equipes de saúde da família, sobretudo, com vista à produção do cuidado integral à mulher vítima de violência intrafamiliar.

Na expectativa de finalizarmos a discussão dessa categoria, apresentamos a discussão e análise da última subcategoria intitulada **Naturalização do evento violento**, a qual retrata os discursos apenas dos enfermeiros, uma vez que não emergiu tal sentimento entre a unidade de análise composta por ACS.

Alguns profissionais de enfermagem estão expostos a tantas situações de violência no seu cotidiano de trabalho que os eventos que retratam a violência de gênero acabam sendo naturalizados por eles, pois estes perdem a sensibilidade de se chocarem em meio à adversidade. Além disso, a naturalização da violência contra a mulher, advinda de uma cultura machista apoiada na idéia de que intervenção junto a famílias, (comum por séculos) era vista como uma forma indevida de invasão de privacidade colaborando para não envolvimento profissional e banalização da problemática (CORREA; LABROCINI; TRIGUEIRO, 2009).

Para Schraiber *et al.* (2009) a violência de gênero, compreendida nesse estudo como a violência contra a mulher por seus familiares/ familiar pode ser entendida como uma espécie de destino, onde quem escapa teria “sorte”. Relatando que o fenômeno de tão frequente passou a ser normal, infelizmente esta ainda é a imagem que está presente na cabeça de muitos homens e mulheres, dentre eles, profissionais de saúde. Esse paradigma banaliza a violência tornando-a

uma situação comum e natural, pois ela passa a ser vista como episódio corriqueiro, sem importância e parte inexorável das relações de casal, sejam elas o casamento formal, como na conjugalidade, sejam elas relacionamento de parceria.

Porém a autora esclarece que nem sempre os atos e comportamentos hoje rotulados de violentos, foram vistos como violação dos direitos das mulheres. Atualmente, a forma como os compreendemos é que nos permite conceituá-los como violência e tentar erradicá-los do modo usual de viver. Por essa razão, vizinhos, familiares das vítimas, bem como profissionais de saúde ou de outros serviços de assistência e até as próprias mulheres, por vezes não reconhecem a situação como uma transgressão dos direitos humanos e um contexto instaurador de danos a saúde.

Desta forma, esse tipo de comportamento do homem (embora desumano) com “sua mulher” não sendo visto como violência, (transgressão de direitos e violação de dignidade da pessoa) não carece receber atenção de mesmo porte socioinstitucional, que as demais violências.

Para Bonfim (2008) ainda que tenham ocorrido várias mudanças na sociedade ocidental e o movimento feminista tenha tensionado e questionado essas concepções de masculino e feminino elas ainda se mantêm e se legitimam pelas próprias práticas que elas determinam com a incorporação do preconceito desfavorável. Assim, as posições sociais são cultural e historicamente naturalizadas onde a masculinidade tem uma relação direta determinada contra o feminismo, o que facilita a naturalização do problema entre os profissionais de saúde.

Congruentes a tal construto, Franzóis, Fonseca e Guedes (2011) relatam que a visão patriarcal androcêntrica continuamente confirma e legitima as próprias práticas que determina, fazendo homens e mulheres introjetarem o preconceito desfavorável ao feminino. Deste modo, a dominação masculina tem as condições favoráveis para seu pleno exercício, pois está incorporada em toda a estrutura social. De maneira geral, o atributo físico masculino é argumento utilizado historicamente para veicular à ideologia patriarcal, representando a superioridade masculina justificada por atributos biológicos, que infelizmente atravessam a história, de maneira menos veemente, mas ainda assim preocupantes. Tais costumes, são heranças que necessitam ser transformadas em prol da justiça, que hora se utiliza de equidade nas relações para minimizar uma dívida histórica com as mulheres.

A conscientização da população sobre os crimes contra as mulheres ganha força ajudada pelos meios de comunicação, pela formação com vistas ao respeito às diferenças entre sexos, sem supremacia de um em detrimento ao outro, e, sobretudo, com a ruptura da imagem de mulher como inferior ou propriedade privada, desprovida de direitos, comum em relações machistas. Igualmente, a transformação desse paradigma arcaico de subalternização das mulheres pelos homens deve ser rompido desde a infância, trabalhado dentro das famílias.

Franzoi, Fonseca e Guedes (2011) relatam uma pesquisa nos Estados Unidos que revela que crianças cuidadas mais tempo pelo pai apresentavam maior flexibilização dos tradicionais papéis de gênero, do que as criadas em famílias com costumes mais ortodoxos, o que nos leva a acreditar que o caminho para a superação das desigualdades de gênero está atrelada também a formação educacional. Isso representa grande mudança cultural e é produto da luta de muitos pela igualdade do direito e pela conquista de uma ética de relações interpessoais mais digna, nos dias de hoje.

Considerando o texto citado, Rodrigues e Figueira (2011) sublinham a facilidade de naturalização da violência intrafamiliar da mulher entre os profissionais de saúde ao afirmarem que as possibilidades de atuação destes, em relação à violência contra a mulher, têm limitações objetivas. Os estereótipos e papéis tradicionais de gênero, disseminados e partilhados entre equipes de saúde e usuários, tendem a naturalizar boa parte das formas em que a violência de gênero se manifesta, restringindo-se o campo de intervenção (possível e desejável), quando esta ocorre, às situações que atinjam a integridade física.

Tal discussão é preocupante quando pensamos que profissionais da ESF, que deveriam estar apoiando e orientando essas vítimas, deixam-se levar por sua própria formação arraigada de valores machistas e juízos de valor, não percebendo sua atuação como basilar a ruptura do sistema de dominação legitimada pelo homem, mas ao contrário o afirmam como dimensões relacionais, ou simplesmente banalizam o sofrimento da população mais vulnerável.

Durante nossa entrevista percebemos por vezes discursos machistas, entre algumas enfermeiras, nos levando a imaginar que estas, não concebem a mulher enquanto sujeito livre, autônomo, capaz de conviver em uma relação de horizontalidade com seus cônjuges; afirmativas como: “mas também a gente sabe que tem mulher que é atrevida né? Que quer se trocar com eles” nos fizeram perceber a carga de preconceito destas profissionais, que acreditamos

reverberar em seus atendimentos e condutas de saúde, mediante situações que envolvam a violência contra a mulher por parte dos parceiros.

Jargões do tipo: “Ele não sabe porque bate, mas ela sabe porque que apanha”, ou “Mulher, reconhece teu lugar!” ainda utilizados e acreditados nos dias de hoje, nos clarificam como muito ainda há de se fazer para desconstruir a naturalização da mulher vítima de violência pelo parceiro na sociedade contemporânea.

Entendemos que não apenas a formação adequada e continuada seja capaz de subsidiar novas formas de atuação e longitudinalidade do cuidado por profissionais da saúde, como também medidas de diferentes setores que ampliem a visão reducionista de relações entre os seres onde ambos têm direitos e deveres de igual valor, acreditando na horizontalidade das relações entre os gêneros e no respeito e empatia profissional frente às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

### **6.3 Potencialidades e Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, na visão dos enfermeiros e ACS.**

Nossa última categoria surgiu a partir do questionamento sobre os fatores que facilitavam e os fatores que dificultavam o acompanhamento e tratamento, à mulher vítima de violência intrafamiliar no território adscrito a cada profissional, no sentido de conhecermos as potencialidades e vulnerabilidades da ESF no que concerne a produção do cuidado a esta população.

O cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, na perspectiva dos sujeitos pesquisados envolve condutas que extrapolam a gestão e governabilidade dos profissionais, englobando um amplo conjunto de organização intra e extrasetorial capaz de desenhar as formas e caminhos pelos quais a atenção se concretiza, atribuindo algumas facilidades de processos para sua efetivação, denominada por nós de **Potencialidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.**

Assim, essa subcategoria emergiu quando os sujeitos relataram diferentes fatores facilitadores do cuidado entre os quais destacamos: a adscrição e vinculação da clientela, a possibilidade de articulação com outras instâncias, a existência de equipes multiprofissionais que

atuam como apoiadores matriciais com ênfase para a Residência Multiprofissional de Saúde e para o Núcleo de Atenção a Saúde da Família, o desenvolvimento de tecnologias leves como grupos afins, a possibilidade de troca de experiência entre os sujeitos. Alguns profissionais mencionaram ainda a questão do interesse e responsabilidade do profissional neste conjunto.

Sobre a adscrição da clientela, Gondim *et al.* (2008), explicam que esta foi evidenciada, a partir da consolidação do SUS, em 1988, quando se estabeleceram os princípios doutrinários; universalidade, equidade e integralidade, simultaneamente as diretrizes organizacionais de regionalização e descentralização das ações e serviços para os municípios, a fim de conferir uma nova lógica de organização e funcionamento dos serviços de saúde.

Para alcançar a municipalização dos serviços de saúde, a noção de território e a necessidade de se delimitar, para cada sistema local de saúde, uma base territorial de abrangência populacional, na perspectiva de se implantar novas práticas em saúde capazes de responder com resolutividade, equidade e integralidade às necessidades e aos problemas de saúde de cada área, foi concebida.

Desta forma, influenciados também pela idéia da distritalização da saúde que teve impulso no Brasil nos anos 80, na perspectiva de transigir com a lógica autoritária e vertical na organização dos serviços, a partir de uma cooperação técnica Brasil-Itália, onde vários municípios brasileiros (Pau da Lima-BA, Natal-RN, dentre outros) desencadearam a estruturação desses distritos, tendo como diretriz a definição de território, de áreas de abrangência de centros de saúde, a adscrição da população aos serviços de saúde torna-se uma prática (GONDIM *et al.*, 2008). A noção de distrito sanitário poderia conceber um município, parte dele ou mais que ele, constituindo-se uma rede articulada e hierarquizada de serviços com atenção progressiva à saúde. Contudo a proposta da distritalização, embora tratada em certo tempo no país de forma exaustiva, não se difundiu como deveria (MENDES, 2009).

Entretanto, a idéia da adscrição populacional foi acolhida pelos gestores da saúde, e com alguns redirecionamentos foi adotada na ESF, a exemplo do que já ocorria com o PACS, com uma população adscrita a determinada centro e equipe de saúde da família, ficando esta incumbida da responsabilização sanitária por uma população.

Já Pereira e Barcellos (2006) comungam que a adscrição, diz respeito ao território sob responsabilidade da equipe de saúde da família, embora descrevam que o detalhamento dos

critérios a serem adotados para sua implantação local, tenha sido bastante aprimorado. Os autores ilustram três documentos que tratam do conceito de adscrição, no primeiro denominado de Programa de Saúde da Família, publicado em 1994 estabelece-se a organização, segundo a qual cada equipe teria a responsabilidade pela cobertura de uma área geográfica que contenha entre 800 e 1000 famílias.

Posteriormente em Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial, que data de 1997, a adscrição é definida dentro do item diretrizes operacionais, no qual as regras passam a ser mais flexíveis, devendo residir na área entre 600 e 1.000 famílias com o limite máximo de 4.500 habitantes. Além disso, recomendava-se considerar a diversidade sociopolítica, econômica, densidade populacional e acessibilidade aos serviços, entre outros fatores, na adscrição da população e delimitação das áreas. E, por fim, Costa Neto (2000), no Caderno sobre atenção básica, recomenda, além do limite do número de famílias e de habitantes considerações sobre a existência de outras territorialidades que podem promover uma maior ou menor adesão a ESF (PEREIRA; BARCELLOS, 2006).

Logo, desde os primeiros ensaios em busca da concretude da ESF, sua lógica de organização contemplava a adscrição da clientela enquanto fator potencializador da co-vinculação entre usuários do serviço de atenção básica local e profissionais de saúde ditos “responsáveis” por aquela população. Congruentes a este construto, os profissionais de saúde de Sobral apontaram a adscrição da clientela, com vistas à construção de vínculos e encontros naturais (que se dão seguidos no tempo, em situação de concorrência da intervenção terapêutica com as intervenções da vida, e não em um momento isolado por ocasião de uma doença) ocorridos como um das facilidades ao processo do cuidado.

Pesquisa de Lobato, Moraes e Nascimento (2012) concluiu que embora os profissionais da ESF não se sintam capacitados para lidar com a questão da violência intrafamiliar reconhecem que estratégias como vinculação, adscrição da clientela e visitas domiciliares facilitem à longitudinalidade do cuidado. O mesmo estudo também corrobora com nossos achados quando aponta a organização de atividades educativas em grupos e a parceria com outras instituições como fatores positivos reconhecidos pelos profissionais da ESF no combate a violência intrafamiliar.



Nesse contexto, a possibilidade de articular outras instâncias, em uma perspectiva de “Rede de Atenção à Saúde” (RAS), além da efetivação de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar na equipe de saúde da família, foram lembradas pelos enfermeiros e ACS enquanto dispositivos que facilitam a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.

Para o Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite as RAS são definidas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado, com vistas a integração sistêmica, integração entre os diferentes níveis de atenção e serviços de saúde, provendo atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (GTCIT, 2010).

Como o próprio nome sugere, tem como características relações horizontalizadas entre os diversos serviços de saúde, tendo na atenção básica a centralidade de comunicação com a rede. A mesma deve ser resolutiva e coordenar os fluxos e contra fluxos dos usuários dentro desse sistema, considerado a atenção contínua e integral, o cuidado multiprofissional, o compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Silva (2011) considera importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, desde o início da reforma sanitária, já que oferece condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços por imprimir uma maior racionalidade sistêmica na utilização dos recursos. O autor salienta ainda três aspectos relevantes sobre as RAS:

O primeiro é o da integralidade no seu sentido vertical, que pressupõe a busca das necessidades dos usuários a partir de um olhar integral, ampliado, procurando captar holisticamente o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. O segundo é o da integralidade horizontal, no qual se evidencia que as respostas às necessidades dos usuários geralmente não são obtidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, e monitorização do trajeto de uns aos outros. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade. Ou seja, as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença (MATOS; MAGALHÃES, 2006 *apud* SILVA, 2011, p.2755).

Contudo, o estabelecimento das redes não assegura o que elas propõem; estudos de Cabral, Lima e Cabral (2011), e de Araújo, Pontes e Pontes (2011) elucidam que mesmo com a existência da RAS evidenciou-se grande fragilidade de articulação entre os serviços de ambos os municípios estudados tais como: a inexistência de articulação entre a atenção básica e a vigilância em saúde, ausência de contrarreferência dos serviços de média e alta complexidade para a atenção básica, o que acarreta descontinuidade do cuidado.

Embora pareça paradoxal, uma vez que as Redes de Atenção à Saúde em Sobral foram apontadas por nossos sujeitos como potencialidades do sistema de saúde da atenção básica local, indagamos como efetivamente funcionam as Redes de Atenção à Saúde em Sobral? Pois, para que haja responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação entre as unidades, se carece do apoio e empenho dos próprios profissionais e gestores da saúde, fato que foi negado pelos sujeitos; e que veremos logo adiante na próxima subcategoria. Se as redes são efetivas, porque tanta fragmentação da atenção relatada pelos enfermeiros e ACS? Por vezes, foi apresentada neste estudo a falta de comunicação entre os serviços e a dificuldade de articular e receber apoio de algumas instituições, e profissionais da saúde, assim questionamos a eficiência das RAS, no sentido de alcançar os objetivos que elas se propõem, instituindo mecanismos que assegurem longitudinalidade do cuidado que abranjam prevenção e promoção.

Sobre as equipes multiprofissionais, mencionada pelos sujeitos, sabemos que sua formação nos serviços de saúde não se constitui novidade, mesmo no modelo de saúde hospitalocêntrico, vigente anteriormente podíamos encontrar profissionais com formações variadas como enfermeiros, médicos, nutricionistas, farmacêuticos, psicólogos, fisioterapeutas, dentre outros nos ambientes hospitalares; entretanto a idéia de interdisciplinaridade, quando há um conhecimento construído a partir de vários saberes com uma visão holística do sujeito, é um algo novo que já foi incorporado aos serviços da ESF em diferentes municípios brasileiros.

Para Brasil, (2010b) a interdisciplinaridade é considerada uma importante estratégia para reorganização do processo de trabalho em direção a uma abordagem mais eficaz e integral. Contudo, a mudança do agir em saúde, em que as práticas convencionais focadas no indivíduo doente são substituídas por novas práticas voltadas à família e à comunidade, não ocorre naturalmente, nem automaticamente, ela exige uma nova organização do trabalho que permita dar conta mais amplamente da saúde dos usuários dos serviços por isso é importante esta lógica de

organização e disposição do trabalho em saúde na ESF, exigindo uma maior amplitude de saberes e diversidade de práticas.

Neste caso, as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, exigem a composição e articulação de saberes e práticas interdisciplinares, o que faz com que a equipe multiprofissional busque, primeiro entre os seus, conhecimentos e orientações para condução de cada caso de violência intrafamiliar, de modo a estimular a integração, troca de experiências e novos conhecimentos entre os profissionais.

Em Sobral, Ceará como forma de viabilizar a composição de uma equipe multiprofissional em que houvesse interdisciplinaridade, pensou-se em uma estratégia que proporcionasse uma aproximação de saberes entre os profissionais, onde cada um ensina e aprende um pouco de seu ofício, sem destituí-los dos seus núcleos de conhecimentos específicos, oriundos de sua formação.

Assim, surgiu a Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral, ancorada na necessidade do sistema de saúde local em qualificar e adequar os profissionais atuantes na ESF, para o novo paradigma em saúde. Inicialmente o programa foi composto por apenas duas categorias profissionais: a enfermagem e a medicina (já existentes no sistema), contudo a partir da segunda turma, as categorias foram ampliadas, mas ainda eram contemplados exclusivamente os profissionais do sistema local (MARTINS JUNIOR *et al.*, 2008).

Com a terceira turma e o financiamento de 25 bolsas pelo MS, destinadas aos residentes de 10 categorias, desenhou-se sua conjuntura atual e se inicia a visibilidade da interdisciplinaridade permeada na Residência, como condição fundamental à coordenação da atenção à saúde que se queria ofertar na ESF. Andrade (2008) disserta à metodologia do trabalho da RMSF, que até hoje mantém sua essência voltada à construção coletiva entre profissionais de diferentes categorias e usuários dos serviços.

[...] O trabalho se dá segundo o conceito da tenda invertida. Isso quer dizer que o trabalho visa à superação do conceito tradicional da especialidade médica, que é oriundo do conceito medieval do mestre e do aprendiz de ofício, em que um aprendiz que quer aprender um ofício vai para a tenda do mestre, para depois montar sua própria tenda. Um médico formado, se quer aprender cirurgia, vai para a tenda do cirurgião, aprende o ofício e depois vai montar sua própria tenda. No Saúde da Família, onde se dá o aprendizado da equipe? É no território do Saúde da Família. Em vez de o aprendiz ir para a tenda do mestre, é o mestre que vai para a tenda do aprendiz. Nesse sentido, você promove uma formação em escala [...] Queremos com isso formar um profissional, por

assim dizer, multiprofissional, que tenha conhecimentos de epidemiologia, antropologia, sociologia, educação popular em saúde, abordagem sistêmica da família, promoção de saúde e sistemas de saúde (ANDRADE, 2008, p.1).

Explicitada a importância da equipe multiprofissional e interdisciplinar como forma de alcançar transformações pautadas na integralidade dos sujeitos nos serviços da atenção básica de saúde, surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), através da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008.

Para Figueiredo (2011) a principal diretriz do SUS a ser defendida pelo NASF é a integralidade e deve estar presente na atitude do profissional no encontro com seus clientes. Além desta, outros princípios e diretrizes devem orientar as ações a serem realizadas, como o território onde deve ser desenvolvida a atuação dos profissionais, a educação em saúde da população, a interdisciplinaridade, (cenário em que diversas ações, saberes e práticas se complementam) a participação social com foco na gestão participativa, a educação permanente em saúde buscando a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho, a humanização, a partir de construções coletivas entre gestores, trabalhadores e usuários e promoção da saúde que procura eleger formas de vida mais saudáveis.

Nesse sentido, o NASF de Sobral na expectativa de aumentar a resolutividade e a capacidade de compartilhar e fazer a produção do cuidado ampliando a abrangência e as ações da atenção básica, deve conferir maior amplitude das ações da ESF, reforçando o processo de territorialização e regionalização em saúde.

Entretanto, conscientes que a atuação multiprofissional não assegura interdisciplinaridade, percebemos que as diversas categorias profissionais buscam potencializar as ações da ESF, mas este ainda é um processo em marcha, que caminha a passos lentos, onde os desafios de efetivar as ações para as quais o NASF foi concebido se evidenciam na fragmentação do indivíduo no cotidiano dos trabalhadores da ESF, no sentimento de solidão e sobrecarga dos profissionais ouvidos na pesquisa, deste modo questionamos o porquê da responsabilização sanitária, tão discutida nas categorias anteriores não ser realmente dividida com os profissionais do NASF e Residência?

A nós, parece dispare, que os mesmos sujeitos que relataram sobrecarga e solidão, muitas vezes no processo de cuidar, consigam efetivamente sentirem-se apoiados pela equipe multiprofissional; acerca da interdisciplinaridade, sublinhamos que os desafios concernentes à

sua real incorporação nos serviços da ESF necessitam vencer obstáculos que vão desde a formação do profissional da saúde a dificuldades refletidas no pouco envolvimento entre equipe mínima de saúde e as demais categorias, ressaltadas inclusive na fragilização do apoio matricial, visto que, observamos entre os discursos dos sujeitos, uma lógica orientada por “encaminhamentos a outras categorias”, negando o “compartilhamento” fundamental neste instrumento.

Nesse contexto, Figueiredo (2011) ressalta que o trabalho em equipe constitui-se em um dos desafios que se coloca para os profissionais do NASF e da ESF, enfatizando que as ações deveriam ser desenvolvidas em conjunto com as equipes mínimas, para apoiá-las, e, a comunidade, com vistas à vigilância da fragmentação do indivíduo como práxis da assistência em saúde.

Os resultados da pesquisa de Oliveira, Moretti-Pires e Parente (2011) com profissionais da ESF de Manacapuru-AM, que propunha um modelo teórico de avaliação da relação de poder na equipe multiprofissional, evidenciam que cada profissional exerce sua função de forma isolada e não compartilhada, além de distanciamento e falta de articulação entre as equipes de saúde investigadas e a população, no planejamento e construção de estratégias nas ações de saúde.

Diante das considerações relatadas, observamos que os problemas que envolvem as fragilidades da equipe multiprofissional e interdisciplinar são disseminadas pelo território nacional. Assim, Freitas (2011) alerta sobre o risco de reprodução do modelo biomédico na ESF de Sobral, Ceará, com predominância da verticalização dos conhecimentos e fragmentação das ações em saúde, reproduzindo modelos de saúde anteriores falidos, haja vista a gestão em saúde não dispor de um arcabouço jurídico institucional que garanta a operância das políticas públicas brasileiras.

Conscientes as muitas dificuldades de se realizar a assistência à saúde de forma efetiva e resolutiva e tentando conhecer os fatores que dificultam a notificação, o acolhimento e acompanhamento dos casos de violência intrafamiliar contra a mulher, pedimos aos profissionais que nos apontassem seus entraves. Desta forma, os discursos nos levaram às **Vulnerabilidades da ESF de Sobral, Ceará na produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar.**

De acordo com os enfermeiros e ACS participantes da pesquisa, a insegurança relacionada à falta de sigilo no decorrer da notificação da violência intrafamiliar pode ser atribuída como uma das fragilidades desse processo.

A violência intrafamiliar contra a mulher é reflexo de uma relação de poder e dominação dos homens e de submissão das mulheres, que externaliza os papéis impostos historicamente a ambos, nesse sentido, ir de encontro a um costume enraizado culturalmente, e ser capaz de notificar uma agressão ocorrida na invisibilidade do relacionamento familiar, requer do profissional sensibilidade, para perceber um crime, e, coragem para notificá-lo. Sobretudo porque percebemos que ainda existem incertezas de alguns profissionais acerca da diferença entre notificação e denúncia.

Apesar da notificação compulsória ser prevista em lei, muitos profissionais relataram não notificar os eventos violentos à vigilância epidemiológica, pelo medo do agressor saber quem os notificou e direcionar-lhes alguma violência. Isso pode ser compreendido pelos relatos dos casos em que houve revidação contra a notificação, além do fato dos serviços de saúde locais não oferecerem nenhum tipo de segurança ao profissional, o que o coloca em uma situação de exposição e medo, visto que o sigilo da notificação por vezes é violado.

Pinheiro e Barbosa (2012) corroboram e relatam que dentre as dificuldades de notificação da violência contra a mulher entre os profissionais da atenção básica de saúde, destaca-se o medo do profissional em notificar, de forma que isso reverbera em agressão contra eles, bem como a ausência de mecanismos legais de proteção aos profissionais encarregados de notificar e a quebra do sigilo profissional; para as autoras tal resistência é fundamentada em experiências negativas anteriores vividas ou relatadas em que o próprio profissional foi perseguido pelos familiares.

Para Freitas, Lima e Dytz (2007) os profissionais que atuam em serviços de atendimento à violência necessitam de um tratamento diferenciado frente às situações vivenciadas durante sua jornada de trabalho. Muitos estão sujeitos à violência, a uma infraestrutura deficiente, às agressões vividas devido à ineficiência do serviço em proporcionar uma atenção de mais qualidade, dentre outros. Essas situações, além de agravarem os sentimentos expressos pelos profissionais no atendimento às mulheres vítimas de violência, geram outros sentimentos, de incapacidade, medo e descrença quanto ao serviço prestado

Outro motivo atribuído a falta da notificação é a burocracia para realizá-la, embora sejam disponibilizadas as fichas em todos os csf, por vezes elas não estão disponíveis aos profissionais, ou eles encontram-se impossibilitados de preenchê-la. D'Oliveira *et al.* (2009) esclarecem para que a notificação aconteça é fundamental o apoio da gerência do serviço e em nível central, boa estrutura da unidade e incentivo da coordenação, além de garantia de condições materiais e tempo para trabalho adequado aos casos e sua supervisão.

Frente às considerações, entendemos que só conseguiremos alterar essa realidade se algumas medidas forem tomadas como a criação de uma dinâmica de responsabilidade institucional para a notificação dos casos. Se por um lado é de responsabilidade profissional tal notificação (ética e legalmente), por outro é a instituição que deve garantir esta conduta, protegendo o indivíduo de arcar com todas as pressões, compartilhando a responsabilidade pelo caso; há que se criar uma rotina institucional para a notificação, identificando-se etapas e atribuições de cada profissional (PINHEIRO e BARBOSA, 2012).

Mais uma consideração importante é que os profissionais parecem não ter conhecimento da obrigatoriedade da notificação compulsória dos casos de agressão contra a mulher, estabelecida pela Lei 10.778, deste modo, o investimento na capacitação de profissionais da rede é fundamental; além disso, é preciso desmistificar a notificação enquanto denuncia, sendo esta, tomada com conotação repressiva e policialesca.

Considerando a organização do processo de trabalho da equipe da ESF, foram apreendidos nos discursos questões referentes à sobrecarga do trabalho e a fragilidade do modo de organização dessa equipe para cuidar das mulheres vítimas de violência intrafamiliar; achado que também pode ser encontrado ao nos apropriarmos do trabalho de Pacheco (2012), o qual refere impossibilidade de melhor atuação dos profissionais de saúde, frente à violência familiar contra a mulher devido à sobrecarga dos profissionais, implicando na inefetividade e ineficiência das ações necessárias para com estas.

Salientamos que a falta de capacitação profissional para saber lidar com a temática da violência, bem como as dificuldades relacionadas à estrutura física do serviço, também extraídas dos discursos, constituem complementaridade a ineficiência organizacional do trabalho da equipe exposta acima.

Nesse sentido, Reis *et al.* (2010) apontam o não desejo dos profissionais de atenderem mulheres vítimas de violência, devido ao tempo que elas requerem, pois estes casos consomem significativamente o espaço da agenda do profissional, comprometendo suas outras demandas. Lima *et al.* (2011) relacionam as questões organizacionais (sobrecarga de trabalho, carga horária insuficiente, baixa remuneração dos profissionais) e deficiências referentes a infra-estrutura, interferindo no fazer profissional.

Ainda nos remetendo à organização do serviço, os entrevistados destacaram a dificuldade de acesso e longitudinalidade do cuidado, das mulheres vitimadas por familiares, uma vez que a organização da ESF não permite uma escuta qualificada, tanto por não dispor de uma sala em que profissional e usuária possam ficar a sós, promovendo a privacidade e confiança, necessárias nesse contexto, como por não permitir tempo para que o profissional faça essa escuta, uma vez que existe uma enorme demanda ansiosa por sua intervenção, cobrando agilidade e rapidez na resolução dos casos, o que causa frustração de acordo com os profissionais.

Uma dificuldade para a produção do cuidado dos profissionais às mulheres vítimas de violência intrafamiliar, que, a nosso ver merece ser destacada é a forma como os profissionais atribuem o comportamento feminino passivo, justificando a continuidade das agressões, e por isso, as mulheres não “precisariam” de ajuda; desta forma eles sentem-se desresponsabilizados pelo cuidado que deveriam proporcionar à vítima.

Dada a problemática da violência contra as mulheres ter uma naturalização histórica, é comum que profissionais de saúde tenham comportamentos similares ao descrito, muitas vezes atribuindo a culpa da agressão sofrida pela mulher a alguma atitude sua, ou ainda fazendo juízo de valor mediante a passividade da vítima em “suportar a situação calada”; fato, que concebemos como uma das inúmeras complexidades ao adentrarmos na questão. Pereira, Lima e Moraes (2010) explicam que mesmo com o conhecimento alarmante das agressões físicas e morais, ainda há omissões de denúncias por parte dessas mulheres vítimas da violência por não sentirem-se seguras em denunciar os agressores, ou ainda acreditarem na mudança de comportamento deles.

Entretanto, defendemos aqui que a forma como os profissionais de saúde compreendem e delimitam o problema a ser trabalhado é essencial para a intervenção, já que para cada interpretação da agressão são factíveis diversos caminhos e dessa forma a produção do cuidado, responsabilidade também desses profissionais, varia de acordo com o paradigma pessoal



de cada trabalhador, o que inviabiliza a atenção à saúde livre de julgamentos e condenações. Então nos questionamos sobre como realmente efetivamos o cuidado à mulher vítima de violência intrafamiliar, se por diversas vezes, à culpabilizamos pela situação?

Mostramo-nos compreender que a mulher vitimada deve sim constituir-se em sujeito de direito, e, sua palavra deva ser a final, o que entendemos limitar a atuação profissional, entretanto, trabalhamos com a perspectiva do respeito e solidariedade, segundo a qual o trabalhador apresenta-se colaborativo para ajudar, sábio para orientar e despido de preconceitos. Para D'Oliveira *et al.* (2009) trata-se, portanto, de pensar quais os objetivos da ação em saúde e qual o seu lugar na produção e reprodução de modos de viver e adoecer, com as crenças, valores e atitudes culturalmente dados na saúde e na sociedade brasileira de modo geral.

Considerando ainda, o ponto de vista dos enfermeiros e ACS participantes do nosso estudo com relação à intervenção na situação da violência intrafamiliar, sublinhamos a limitação paradigmática reducionista dos trabalhadores das equipes de saúde da família, com foco nas intervenções de cura e reabilitação, heranças do modelo biomédico, que ainda não conseguimos superar. Ibiapina *et al.* (2013) salientam que mesmo a ESF, tem um enfoque na condição reprodutiva e sexual enquanto saúde da mulher, não estabelecendo ações que lhes proporcionem a melhoria das condições de saúde em todos os ciclos de vida. Assim, Waldow (1999 *apud* MORAIS, 2008) na busca de explicitar as finalidades do cuidar para além das ações técnicas, refere que se deve priorizar aliviar o sofrimento humano, manter a dignidade e facilitar meios para manejar com as crises e com as experiências do viver.

Nesse sentido, os sujeitos verbalizam a falta de grupos de educação em saúde, com enfoque na prevenção, através do diálogo, da troca de experiências entre profissionais e comunidade, desfazendo mitos e ampliando a compreensão dos diferentes paradigmas existentes, onde cada um se apropria mais da realidade do outro, e, é capaz de construir novos saberes e novos caminhos em busca da saúde da comunidade.

D'Oliveira *et al.* (2009) concordam conosco e explicam que o uso ineficaz dos serviços de saúde, de atenção primária frente a violência intrafamiliar contra a mulher, decorre, da redução do problema às suas manifestações no corpo entendido da perspectiva biomédica. Este processo se tem historicamente uma comprovada eficácia técnica e simbólica, é concebido

como medicalização, reduzindo a patologias problemas que, além de médico-sanitários, são sociais.

Nos discursos também surgiram queixas referentes à integração dos serviços de saúde nos diversos níveis, e, mesmo sobre sua integração em nível local, colocando em cheque a capacidade resolutiva dos diferentes casos de violência contra a mulher, onde se faz necessário estabelecer uma relação de cuidado atrelada a outros níveis de atenção ou extra-setoriais, ressaltando a impotência da ESF em manter diálogo integrado com outros níveis de atenção à saúde, quiçá outros setores, interferindo diretamente na resolutividade e integralidade do cuidado prestado.

Assim, reiteramos que não é a simples organização dos serviços dispostos em Redes de Atenção à Saúde, que são capazes de reduzir a fragmentação dos setores e contemplar o indivíduo de forma holística e integral, mas para que este olhar seja possível é necessário alcançarmos a integralidade proposta na Rede de Atenção à Saúde através de sua plena efetivação.

Considerando que a integração da saúde com constituição de redes regionalizadas e integradas de atenção, seja condição indispensável para a qualificação e a continuidade do cuidado à saúde, além de ter grande importância na superação de lacunas assistenciais e racionalização e otimização dos recursos assistenciais disponíveis, precisamos descobrir o caminho que possibilite vencer os obstáculos estruturais e conjunturais que dificultam a efetivação plena dos princípios da reforma sanitária brasileira, de forma a efetivar as Redes de Atenção à Saúde.

Assim, embora a proposta de organização e integração da saúde em Rede de Atenção à Saúde, seja enfatizada por alguns estudiosos, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público e os problemas não resolvidos de gestão e regulação pública na saúde, ainda constituem desafios importantes que devem ser considerados na avaliação da integração da saúde na ESF e no SUS (SILVA, 2011).

Dentro do contexto da impotência da ESF, em efetivar seus deveres, refletimos sobre as responsabilidades dos atores da saúde e dos gestores das políticas públicas, mediante o extraordinário número de mulheres violentadas por seus parceiros ou ex-parceiros (maiores agressores da violência intrafamiliar contra a mulher), entendendo que o fenômeno da violência

intrafamiliar gera prejuízo cujos custos não podem ser reduzidos ao financeiro, mas, sobretudo a interferência da vida humana, sendo responsabilidade do setor saúde o enfrentamento dessa problemática.

Acreditamos que para que os profissionais da área de saúde reconheçam a violência e cuidem das vítimas com efetividade, necessário se faz que sejam capacitados para tal, uma vez que não existe modelo estabelecido, porém, profissionais melhores preparados terão condições de estabelecer uma relação de cuidado que extrapole as ações técnicas com estabelecimento de vínculos de cuidado com o paciente. Ressaltamos ainda que o cuidado é permeado por intencionalidade, interação, preparação, oportunidade, possibilitando que os profissionais consigam diminuir a distância do que podem fazer e do que fazem.

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar da notoriedade da temática da violência intrafamiliar contra a mulher e suas repercussões em diversos setores, acreditamos que instigar a reflexão sobre o cuidado das vítimas dessa problemática é necessário, pois inexistem modelos pré concebidos ou estruturados para realizá-lo, uma vez que os caminhos que buscam soluções ainda se apresentam em construção, ou por vezes são de difícil alcance, já que a complexidade da questão se invisibiliza nas origens culturais de comportamento feminino e masculino, encontra impasse na apatia externa mediante as ações e injustiças ocorridas no âmbito familiar (pois esta por muitos anos detinha total poder sobre seus membros; o que ainda não foi desconstruído em absoluto), se fragiliza nas ações dos serviços de saúde da atenção básica, devido à sua demanda desorganizada para alcançar o que se propõe e impotência de efetivar pactos e acordos e se esbarra na ineficiência jurídica e de medidas sócio educativas, capazes de reinstruir agressores sobre seus direitos e deveres, ocasionando mudanças nos comportamentos ditos machistas e dominantes.

Entendemos que a produção do cuidado, inerente à ESF, deve considerar a totalidade do ser humano, incluindo a elaboração e aplicação de medidas de promoção e prevenção que podem ser potencializadas pela construção de novos paradigmas em conjunto com a comunidade, seja através do desenvolvimento de tecnologias leves, seja através do processo educacional transformador e libertador ou ainda mediante a efetivação da integralidade em seus inúmeros sentidos; assim, compreender como acontece a produção do cuidado às mulheres vítimas de violência intrafamiliar na visão dos enfermeiros e agentes comunitários de saúde da Estratégia Saúde da Família de Sobral, Ceará nos possibilitou apontarmos suas dificuldades de efetivação, com vistas a fundamentar estratégias e ações que possam colaborar para a solidificação desse cuidado prestado.

As discussões acerca da ineficiência das Redes de Atenção à Saúde, evidenciam a inconcretude de princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde, como a integralidade e a universalidade, que, apesar de passados 25 anos de sua implementação, ainda não foram alcançados; estas, denunciam também as enormes dificuldades enfrentadas pelos profissionais na atenção à mulher vítima de violência intrafamiliar, comprometendo o cuidado ofertado a elas.

Neste sentido, questionamos o cuidado como dimensão da saúde e refletimos sobre o papel do Estado enquanto responsável pela saúde dos cidadãos, a considerando em uma

conotação que extrapola a lógica biomédica da ausência da doença, mas a sublinha como o mais completo bem estar físico, mental e social, entendendo que caminhos rumo a essa efetivação ainda necessitam ser desenhados e desvelados.

Nos discursos, apreendemos dificuldades dos profissionais em lidar com a questão da violência intrafamiliar relacionada à multifatorialidade da violência, que hora se apresenta como natural nas relações humanas, hora como atrocidade, causando indefinição quanto ao papel dos profissionais de saúde e sua capacidade de intervenção nas relações familiares; concebemos ainda que o pouco embasamento dos profissionais acerca das possibilidades de enfrentamento da temática, se configura como angústia para os trabalhadores, o que causa a estaticidade destes, frente aos eventos violentos; observamos também dificuldades de efetivação do acolhimento e acompanhamento às vítimas de violência intrafamiliar, bem como da notificação desses casos.

Os profissionais apresentam sentimentos de frustração e impotência ao se depararem com as mulheres que, mesmo conscientes das agressões sofridas apresentam ambigüidade nos sentimentos de ruptura ou continuidade da relação, permeado por fatores como dependência econômica, dependência emocional, baixa auto-estima, responsabilização pela manutenção da relação, muitas vezes essas além de não quererem ajuda ainda temem prejudicar o companheiro (agressor), o que se reverbera em sentimento de “raiva da vítima” pelo profissional, atribuindo à mulher à responsabilidade e culpa do evento violento e negligenciando à longitudinalidade do cuidado; entretanto salientamos a complexidade das amarras sociais já discutidas anteriormente, como contribuinte à postura de passividade da vítima, logo, entendemos que a atuação do profissional de saúde livre de julgamentos, habilidoso, capaz de articular recursos humanos e ajuda multisetorial é fundamental as possibilidades de superação de cada caso.

Felicitemo-nos quando encontramos a compreensão do profissional enquanto agente responsável e empático ao sofrimento da mulher vítima de violência intrafamiliar de sua área adscrita, que lança mão do que dispõe, ou vai ainda mais além para efetivar a produção do cuidado a estas vítimas, seja cobrando respostas das Redes de Atenção à Saúde, seja agindo como articulador e responsável sanitário por determinado caso ou seja mobilizando recursos existentes com vistas a sanar a situação; para isso compreendemos que a intersectorialidade deva ser alcançada e salientamos a impotência dos profissionais em conquistá-la.

Há de haver maior compromisso dos gestores com a temática; embora a operacionalização dos preceitos das políticas públicas envolva teias municipais, estaduais e federais, com enfoque para financiamento, infra-estrutura, e assunção de responsabilidades de cada setor, enquanto os arranjos não forem traçados e percorridos a eficácia e efetividade do cuidado as suas vítimas ficarão restritos, fragilizados ou inexistentes.

Considerando o contexto explicitado, é urgente a ruptura com o velho paradigma da naturalização da violência; acreditamos que as lutas travadas no combate à violência intrafamiliar contra a mulher necessitam ser disseminadas em todas as instâncias sociais, a fim da transformação das práticas, inclusive proporcionando medidas sócio educativas aos agressores, pois entendemos que estes precisam ser reorientados, não reduzindo a magnitude da problemática à simples efetivação das leis punitivas, que foram lembradas por nossos respondentes.

Assim, apontamos os resultados desse estudo que emergiram ao longo das reflexões ocasionadas pela entrevista, bem como salientamos que estas, à medida que os respondentes iam tendo acesso às sínteses das entrevistas anteriores, conforme a proposta do CHD, eram acrescentadas de opiniões e novos construtos.

Apesar das dificuldades, no entanto, as possibilidades de cuidado descobertas na perspectiva da ESF, sob uma visão de enfermeiros e ACS, apontam para medidas que aprimoram a organização dos serviços de saúde, a efetividade de algumas atividades, a capacitação profissional para lidar com o problema, a necessidade de um protocolo orientador para a condução desses casos e a maior importância desse tipo de violência na agenda pública. Enfatizamos o respeito aos direitos humanos, a valorização da ética nas relações interpessoais e interprofissionais e a responsabilidade do Estado frente à causa da violência intrafamiliar contra a mulher, transformando criticamente as necessidades em viabilidades de superação.

Para findarmos, enfatizamos que a pesquisa não intentou buscar respostas, mas fazer surgir questionamentos que nos proporcionassem reflexões acerca das várias fâcies da violência intrafamiliar e sua complexidade frente à limitação do setor saúde, sobretudo, porque este também é responsável por uma variedade de atribuições, cujas soluções ultrapassam sua administração; logo não queremos reduzir a violência intrafamiliar e as sequelas que dela advém a este setor, mas sabemos que soluções devem ser buscadas através do fortalecimento intersetorial, sócio educacional e cultural.

## 8. REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Francisco José Batisata de; MELO, Cynthia de Freiras. Avaliação dos serviços públicos de saúde em duas capitais nordestinas do Brasil. *Psicologia Teoria e Pesquisa*. Brasília, v.26, n.2, abr.-jun. 2010. Disponível em: < [www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a14v26n2.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n2/a14v26n2.pdf) >. Acesso em: jul. 2011.
- ALMEIDA, Maria Teresa Oliveira. Análise da Qualidade de Vida e Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde de Sobral, Ceará. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Ceará, 2012. 128p.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; GIOVANELLA, Lígia; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães de; ESCOREL, Sarah. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: Estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p.286-98, fev. 2010.
- ANDRADE, Luís Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; GOYA, Neysa; MARTINS JUNIOR, Tomaz. Estratégia Saúde da Família em Sobral: oito anos construindo um modelo de atenção integral a Saúde. *Revista de Política Pública*. Sanare. Sobral, v.5, n.2, p.09-23, Fev/mar. 2004.
- ANDRADE, Luís Odorico Monteiro de. Entrevista: Luis Odorico Monteiro de Andrade. *Rev. Radis*, 2003.
- ANDRADE, Clara de Jesus Marques. As equipes de saúde da família e a violência doméstica contra a mulher: um olhar e gênero. Tese de doutorado. Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009, 139 p.
- AQUINO, Estela M. Gênero e saúde: perfil e tendências da produção científica no Brasil. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.40. Ed especial, p.121-32, Agosto, 2006. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102006000400017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102006000400017) > Acesso em 08 dez.2011.
- ARAÚJO, Carla Cristina França de; PONTES, Juliana Leão; PONTES, Taciana Leão. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde da mulher no município de Surubim. *J Manag Prim Health Care*, v.2, n.2, p.24-29, 2011. Disponível em: [www.jmphc.com](http://www.jmphc.com). Acesso em jan 2013.
- ARAÚJO, Eliezer Magno Diógenes; CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo; MESQUITA, Kelli Cristina Marques; LIMA, Erika Gonçalo; CORREIA, Rafaela Bezerra Façanha; SILVA, André Luís Façanha. Educação interprofissional e promoção de saúde: desafios para a estratégia saúde da família. In: CATRIB, Ana Maria Fontenele *et al.* (Orgs). *Promoção da Saúde no Contexto da Estratégia Saúde da Família*. Campinas-SP: Saberes, p.125-34, 2011.

BARCELLOS, Wanda Beatriz Elsen. Violência Intrafamiliar: ressonâncias na prática profissional do psicólogo. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006, 130p.

BARDIN, Laurence. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70, 1997.

BEDONE, Aloísio José ; FAÚNDES, Aníbal. Atendimento integral as mulheres vítimas de violência sexual: Centro de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 465- 469, fev. 2007.

BITTAR, Daniela Borges; NAKANO, Spanó Ana Maria. Violência Intrafamiliar: análise da história de vida de mães agressoras e toxicodependentes no contexto da família de origem. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.20, n.1, jan-mar. 2011. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/02.pdf>>. Acesso em mar. 2011.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. Estudos Avançados, v.17, n. 49, 2003.

BOFF, Leonardo. Saber e Cuidar. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2008

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Rio de Janeiro, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009.

BONFIM, Elisiana Gomes. A violência doméstica contra a mulher na perspectiva da atenção pré-natal pública. Programa de pós- graduação em enfermagem. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do rio Grande do Sul, 2008, 172p.

BRANDÃO, Elaine Reis. Renunciantes de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p. 207-231, 2006.

BRASIL, Rogena Weaver Noronha; MAGALHÃES, Juliano Fontenele; XIMENES NETO, Francisco Rosemiro Guimarães. Análise das contribuições do método da roda no gerenciamento de um Centro de Saúde da Família. RAS, v. 14,n.54, p.27-36, jan-mar. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 196/96 - CNS. Brasília, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 737. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Diário Oficial da União, Brasília-DF, 2001; 16 mai.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretarias de Políticas de Saúde. Violência Intrafamiliar: Orientação para práticas em serviço. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a



\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violência (PNRMAV). Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Saúde / MS, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Temático Prevenção de Violência e Cultura da Paz. Painel de Indicadores do SUS: Brasília. Organização Pan-Americana da Saúde, 2008.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde, Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Série F.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Por uma cultura da paz, a promoção da saúde e a prevenção da violência, Brasília: Ministério da Saúde, 2010 a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010 b, 44 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde)

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Departamento de Atenção Básica ,Brasília : Ministério da Saúde, 2010c. 256 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro Portaria Nº 104, de 25 de janeiro de 2011. Dispõe sobre a responsabilidade dos profissionais e serviços de saúde e dá outras providências. Disponível em: [zttp://www.saude.am.gov.br/fvs/docs/Portaria\\_104.pdf](http://www.saude.am.gov.br/fvs/docs/Portaria_104.pdf)

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Novo ENEM. Portal do Ministério da Educação, Brasília: Ministério da Educação, 2012. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=310&id=13318&option=com\\_content&view=article](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=310&id=13318&option=com_content&view=article). Acesso em nov. 2011

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Saúde da Família: avaliação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. 2ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2005

\_\_\_\_\_. Ministério Público do Estado do Ceará. Núcleo de Gênero Pró Mulher do Estado do Ceará. Fortaleza: Ministério Público, 2011.

BREHMER, Laura Cavalcanti de Farias; VERDI, Marta. Acolhimento na Atenção Básica: Reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. Revista Ciência e Saúde Coletiva, n.15, Supl. 3, p.3569-78, 2010.

Bruffaerts R; Demyttenaere K; Borges G; Haro JM; Chiu WT; Hwang I; Karam EG; Kessler RC; Sampson N; Alonso J; Andrade LH; Angermeyer M; Benjet C; Bromet E; de Girolamo G; de Graaf R; Florescu S; Gureje O; Horiguchi I; Hu C; Kovess V; Levinson D; Posada-Villa J; Sagar R; Scott K; Tsang A; Vassilev SM; Williams DR; Nock MK .Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. Br J Psychiatry, England, v.197,n.1, p.1465-72, jul.2010.

CABRAL, Alessandra Lucas Nunes; LIMA, Harley Davidson Rocha de; CABRAL, Hugo Leonardo de Oliveira. Potencialidades e fragilidades da rede de atenção à saúde no controle da hipertensão arterial no município de Correntes, Pernambuco. J Manag Prim Health Care, v.2,n.2, p.36-40, 2011. Disponível em: [www.jmphc.com](http://www.jmphc.com). Acesso em jan 2013.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Papel da rede de atenção básica em saúde na formação médica – diretrizes. Documento preliminar. ABEM, v.3, out. 2007. Disponível em [http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc\\_prof\\_gastao.pdf](http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf) . Acesso em dez 2012.

CAVALCANTE, Maria Michelle Bispo. O processo da implementação da integralidade na Estratégia Saúde da Família em Sobral-CE. TCC de MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Faculdades Inta, Sobral-CE, 2006.

CARMO, Carolina Jacomini do; HARADA, Maria de Jesus C. Violência física como prática educativa. Revista Latino-am Enfermagem,v.6,n.14. 2006. Disponível em: <http://www.eerp.usp.br/rlae>>. Acesso em 20/11/10 . Acesso em ago.2012.

CARVALHO, Maria Luiza Mello de. Cuidado, Sociedade e Gênero: um estudo com pais cuidadores. Tese de Doutorado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

CEARÁ. Plano Diretor de Reigionalização. Fortaleza: Estado do Ceará, 2006. 83p.

CERRI, Luís Fernando. Saberes históricos diante da avaliação do ensino: notas sobre os conteúdos de história nas provas do Exame Nacional do Ensino Médio – ENEM. Revista Brasileira de História. São Paulo, v. 24, n. 48, p.213-231, 2004. Disponível em < [www.scielo.br/pdf/rbh/v24n48/a10v24n48.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbh/v24n48/a10v24n48.pdf) >. Acesso em: jun.2011.

COCO, Marta; SILVA, Ethel Bastos; JANH, Alice do Carmo. Abordagem dos profissionais de saúde em instituições hospitalares a crianças e adolescentes vítimas de violência. Rev. Eletr. Enf. v.12,n.3, p.491-7, 2010. Disponível em; [http://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v12/n3/v12n3a11.htm](http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a11.htm)

COFEN, 2012. História da Enfermagem. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm> Acesso em jan. 2013

COELHO, Cristiane Mary; ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de. Impacto provocado pela implantação do programa saúde da família sobre as ações dos agentes comunitários de saúde - o caso de Sobral/CE. *Revista de Política Pública. Sanare. Sobral*, ano v, n.1, p159-66, jan-mar. 2004.

CORREA, Maria Eduarda Cavadinha; LABROCINI, Liliana Maria; TRIGUEIRO, Tatiana Herreira. Feeling powerless: a feeling expressed by caregivers of sexual violence victims. *Rev Latino-am Enfermagem*, v.17, n.3, p.289-294, maio-junho. 2009

COSTA, Maria da Conceição Oliveira; CARVALHO, Rosely Cabral de; SANTA BÁRBARA, Josele; GOMES, Waldelene; SOUSA, Heloísa lima de. O perfil da violência contra crianças e adolescentes, segundo registros de conselhos tutelares: Vítimas, agressores e manifestações da violência. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. v.12, n.5, p. 1129-1141, set-out. 2007.

COSTA NETO, Milton Menezes da. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: MS, 2000. 44p. (Cadernos de Atenção Básica – PSF, Caderno 1).

CHUZ, Júlio Cesar; MANTOVANI, Maria de Fátima; ULBRICH, Elis Martins; REIS, Bruna Karoline dos. Percepções da equipe de enfermagem no atendimento a vítimas de violência. *Cienc. Cuid. Saude*, v.10, n.2, p.284-289, Abr/Jun. 2011.

D'AMOUR, Danielle. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. *Journal of Interprofessional Care*. v.19, supl.1, p.8-20, may. 2005.

DELFINO, Vanessa. *et al.* A identificação da violência doméstica e da negligência por pais de camada média e popular. *Rev. Texto e contexto. Florianópolis*, v.14, esp, p.38-46, 2005.

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

FALLEIROS, Iallê *et al.* A constituinte e o sistema único de saúde. *In: PONTE, Carlos Fidelis; FALLEIROS, Iallê. (Orgs.). Na corda bamba de sombrinha : a saúde no fio da história*. Rio de Janeiro: Fiocruz, EPSJV, p.239 – 278, 2010. Disponível em <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/livro-na-corda-bamba-de-sombrinha.pdf>. Acesso em 01 jan2013.

FERNANDES, Francisco; LUFT, Pedro; GUIMARÃES, Marques. *Dicionário Brasileiro Globo*. São Paulo: Globo, 2010.

FERRAZ, Maria Izabel Raimondo; LACERDA, Maria Ribeiro; LABRONICI, Liliana Maria; MAFTUN, Mariluci Alves; RAIMONDO, Maria Lúcia. O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem, Curitiba*, v. 14, n. 4, p. 755-759, out./dez. 2009.

FERRIANI, Maria das Graças Carvalho (org.) Debaixo do mesmo teto: Análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB Editora, 2008.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio de. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. Especialização em Saúde da Família (Módulo Político Gestor),UNA – SUS, Unifesp, 2011.

FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens um desafio para os serviços de atenção primária. Rio de Janeiro. Ciênc. saúde coletiva v.10, n.1, jan- mar. 2005. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232005000100017&script=sci_arttext)>. Acesso em: 12 mar. 2012.

FILHO, Jaime Gonçalves. Cidadania e globalização. 2012. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/artigo,cidadania-e-globalizacao,37259.html>. Acesso em:jan 2013.

FLICK, Uwe. Introdução a pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOCAULT, Michel. Microfísica do poder. Trad. Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; LEAL, Ana Emilia Ramos Bagueira; SKUBS, Thais; NUNES, Rebeca; EGRY, Emiko Yoshikawa. Violência Doméstica Contra a Mulher na Visão do Agente Comunitário de Saúde. Revista . Latino-am Enfermagem, v.17, n.6, nov-dez. 2009. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_08.pdf) - Similares. Acesso em 01 jan.2013

FONTANA, Mônica; SANTOS, Simone Ferreira. Panorama sobre a violência de gênero. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos, 2011. (Dossiê. Saúde da Mulher e Direitos Reprodutivos). Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Dossi%EAs/Dossi%EA%20Viol%EAncia%20Contra%20a%20Mulher.pdf>. Acesso em jul. 2011

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, Emerson. *et al* . O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; FRANCO, Camila Maia. Linhas do Cuidado Integral: Uma Proposta e Organização da Rede de Saúde. 200?. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1311947118612INTEGRALIDADE%20NA%20ASSIST%CA%20NCIA%20C0%20SA%DADE%20-%20T%FAlio.pdf>

FRANZOI, Neusa Maria; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da; GUEDES, Rebeca Nunes Guedes. Violência de gênero: Concepções de profissionais das equipes de saúde da família. Revista latin- amer- Enf. v.19, n.3, mai-jun. 2011. Acesso em 10 jan.2013. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_19.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_19.pdf)

FREITAS, Cibelly Aliny Siqueira Lima. O idoso vítima de violência: desafios do sistema de saúde para o enfrentamento do fenômeno. Tese de doutorado .Programa de Pós - Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011, 190p.

FREITAS, Fabiana Carpi; LIMA, Maria da Glória; DYTZ, Jane Lynn Garrison. Atendimento à mulher vítima de violência sexual no Programa Violeta, Distrito Federal. Com. Ciências Saúde. v.18,n.3, ,185-196, p. 2007.

FURLANETO, Cleidiamar Aparecida. A violência contra a mulher e a saúde: Um estudo sobre a atenção às mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, 2007, 108p.

GADAMER, Hans-Gerg. Verdade e Método. Petrópolis: Traços Fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

GARCIA, Moreno Cláudia. Prevalence of intimate partner violence: findings from the Who multi-country study on women's health and domestic violence. IPPF, Londres, v.7, n.368, 2006. Disponível em: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/media\\_corner/Prevalence\\_intimate\\_partner\\_WHOStudy.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/media_corner/Prevalence_intimate_partner_WHOStudy.pdf)>. Acesso em 10 jul.2012.

GILLIGAN, Carol. Uma voz diferente. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1982.

GOLDFARB, Dellia Catullo. Pensando nas origens da violência. Ciência e Saúde Coletiva, v.15, n.6, p.2669-2676. 2010.

GOMES, Karine de Oliveira; COTTA, Rosangela Minarde Mitre; CHERCHIGLIA, Marisangela Leal; MITRE, Sandra Minardi; BATISTA, Rodrigo Siqueira. A práxis do agente comunitário de saúde no contexto do programa saúde da família: reflexões estratégicas. Saúde Sociedade. São Paulo, v.18, n.4, p.744-55, out- dez.2009. 2009. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400017&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902009000400017&script=sci_arttext)

GONDIM, Grácia M; MONKÉN, Maurício; ROJAS, Luisa Iñiguez; BARCELLOS, Christóvam; PEITER, Paulo; NAVARRO, Marli; GRACIE, Renata. O território de saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização, [2008?]. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS\\_CURSO\\_VIGILANCIA/20.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/TEXTOS_CURSO_VIGILANCIA/20.pdf). Acesso em jul 2012.

GUBA, Egon G.; LINCOLN, Yvonna S. Fourth generation evaluation. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

GUIMARÃES, José Maria Ximenes Guimerães; VASCONCELOS, Evaldo Eufrásio; CUNHA, Rejane Santos; MELLO, Ronaldo Dantas de; PINTO, Luís Felipe. Estudo epidemiológico da violência por arma branca no município de Porto Grande, Amapá. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.2. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n2/a22v10n2.pdf>> Acesso em: jun 2011.

GRUPO TÉCNICO DA COMISSÃO INTERGESTORES TRIPARTITE. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Dez 2010.

IBIAPINA, Mary Help Alves; AMORIM, Christiano das Neves Viana; RIBEIRO, Yuri De Lima. Mulheres em situação de violência doméstica: dificuldades para promoção de um atendimento de qualidade. Rio grande. 2013. Disponível em: [http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n\\_link=revista\\_artigos\\_leitura&artigo\\_id=10536](http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10536). Acesso em jan 2013

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Primeiros resultados definitivos do Censo 2010: Brasília (DF): Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010. Disponível em: [www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas\\_pdf/total\\_populacao\\_ceara.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_ceara.pdf). Acesso em: 28 jan. 2012.

ITURRALDE, Claudia. Família y pareja: comunicación, conflicto y violencia. In: CORSI, Jorge. La violencia en el contexto familiar como problema social. In: Maltrato y abuso en el ámbito doméstico . Paidós, Buenos Aires. 2009, 278p.

JANSEN, Henrica. WATTS, Charlotte; HEISE, Mary Ellsberg Lori. Interviewer Training in the WHO Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence. Violence Against Women, v. 10,n. 7, p. 831-849, July 2004. Disponível em: [http://www.who.int/gender/documents/Interviewer\\_training.pdf](http://www.who.int/gender/documents/Interviewer_training.pdf). Acesso em jul 2011

JESUS, Washington Luís Abreu de. Re-significação do planejamento no campo da Saúde Coletiva: desafios teóricos e busca de novos caminhos. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Estadual Feira de Santana, Bahia, 2006. Disponível em: <[portal.saude.gov.br/.../re-significacao\\_planejamento-washington.pdf](http://portal.saude.gov.br/.../re-significacao_planejamento-washington.pdf)> . Acesso em jun 2012.

KLEINSCHMIDT, Kurt C. Elder abuse: A review. Annals of Emergency Medicine, v.30, p. 463-472 . Grupo Parlamentario Interamericano sobre Población y Desarrollo (GPI). Ed. Lápiz y Papel, Ecuador, 1ª ed., noviembre 2005.

KRONBAUER, José Fernando Dresch; MENEGHEL, Stela Nazareth. Perfil da violência de gênero perpetrada por companheiro. Rev. Saúde Pública. n.39, v.5, p.695-701, 2004.

KRUG, Etienne G; DAHLBERG, Linda L; MERCY, James A; ZWI, Antony B; Lozano, Rafael. Relatório mundial sobre violência e saúde, Organização Mundial de Saúde: Genebra, 2002.

LAMOGLIA, Cláudia Valéria Abdala; MINAYO, Maria Cecília Souza. Violência conjugal, um problema social e de saúde pública: estudo em uma delegacia do interior do Estado do Rio de Janeiro. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v14, n.2, 2009.

LAURENTI, Ruy; MELLO JORGE, Maria Helena Prado de; GOTLIEB, Sabina Lea Davidson. Perfil epidemiológico da morbimortalidade masculina. Revista Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n.1, p 35-46, jan- mar.2005.



LAVOR, Antônio Carlile Holanda; LAVOR, Miria Campos; LAVOR, Ivan Campos. Agente comunitário de saúde: um novo profissional para novas necessidades da saúde. Revista de Política Pública. Sanare. Sobral, ano v, n.2, p.121-8, Jan-mar. 2004.

LETTIERE, Angelina, NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. Revista Escola de Enfermagem. USP, n.42,v.3, p.467-73, 2008.

LIMA, Maria do Carmo Campos Santos; COSTA, Maria Conceição Oliveira; BIGRAS, Marc; SANTANA, Marcos Antônio Oliveira ; ALVES, Técia Daltro Borges; NASCIMENTO, Ohana Cunha do; SILVA, Mariana Rocha da. Atuação profissional da atenção básica de saúde face à identificação e notificação da violência infanto-juvenil. Rev. Baiana de Saúde Pública, v.35, supl.1, p.118-137, jan-jun. 2011.

LOBATO, Geórgia Rosa; MORAES, Claudia Leite; NASCIMENTO, Marilene Cabral do. Challenges for dealing with cases of domestic violence against children and adolescents through the Family Health Program in a medium -sized city in Rio de Janeiro State, Brazil. Caderno de Saude Pública, Rio de Janeiro, v.28, n.9, p.1749-58, set, 2012.

LOPES, Roberta. Agência Brasil. Lei nº 12.513 de 26.10. 2011 Institui o PRONATEC (Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego. Disponível em: < <http://maranauta.blogspot.com.br/2011/10/lei-n-12513-de-26102011-institui-o.html>>. Acesso em 08 jul.2011.

MACEDO, Laura Christina; LAROCCA, Liliana Muller; CHAVES, Maria Marta Nolasco; MAZZA, Verônica de Azevedo. Análise do Discurso: uma reflexão para pesquisar em saúde. Comunicação Saúde e Educação,v.12, n.26, p.649-57, jul-set, 2008.

MAY, Rollo. Poder e inocência: uma análise das fontes de violência. Rio de Janeiro: Zahar, 1972.

MARCONI, Maria de Andrade. LAKATOS, Eva Maria. Fundamentos da metodologia científica. São Paulo: Atlas, 2010.

MARQUES, Fernanda. Instituições para portadores de deficiência têm estratégias contra a violência. In: Saúde em movimento. 2009. Disponível em: [http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia\\_frame.asp?cod\\_noticia=2936](http://www.saudeemmovimento.com.br/reportagem/noticia_frame.asp?cod_noticia=2936) Acesso em: 17 mar. 2012.

MARTINS, Camilla Soccio; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. In: FERRIANI, Maria das Graças Carvalho (org.) Debaixo do mesmo teto: Análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB Editora, 2008.

MARTINS, Pollyanna. Análise do processo de trabalho das equipes de saúde bucal na microrregião de Sobral e sua relação com atributos essenciais e qualificadores da atenção primária

à saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) Universidade Federal do Ceará, Sobral, 2012 (mimeo).

MARTINS JUNIOR, Tomaz; PARENTE, José Reginaldo Feijão; SOUSA, Francisca Lopes de; SOUSA, Maria do Socorro Teixeira. A residência multiprofissional em Saúde de Família de Sobral-CE. *Sanare: Revista de Política Públicas*. ano VII, n.2, p.14-22, jun/dez. 2008.

MEDRADO, Benedito *et al.* Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas. Recife: Instituto PAPAÍ, 2010. 184p. Disponível em: [http://www.unfpa.org.br/Arquivos/homens\\_masculinidades.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/homens_masculinidades.pdf)>. Acesso em: 12 mar 2012.

MELO, Manuela Costa.; CRISTO, Rosilane de Carvalho; KAMADA, Ivone. Avaliação da assistência multiprofissional dos casos de violência intrafamiliar atendidos em uma unidade de pediatria. *Comunicação Ciência e Saúde* [online] v.1, n.17, p.47-52, 2006. Disponível em <http://www.fepecs.edu.br/revista/Artigo%205.pdf>. Acesso em 07 nov. 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção à saúde*, Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG, 2009.

MINAYO, Maria Cecília Souza. Violência contra idoso: relevância para um velho problema. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.783 -91, 2003.

\_\_\_\_\_. A difícil e lenta entrada da violência na agenda do setor saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.646-647. mai-jun. 2004.

\_\_\_\_\_. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In *Impacto da Violência na saúde dos brasileiros. Série B. Textos Básicos de Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_. *Violência e Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, 132p.

\_\_\_\_\_. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, Abrasco, 2007, 406p.

\_\_\_\_\_. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. *Cadernos de saúde pública*, v. 4, n.1, Rio de Janeiro. 1999. Disponível em: <<http://www.fsp.usp.br/Caderno de Saúde>>. Acesso em 20 nov. 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Análise da Implantação da rede de atenção às vítimas de acidentes e violências segundo as diretrizes da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade sobre Violência e Saúde. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 5, nov./dez. 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. Hermenêutica Dialética como caminho do pensamento social. In: *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.



MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *Hist. Ciênc. e Saúde*, v.4, n.16, fev.1998.

\_\_\_\_\_. Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011

MONTENEGRO, Thereza. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. *Rev. Est. Feministas*, Florianópolis, v. 11, n.2, jul-dez. 2003. Disponível em:  
< [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2003000200008&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2003000200008&script=sci_arttext)

MORAES, Norma Silveira. Violência Psicológica: Como é isso? In: Diretório de artigos gratuitos, 2011. Disponível em: < <http://www.artigonal.com> >. Acesso em out 2011.

MORAIS, Sheila Coelho Ramalho Vasconcelos. O cuidar da enfermagem à mulher vítima de violência sexual. Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, Teresina (PI), 2008. 85fls.

MORENO, Garcia. *The Lancet*. Previous Article Next Article v.359, n. 9316, p. 1509 - 1514, April 2002 . Disponível em: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(02\)08417-9/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(02)08417-9/fulltext). Acesso em nov.2011.

MULLER, Eliane Fransieli. A Violência Intrafamiliar contra o Idoso: um estudo no contexto do ciaprevi -Florianópolis/SC,. Monografia de Graduação. (Curso de Graduação em Serviço Social) - Centro Sócio-Econômico da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008. 128p.

NEVES, Anamaria Silva; ROMANELLI, Geraldo. A violência doméstica e os desafios da compreensão interdisciplinar. *Estudos de Psicologia*. Campinas, v.23, n.3, jul.- setembro. 2006.

NEVES, Ricardo Ferreira das. A interação do ciclo da experiência de Kelly com o círculo hermenêutico- dialético, para a construção de conceitos de biologia. Dissertação (programa de Pós graduação em Ensino das Ciências) Universidade Federal Rural de Pernambuco, Recife, 2006 Disponível em:, <http://www.pge.ufpe.br/arquivos/teses2004/RFN.pdf>> Acesso em: jul. 2011.

OLIVEIRA, Eliany Nazaré. Pancada de amor dói e adoce: violência física contra mulheres. Sobral,CE: UVA, 2007.

OLIVEIRA, Elisa Rezende. Violência doméstica e familiar contra a mulher: um cenário de subjugação do gênero feminino. *Revista do Laboratório de Estudo da Violência da UNESP/MARÍLIA*, v.9, p.153-65, 2012.

OLIVEIRA, Eleonora Menicucci; BARBOSA, Rosa Machin; MOURA, Alexandre Aníbal Valverde; KOSSEL, Karen Von; MORELI, Karina; BOTELHO, Luciana Francisca Fernandes. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo,USP, v.39, n.3, 2005. 190 p.

OLIVEIRA, Maria Marly de. Como fazer pesquisa qualitativa. 3. ed. São Paulo: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, Hadelândia Milon de; MORETTI-PIRES, Rodrigo Otávio; PARENTE, Rosana Cristina Pereira. As relações de poder em equipe multiprofissional de Saúde da Família segundo um modelo teórico arendtiano. *Interface - Comunicação, Saúde, Educ.*, v.15, n.37, p.539-50, abr./jun. 2011.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual, *Revista Escola de Enfermagem. USP, São Paulo*, v.41, n.4, p.605-12. 2007

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Relatório Mundial sobre Violência e Saúde. Organização Mundial de Saúde 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Violência um problema de saúde pública. In: KRUG, E. *et al.* Relatório Mundial sobre violência e saúde. Genebra: World report on violence and health/Organização Mundial de Saúde. 2002. p. 357.

ORAM, Siân; STOCKL, Heidi; BUSZA, Joanna; HOWARD, Louise; ZIMMERMAN, Cathy. Prevalence and Risk of Violence and the Physical, Mental, and Sexual Health Problems Associated with Human Trafficking: Systematic Review. *PLoS Med.* v.9,n.5, May. 2012.

ORLANDI, Eni. Análise do discurso. Conversa com Eni Orlandi. Rio de Janeiro: Teias, v.7,n.13-14, jan/dez 2006. Disponível em [www.periódicos.proped.pro.br](http://www.periódicos.proped.pro.br). Acesso em 07 nov. 2010.

PACHECO, Leonora Rezende. Violência conjugal no âmbito doméstico: as vozes de mulheres que romperam com a agressão. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. 2012, 138p.

PALMEZONI, Pinho Vanessa; MIRANDA, Silveira; JOSÉ, Frank. A identificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes pelo agente comunitário de saúde. *Revista de Saúde Coletiva*, v.49, n.8, p. 88-92. 2011.

PASSOS, Hozana Reis. Conhecendo a rede de apoio à mulheres vítimas de violência em no município de Belo Horizonte. Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de MG, Minas Gerais, 2010, p.37

PEREIRA, Iatamura de Fátima Barboza; LIMA, Maria Evilane de Oliveira; MORAIS, Fernanda Kallyne Rêgo de Oliveira. Violência contra mulher: Compreensão dos significados e Atitudes junto às mulheres e aos Profissionais de enfermagem. Catussaba, *Revista Científica da Escola de Saúde. Universidade Potiguar*, 2011

PEREIRA, Martha Priscila Bezerra; BARCELLOS, Christovam. O território no programa de saúde da família. *Rev. Brasileira de Geografia Médica e da Saúde Hygeia*, v.2, n.2 ,p.47-55, jun. 2006. Disponível em: [www.hygeia.ig.ufu.br/](http://www.hygeia.ig.ufu.br/) , acesso em dez 2012.

PINHEIRO, Juliana Correia; BARBOSA, Josefa Helk. Violência doméstica contra a mulher: um desafio para enfermeiros da rede básica de saúde. 2012, Disponível em: <http://189.75.118.68/cbcef/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I42045.E10.T6897.D6AP.pdf>, Acesso em jan 2013.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubem Araújo de. Cuidar do cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, Abrasco, 2008. 356 p.

PORTO, Janice Regina Rangel. Violência contra a mulher: expectativas de um acolhimento organizado. Dissertação de Mestrado. Curso de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2008. 165p.

REIS, Maria José dos; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; HIGA, Rosângela; TURATO, Egberto Ribeiro; CHVATAL, Vera Lucia Soares; BEDONE, Aloísio José. Vivências de enfermeiros na assistência à mulher vítima de violência sexual. Revista Saúde Pública, v.44,n.3, p.325-31. 2010.

RICKS, Frances. “A Feminist’s View of Caring.” Journal of Child and Youth Care, v. 7, n. 2, p. 49-57. 1992.

ROCHA, Ruth. Dicionário da Língua Portuguesa. São Paulo: Scipione, 2012.

ROCHA, Jesanne Barguil Brasileiro ; ZEITOUNE, Regina Célia Gollner . Perfil dos Enfermeiros do Programa Saúde da Família: uma necessidade para discutir a prática profissional. Revista de Enfermagem, UERJ, Rio de Janeiro,v.15,n.1,p.46-52, jan-mar. 2007.

RODRIGUES, Marlene Teixeira; FIGUEIRA, Kamila Thais da Silva. A violência doméstica contra mulheres nas áreas rurais atendidas pela Regional de Saúde do Núcleo Bandeirante (DF)- O olhar das Agentes Comunitárias de Saúde. Goiás, II Simpósio de Ciências Sociais, Nov.2011.

RODRIGUES, Fabiana Soares. Acolher com acolhida o desafio da equipe Aímné Cançado Couto. TCC de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, 2011.36 p.

ROQUE, Eliana Mendes de Souza Teixeira; FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; UBEDA, Elza Maria Lourenço. A Violência na Família e a Justiça: algumas perspectivas. In: FERRIANI, Maria das Graças Carvalho (org.) Debaixo do mesmo teto: Análise sobre a violência doméstica. Goiânia: AB Editora, 2008.

RIQUINHO, Deise Lisboa; CORREIA, Sandra Gomes. O perfil dos profissionais de saúde em caso de violência doméstica. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, n.27, v.2, p.301-10. 2006.

SALIBA, Orlando; GARBIN, Cléa Abas Saliba; GARBIN, Artênio José Ispere; DOSSI, Ana Paula, Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica . Rev. Saúde Pública, v.43, n.3, 472-7. 2007.

SACRAMENTO Livia de Tartari; REZENDE Manoel Morgado. Violências: lembrando alguns conceitos. Aletheia; v. 24, p.95 -104. Dez 2006.

SANCHES, Ana Paula R. Amádio; LEBRÃO Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Violência contra idosos: uma questão nova? Saúde, Soc. v. 17, n. 03, São Paulo, jul/set, 2008. Disponível em:< [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000300010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 15 jan.2012.

SANTOS, Lídia Noêmia; ARAÚJO, Nicolai Vladimir Gonçalves; GALVÃO, Roberto. Construindo Sobral. Fortaleza: Demócrito Rocha, 2011.

SANTOS, Lyndon; SALGADO, Mabel. Religião e Violência em Tempos de Globalização. Paulinas: São Paulo, 2012.

SCARANTO, Catarina Antunes Alves; BIAZEVIC Maria Gabriela Haye; CROSATO, Edgard Michel. Percepção dos Agentes Comunitários de Saúde sobre a Violência Doméstica contra a Mulher. Psicologia Ciência e Profissão online. v. 27, n. 4, p. 694-705, 2007. Disponível em: [www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt\\_08.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n6/pt_08.pdf) - Similares. Acesso em 01 jan. 2013

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Revista Saúde Pública, 2002. Disponível em:< [www.fsp.usp.br/rsp](http://www.fsp.usp.br/rsp)>. Acesso em 20/11/10

SCHRAIBER Lilia Blima; D'Oliveira Ana Flávia Pires Lucas; FALCÃO, Marcia Teresa Couto; FIGUEIREDO Wagner dos Santos. Violência dói e não é direito: violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Unesp, 2009. 184 p.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D' OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas; PORTELLA, Ana Paula MENICUCCI, Eleonora. Violência de gênero no campo da Saúde Coletiva: conquistas e desafios. Rev. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, n. 4, 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a04v14n4.pdf>>. Acesso em: 28 dez. 2011.

SELBACH, Paula Trindade da Silva. Desafios da prática pedagógica universitária face a reestruturação curricular: um estudo com professores do curso de enfermagem. São Luis/MA: EDUFMA, 2009.

SENADO FEDERAL, Secretaria Especial de Editoração e Publicações Subsecretaria de Edições Técnicas. Constituição da República Federativa do Brasil. 2010.

SEVERINO, Juliana Gallonetto; COSTA, Neuza Cristina Gomes da. Atuação do enfermeiro no atendimento a mulher na saúde da família em Diamantino, Mato Grosso. Rev. Matogrossense de Enfermagem, v.1, n.2, p.166-182, nov-dez. 2010. Disponível em: [www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE](http://www.portaldeperiodicos.uned.edu.br/index.php/REMENFE) Acesso em 08 jan 2013

SILVA, Joana; DALMASO, Ana S. Whitaker. Agente Comunitário de Saúde: o ser, o saber, o fazer. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2002. 240p.

SILVA, Juliana Medeiros. Serviços Públicos de Atendimento às Mulheres Vítimas de Violência Doméstica: uma análise das casas-abrigo. Dissertação. Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009. 106p.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; MERHY, Emerson Elias; CARVALHO, Luís Claudio de. Refletindo sobre o Ato de Cuidar da Saúde. In: Construção da Integralidade: Cotidiano, Saberes e práticas em saúde. 2007. Disponível em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-18.pdf>>. Acesso em 12 mar. 2012.

SILVA, Silvio Fernandes da. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). Revista Ciência e Saúde Coletiva, n.16, v.6, p.2753-62, 2011.

SILVESTRE, José Amilton Costa. Análise da coordenação das ações de atenção à saúde bucal na 13ª célula regional de saúde do estado do Ceará sob a percepção da gestão municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família). Universidade Federal do Ceará Campus Sobral, 2011.

SIMÕES, Aline Rios. O agente comunitário de saúde na equipe de saúde da família: fatores de sobrecarga de trabalho e estresse. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 6-21, jan./jul. 2009. Disponível em <http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/issue/view/3>. Acesso em 01 jan 2013.

SOBRAL. Coordenação da Vigilância à Saúde. Sobral, 2011.

SOBRAL. Secretaria da Saúde e Ação social. Relatório Anual de gestão 2011. Sobral, 2011 . (Mimiografado)

SOUSA, Maria Fátima de; HAMANN, Edgar Merchán . Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta. Ciência e Saúde Coletiva [online]. v.14, supl.1, p. 1325-1335, 2009. Disponível em: [http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000800002&script=sci\\_arttext](http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S1413-81232009000800002&script=sci_arttext). Acesso em 10 nov. 2010.

STOIANOV, Maristela. Atendimento as mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. Revista de Saúde Pública, v.3, n.39, p.376-82. 2005.

Bíblia Sagrada. Omartian Stormie. Gênesis. São Paulo: Mundo Cristão, p.3-61. 2009.

TELLES, José Luíz. Perspectivas e desafios para o planejamento das ações do pacto pela vida/saúde da população idosa 2006/2007: contribuições para o debate. Ministério da Saúde, 2006. 25p.

THEISEN, Neiva Isolete dos Santos. Agentes Comunitários de Saúde (ACS): Condições de Trabalho e Sofrimento Psíquico. Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em

Desenvolvimento Regional. UNISC. 2004. Disponível em:  
<<http://btd.unisc.br/Dissertacoes/NeivaTheisen.pdf>>. Acesso em 01jan. 2013.

TREVISAN, Isabel Pires. Femicídios no Rio Grande do Sul e a Lei Maria da Penha. Monografia de Especialização. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Especialização em Saúde, sexualidade e relações de gênero. Porto Alegre, 2011, 56p.

USTA, Jinan; ANTOUN, Jumana; AMBRUEL, Bruce; KHAWAJA, [Marwan](#). Involving the Health Care System in Domestic Violence: What Women Want. *Annals of family medicine ann Fam Med*, v.10,n.3, p. 213–220, May. 2012.

VASCONCELOS, Kelly Linhares; FERREIRA, Adriana Gomes Nogueira; OLIVEIRA, Eliany Nazaré; SIQUEIRA, Danielle D'Ávilla; PINHEIRO, Patrícia Neiva da Costa. Características da violência sexual sofrida por crianças assistidas por um programa de apoio. *Rev. Rene*, Fortaleza, v. 11, n. 1, jan./mar. 2010.

VIEIRA, Leticia Becker; PARDOIN, Stela Maris de Mello; LANDERDAHL, Maria Celeste . A percepção de profissionais da saúde de um hospital sobre a violência contra as mulheres. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre,RS v.30, n.4, p.609-16, dez. 2009.

VENTURI, Gustavo; RECAMAN Marisol; OLIVEIRA, Suely. Orgs. A mulher brasileira nos espaços público e privado. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 2010.

WASELFISZ, Julio Jacobo. Mapa da Violência 2012 Caderno Complementar 1: Homicídios de mulheres nos Brasil. São Paulo: Instituto Sangari, 2012

WALDOW, Vera Regina. Cuidar Expressão humanizadora da enfermagem. Porto Alegre: Vozes,1999.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Prezado Profissional:

Sou enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Saúde da Família pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Estou desenvolvendo um estudo que objetiva compreender a abordagem às vítimas de violência intrafamiliar pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE; Investigar como acontece a coordenação do cuidado do profissional da ESF as vítimas de violência intrafamiliar e Conhecer o nível de informação do profissional sobre a Rede de Enfrentamento a Violência no município de Sobral; cujo título é: **Violência Intrafamiliar contra a mulher - Um estudo sobre a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família.**

Neste sentido, estou solicitando sua colaboração na participação da pesquisa respondendo a uma entrevista contendo questões sobre seu conhecimento e abordagem às vítimas de violência intrafamiliar do seu território. Nesta entrevista eu conversarei sobre vários assuntos, como por exemplo: como você define violência intrafamiliar? Quais os órgãos que você conhece que fazem parte da rede de enfrentamento à violência do município de Sobral? Como acontece sua conduta diante do atendimento ou conhecimento de casos de violência intrafamiliar? Entre outras. Assim, esta entrevista pode durar o tempo que você dispuser, e para não perder nenhum dado que você falar, também peço sua autorização para gravá-la. Gostaria de deixar claro, que essas informações são sigilosas, não falarei para ninguém e, principalmente, seu nome, não será em nenhum momento divulgado. Caso se sinta constrangido ou desconfortável, durante essa entrevista, você tem o direito de pedir para interrompê-la, sem causar nenhum dano a você. Ou mesmo, se não aceitar participar do estudo, você não sofrerá nenhuma penalidade. Os dados obtidos nesta entrevista servirão para meu trabalho de conclusão do curso de Mestrado em Saúde da Família, sempre respeitando o caráter confidencial de seu nome. Pretendemos com essa pesquisa, obter informações sobre a abordagem às vítimas de violência intrafamiliar pelas Equipes da Estratégia Saúde da Família de Sobral-CE; Informo ainda, que:

- Mesmo tendo aceito participar, se por qualquer motivo, durante o andamento da pesquisa, resolver desistir, tem toda liberdade para retirar o seu consentimento.
- Sua colaboração e participação poderão trazer benefícios para o desenvolvimento da ciência e para a melhoria do cuidado às vítimas de violência intrafamiliar no nível da Estratégia Saúde da Família.
- Responder a esta entrevista não trará nenhum risco para você.
- Entretanto, caso se sinta constrangido em responder alguma pergunta, interromperemos a mesma,
- Estarei disponível para qualquer outro esclarecimento no Endereço: Rua Eduardo Almeida Sanford, nº195, Domingos Olímpio, Cep: 62022390, Sobral –CE, telefone: (88) 99951555.

**Endereço do Comitê de Ética:** Avenida: Comandante Mauricélio Rocha Ponte, nº 150 - Derby - Cep: 62.041.040 - Sobral - CE. Fone/Fax: (88) 3677-4255.

Dado os motivos explicados acima, gostaria muito de poder contar com sua colaboração, Atenciosamente,

---

Maria Michelle Bispo Cavalcante

#### Consentimento pós – informado

Declaro que tomei conhecimento do estudo: Violência Intrafamiliar: um estudo sobre a produção do cuidado na Estratégia Saúde da Família e estou ciente de que a entrevista será gravada e seus resultados tratados sigilosamente, e de que, caso queira desistir de participar da pesquisa tenho liberdade de retirar esse consentimento. Assim, autorizo a minha participação na pesquisa exposta acima, com a minha colaboração espontânea.

Sobral, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura do Profissional



## **APÊNDICE- B**

### **ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA PARA ENEFREMEIROS E ACS**

- 1. Explique como acontece sua conduta diante do atendimento ou conhecimento dos casos de violência intrafamiliar contra mulheres?
- 2. Como ocorre o acompanhamento às mulheres vítimas de violência intrafamiliar?
- 3. Me fale acerca dos seus sentimentos mediante os casos de violência contra a mulher na família.
- 4. Em sua opinião quais os fatores que mais dificultam e facilitam o acompanhamento e tratamento, à mulher vítima de violência intrafamiliar no seu território?
- 5. Você pode me dizer como você percebe o acolhimento, notificação e acompanhamento das mulheres vítimas de violência intrafamiliar em seu território?