

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONOMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL /MESTRADO**

CLEIDIAMAR APARECIDA FURLANETTO

**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**

**FLORIANÓPOLIS
2007**

CLEIDIAMAR APARECIDA FURLANETTO

**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 apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Tamasso Miotto

FLORIANÓPOLIS

2007

CLEIDIAMAR APARECIDA FURLANETTO

**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 submetida à avaliação da Banca Examinadora para obtenção do título de **Mestre em Serviço Social** e aprovada atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina/UFSC, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/Mestrado.

BANCA EXAMINDORA

Prof^ª Dr^ª Regina Célia Tamaso Miotto - UFSC

Prof^ª Dr^ª Teresa Kleba Lisboa - UFSC

Dr^ª Magda Duarte dos Anjos Scherer - NESP/UNB e ANVISA/MS

FLORIANÓPOLIS, 16 de agosto de 2007.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Santa Catarina pelo ensino público e de qualidade.

Aos professores, funcionários e bolsistas do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social/ Mestrado da UFSC.

À professora Regina Célia Tamaso Miotto pelo companheirismo e ensinamentos sem tamanho durante todos estes anos de percurso acadêmico. Também pela orientação que não se limita ao presente trabalho.

À Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis que permitiu a realização da pesquisa, e aos profissionais das UBSs que se disponibilizaram a participar do trabalho.

À amiga e ex-colega de residência Giseli dos Santos por ter me acompanhado fielmente em diversos momentos e também na realização da pesquisa.

Aos amigos e colegas das “turmas” de Mestrado pela amizade e pela força para seguir em frente.

À Terezinha e ao Angelim, meus pais, por tudo.

As minhas irmãs Gleícia e Kelli, e agora o Junior da Kelli.

Ao meu companheiro de todas as horas Jean... por estarmos no mesmo caminho!

RESUMO

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida Furlanetto. A violência contra a mulher e a saúde: um estudo sobre a atenção as mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde de Florianópolis /SC. **Dissertação de Mestrado em Serviço Social**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2006. Orientadora: Regina Célia Tamasso Mioto.

Este trabalho coloca em discussão a violência contra a mulher enquanto uma questão de saúde. As discussões aqui realizadas partiram do final dos anos de 1970, quando no Brasil, a violência contra a mulher ganha maior visibilidade social passando a ser abordada também na esfera pública, seja pela inclusão do tema na pauta dos objetos de pesquisas ou como objeto de intervenção do Estado. No campo da saúde, o debate da violência também encontra espaço neste período sendo sua inserção fundamentada pelo aumento, nas Américas, de traumas e mortes decorrentes de causas violentas. No Brasil, abrem-se espaços para a discussão à medida que emerge um grande movimento em prol da mudança do modelo teórico-assistencial e político de pensar e fazer saúde no país, o Movimento Sanitário. A discussão que se deu em torno da saúde brasileira marcou esse período onde diversos segmentos sociais e governamentais discutiram as condições de vida da população e, a partir disso, propuseram ações que se traduziram em um novo modelo de atenção à saúde denominado de Saúde Coletiva. Nessa perspectiva, considerou-se o contexto histórico que possibilitou a implantação do atual modelo de saúde brasileiro, ou seja, reconheceu-se que a gênese da construção das bases que sustentam e compõem esse modelo de atenção está relacionada com as discussões advindas desde o movimento pela Reforma Sanitária, o qual se manifestou em prol do rompimento de um modelo restrito de perceber as questões que envolvem o processo saúde doença, e das lutas do movimento de mulheres pela consideração da violência enquanto questão presente no cotidiano das mulheres e merecedora de abordagens para além do setor policial. Assim, o objetivo deste trabalho é discutir a temática da atenção as mulheres em situação de violência no âmbito da saúde, com ênfase na atenção básica à saúde. Para tanto, realizou-se um debate sobre a relação entre o modelo de saúde coletiva, as ações destinadas as mulheres em situação de violência e a operacionalização nos serviços de atenção cuja centralidade está na compreensão da violência contra a mulher enquanto questão de saúde. E, a partir dessa operacionalização da atenção analisou-se como a temática da violência contra a mulher aparece no cotidiano dos serviços básicos de saúde de Florianópolis e como os profissionais inseridos neste âmbito estão preparados para trabalhar com tal demanda. Buscando contemplar os objetivos propostos o estudo está delineado pela revisão bibliográfica e pela pesquisa qualitativa, enquanto procedimento metodológico empírico, realizada junto a nove Unidades Locais de Saúde do município de Florianópolis/ SC. Os resultados da pesquisa apontam para algumas dimensões que possibilitam e dificultam a atenção as mulheres em situação de violência no nível de atenção básica, como: a invisibilidade da temática nos serviços de atenção básica à saúde; a qualificação e/ou formação insuficiente dos trabalhadores em saúde para o atendimento as demandas das mulheres em situação de violência; a indefinição do papel da saúde na atenção as situações; a perspectiva das políticas públicas em relação a atenção as mulheres em situação de violência e a organização do serviço que não favorece a integralidade da atenção.

Palavras-chave: política pública, violência contra a mulher; atenção básica à saúde.

ABSTRACT

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida Furlanetto. The violence against the woman and the health: a study on the attention the women in situation of violence in the basic services of health of Florianópolis /SC. **Masters Dissertation in Social Work**. Florianópolis: UFSC/CSE/PGSS, 2007. Advisor: Regina Célia Tamaso Miotto.

This work places in quarrel the violence against the woman while a health question. The quarrels carried through here had left of the end of the years of 1970, when in Brazil, the violence against the woman gains greater social visibility starting to be boarded in the public sphere, either for the inclusion of the subject in the guideline of objects of research or as object of intervention of the State. In the field of the health, the debate of the violence also finds space in this period being its insertion based for the increase, in Americas, of traumas and decurrent deaths of violent causes. In Brazil, spaces for the quarrel to the measure confide that emerges a great movement in favor of the change of the model theoretician-assistencial and politician to think and to make health in the country, the Sanitary Movement. The quarrel that if gave around the Brazilian health marked this period where diverse social and governmental segments had argued the conditions of life of the population and, from this, they had considered actions that if had translated a new model of attention to the called health of Collective Health. In this perspective, the historical context was considered that made possible the implantation of the current Brazilian model of health, that is, was recognized that gênese of the construction of the bases that they support and they compose this model of attention is related with the quarrels happened since the movement for the Sanitary Reformation, which if revealed in favor of the disruption of a restricted model to perceive the questions that they involve the process health illness, and of the fights of the movement of women for the consideration of the violence while question gift in the daily one of the women and deserving of boardings for beyond the sector policeman. Thus, the objective of this work is to argue thematic of the attention the women in situation of violence in the scope of the health, with emphasis in the basic attention to the health. For in such a way, a debate was become fullfilled on the relation enters the model of collective health, the destined actions the women in violence situation and the operacionalização in the attention services whose centralidade is in the understanding of the violence against the woman while question of the health. And, from this operacionalização of the attention was analyzed as the thematic one of the violence against the woman appears in the daily one of the basic services of health of Florianópolis and as the inserted professionals in this scope are prepared to work with such demand. Searching to contemplate the considered objectives the study it is delineated by the bibliographical revision and the qualitative research, while empirical metodológico procedure, carried through next to nine Basic Units of Health of the city of Florianópolis/SC. The results of the research point with respect to some dimensions that make possible and make it difficult the attention the women in situation of violence in the level of basic attention, as: the invisibilidade of the thematic one in the services of basic attention to the health; the qualification and/or insufficient formation of the workers in health for the attendance the demands of the women in violence situation; the indefinição of the paper of the health in the attention the situations; the perspective of the politics you publish in relation the attention the women in violence situation and the organization of the service that does not favor the completeness of the attention.

Key-words: public politics; violencia against the woman; basic attention of health;

LISTA DE SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde
BID - Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEVIC - Centro de Atendimento à Vítimas de Crime
CID - Código Internacional de Doenças
Conass - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
Conasems - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CS – Centro de Saúde
CSDH – Comissão de Determinantes Sociais de Saúde
CUT – Central Única dos Trabalhadores
DEAM - Delegacia Especial de Atendimento à Mulher
DP – Delegacia de Polícia
DST – Doença Sexualmente Transmissível
ESF - Estratégia de Saúde da Família
FMI - Fundo Monetário Internacional
FUNASA – Fundação Nacional de Saúde
IML - Instituto Médico Legal
INPS - Instituto Nacional de Previdência Social
NOBs - Normas Operacionais Básicas
MS - Ministério da Saúde
OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde
OMS - Organização Mundial da Saúde
ONG – Organização Não Governamental
PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNPM - Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PSF – Programa de Saúde da Família
SC – Santa Catarina
SEPM - Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UBS - Unidade Básica de Saúde
ULS - Unidade Local de Saúde

SUMARIO

INTRODUÇÃO	09
1 O CENÁRIO PARA O DEBATE DA ATENÇÃO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA SAÚDE	17
1.1 Contextualizando a violência contra a mulher e a sua inserção no debate da saúde	17
1.2 A construção das novas formas de pensar e fazer saúde no Brasil: base para a organização dos serviços de atenção à saúde.....	24
1.3 Os serviços básicos de saúde e a Estratégia de Saúde da Família	33
1.3.1 A busca da integralidade na Atenção Básica: o vínculo e o acolhimento	37
1.3.2 Modelo assistencial e atribuições profissionais	40
2 A CONSTRUÇÃO DA AGENDA PÚBLICA DE PROTEÇÃO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA	44
2.1 A atenção as mulheres em situação de violência no cenário governamental	44
2.2 A atenção as mulheres em situação de violência no contexto da política de saúde	56
3 A ATENÇÃO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC	62
3.1 Metodologia	62
3.1.1 Procedimentos metodológicos	63
3.1.2 Sujeitos de pesquisa	64
3.1.3 Instrumentos de pesquisa	65
3.1.4 Procedimento da coleta de dados	66
3.1.5 Tratamento dos dados	67
3.2 A atenção básica à saúde do município de Florianópolis/ SC: contexto da pesquisa	70
3.3 Os resultados da pesquisa	71
3.3.1 O cotidiano das UBSs de Florianópolis na atenção as mulheres em situação de violência	71
3.3.2 A qualificação dos profissionais de atenção básica para a atenção as mulheres em situação de violência	81
3.4 Considerações acerca dos dados da pesquisa	87
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
Referências	101
ANEXO: Roteiro de Entrevista	108

Introdução

Neste trabalho pretende-se colocar em discussão a violência sob um recorte especial: a violência contra a mulher enquanto uma questão de saúde. Um dos motivos para assim se proceder é que, apesar de ser considerada enquanto tal, a violência contra a mulher tem pouca visibilidade no setor saúde. As discussões aqui realizadas partiram do final dos anos de 1970, quando no Brasil, a violência contra a mulher ganha maior visibilidade social passando a ser abordada também na esfera pública, seja pela inclusão do tema na pauta dos objetos de pesquisas ou como objeto de intervenção do Estado.

Violência é um termo que pode ser referido para nomear desde as formas mais cruéis de assassinato e tortura até as formas mais sutis que se expressam no cotidiano da vida social como a desigual distribuição de renda, algumas normas culturais, dentre outras formas. É um objeto complexo e sensível à medida que incorpora incertezas, contradições, pluralidades, mobiliza emoções no relato e na escuta, tanto na pesquisa quanto na intervenção. Também apresenta eixos múltiplos de aproximação e recortes, definições e indefinições conceituais. No entanto, para Minayo (1994b) as características gerais da violência é que esta coloca limites, oprime e nega a integridade e direitos de outros, podendo ser acentuada pelas desigualdades sociais, deve ser compreendida como um processo e não como simples males físicos e psicológicos causados pela materialização da força.

No campo da saúde, o debate da violência só encontra espaço no final dos anos de 1970 sendo sua inserção fundamentada pelo aumento, nas Américas, de traumas e mortes decorrentes de causas violentas. Nessa época, o tema começa a ganhar prioridade na agenda dos organismos internacionais envolvidos com a saúde como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) tendo como justificativa que a violência, diante do número de mortes e a magnitude das seqüelas orgânicas e emocionais que desencadeia, se converteu em problema de saúde pública em vários países (OPAS/OMS, 2002). No Brasil não é diferente, a violência também aumenta trazendo maiores impactos sobre o campo da saúde. Nessa perspectiva começa a ser discutida a função da saúde que, tradicionalmente esteve ligada aos cuidados dos agravos físicos e psíquicos gerados pelos conflitos sociais sendo que, estes conflitos em si, sempre foram terrenos da polícia e do judiciário.

Em relação à violência contra a mulher, a literatura apresenta que esta não é um fato novo na história, mas assume características diferenciadas nos diversos contextos sociais e culturais construídos historicamente. Assim, desde que a violência contra a mulher aparece enquanto questão que merece ser desvendada, diversos estudos e pesquisas acerca do tema vêm sendo desenvolvidos a partir de diferentes linhas teóricas, as quais serão apresentadas sinteticamente no capítulo 1 deste trabalho. No que concerne à violência contra a mulher e a saúde, ao final de 1970 diversos movimentos e, em especial o movimento social de mulheres, iniciaram uma discussão – estratégica e consciente – com o objetivo de deslocar o problema exclusivo do campo policial para o campo das relações de gênero, dos direitos humanos, do desenvolvimento social e da saúde. Nesse período, o movimento encontra espaços para a discussão à medida que se abrem caminhos para a emergência de outro grande movimento em prol da mudança do modelo teórico-assistencial e político de pensar e fazer saúde no Brasil, o Movimento Sanitário¹. A discussão que se deu em torno da saúde brasileira marcou esse período com uma forte presença no cenário nacional onde diversos segmentos sociais e governamentais discutiram as condições de vida da população e, a partir disso, propuseram ações que se traduziram em um novo modelo de atenção à saúde denominado de Saúde Coletiva.

Assim, é nesse movimento de luta pelo reconhecimento de um outro olhar sobre a saúde e a violência que a violência passa a ser vista também como uma questão de saúde, ou seja, se justifica pelo fato de que está incorporada na fundamentação de um modelo ampliado de pensar e fazer a saúde, o qual busca compreender a mudança de práticas e conceitos para além de ações de diagnóstico de sintomas e tratamento de lesões físicas e psicológicas provocadas pelos processos violentos. De acordo com Minayo (1994a) o reconhecimento da especificidade do setor saúde não retira, porém, sua cumplicidade com a problemática social mais ampla, seja no campo da realidade empírica (considerando que a questão da saúde envolve o conjunto das relações sociais vivenciadas), seja no âmbito conceitual, onde o específico é atravessado por distintas posições face às possibilidades de organização da vida social. A saúde é um tema compartilhado por todos os seguimentos sociais, porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a forma com que os segmentos pensam, sentem e agem em relação à ela. Isso

¹ O Movimento Sanitário se caracterizou como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional regulamentando e responsabilizando o Estado pela proteção à saúde dos cidadãos (Teixeira, 1989). Também trouxe para a discussão brasileira a perspectiva de um conceito ampliado de saúde, para além de saúde como ausência de doenças, conforme se aprofundará no Capítulo 1.

implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença apresentam-se envolvidas em uma complexa inter-relação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana, pois “a saúde e a doença sempre exprimem uma relação que perpassa o corpo individual e social confrontando com as turbulências do ser humano enquanto ser total” (Minayo, 1994 a, p.15).

Nessa perspectiva a violência contra a mulher também passa a ser considerada pelas Nações Unidas como uma questão de saúde pública ao ser vista não como um fato isolado, mas sim intrinsecamente relacionada aos processos sociais e que, para compreendê-la, devem ser consideradas as condições sociais, políticas, econômicas e culturais do contexto (BRASIL, 2001a). Ao ser considerada enquanto processo social, a violência contra a mulher não é objeto específico do setor saúde, mas se coloca a ele relacionada à medida que o setor participa do conjunto das relações que permeiam a sociedade e se reconhece a insuficiência das disciplinas isoladas na abordagem social.

Para alguns estudiosos, a interface da violência com a saúde se dá pelos riscos que representa ao desenvolvimento humano, ameaça à vida, altera a saúde ao produzir doenças e pode provocar a morte como realidade ou como possibilidade. Também influencia na qualidade e na capacidade de vida das mulheres, inibindo-as, transformando-as e fragilizando-as (MINAYO, 1994b; MINAYO E SOUZA, 1998). Mulheres que sofrem violência, principalmente a perpetrada pelo companheiro, tendem a utilizar mais os serviços de saúde devido ao aumento de diversos problemas associados que vão desde os traumas óbvios das agressões físicas até aqueles que não aparecem de forma explicitada. No entanto, os profissionais de saúde apresentam dificuldades para identificar, acolher as demandas e as necessidades e, até mesmo, realizar os registros das situações de violência nos prontuários das usuárias, como mostra um estudo realizado em um serviço de atenção básica de São Paulo onde 57% das mulheres atendidas relataram algum episódio de violência física e, apenas 10% das situações haviam sido registradas em seus prontuários. Destes registros, a maioria havia sido realizada por profissionais da área de saúde mental, serviço social e durante o atendimento pré-natal. Para as autoras do estudo estas áreas e formas de atendimento tendem a propiciar um acompanhamento sistematizado e criação de vínculo entre profissionais e usuárias dos serviços (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999; SCHRAIBER, 2007). Outro estudo importante apresentado pelo Ministério da Saúde indica que

uma em cada cinco mulheres maltratadas havia buscado o serviço de saúde em pelo menos onze oportunidades apresentando traumas provocados pela violência continuada, porém não diagnosticada nos atendimentos. Diante disso, afirma que os serviços de saúde têm dificuldades de diagnosticar e registrar as situações de violência contra a mulher assim como contra qualquer outro membro da família (BRASIL, 2001a).

Ao analisar a violência e sua interface com a saúde, Schraiber et al (2002) compreende que cabe aos serviços básicos de saúde detectar previamente o problema da violência contra a mulher, pois parte do pressuposto que é neste nível de atenção que há uma maior cobertura e contato com as mulheres. Isso se justifica pela própria organização do Sistema de Saúde que coloca como sua porta de entrada o nível de atenção básica e, este ao desenvolver suas ações em consonância com a Estratégia de Saúde da Família pressupõe que os profissionais ali inseridos tenham maior proximidade, vínculo e conhecimento da população que atendem. Dessa forma, a autora considera que os profissionais inseridos na atenção básica estão em uma posição estratégica para acolher a mulher em situação de violência, pois podem identificar tais situações quando estas ainda não apresentam incidentes mais graves, ao contrário dos hospitais e delegacias aonde a mulher que foi vítima chega quase sempre com a violência explicitada.

Já na realidade dos serviços básicos de saúde é comum as situações de violência permanecerem ocultas, pois o motivo da procura pelo serviço é, geralmente, um problema como estresse, insônia, ansiedade ou nervosismo, que podem ser sintomas da tensão presente no cotidiano da mulher em situação de violência. Não estando sensibilizados e preparados os profissionais não chegam a identificar, abordar ou direcionar o atendimento da mulher para estas situações que envolvem violências. Geralmente o sintoma é medicalizado, porém, as questões causadoras desses sintomas persistem. Schraiber e D'Oliveira (1999, p.23) chamam a atenção para o cuidado que os profissionais de saúde devem ter ao abordar a questão da violência, pois o maior risco é tratá-la como uma doença ou como um risco em saúde e deduzir daí um conjunto de procedimentos e ações que a mulher deve seguir para poder “curar-se” do problema. Para as autoras “se a violência é um problema com sérias conseqüências para a saúde, ela é uma situação que extrapola em muito esta esfera, e continua sendo uma situação de vida, com toda a complexidade que isto implica”.

Outro fator a ser considerado é o histórico da política brasileira de atenção à saúde da mulher que em sua trajetória sempre esteve pautada em áreas muito específicas, principalmente na questão materno-infantil onde a visão predominante é a da mulher como mãe e cuidadora dos membros da família. Só a partir de meados da década de 1990 é que a temática da violência começa a ser inserida nas políticas de atenção à mulher, primeiro a violência sexual e, bem recentemente, a partir da perspectiva de atenção integral, outros tipos de violência, ainda que de forma pontual e pouco explicativa tanto em termos conceituais como em termos de abordagem prática. Pouco se abrem caminhos para uma abordagem mais ampla, inclusive sob a perspectiva de gênero, como veremos no capítulo 2 do trabalho.

Diante do exposto, é de grande importância o desenvolvimento de trabalhos que venham explicitar como estão sendo orientadas as práticas em saúde no contexto brasileiro. Assim, este trabalho propõe contribuir neste debate apresentando como cenário de análise a atenção prestada nos serviços básicos de saúde do município de Florianópolis /SC as mulheres em situação de violência, partindo do pressuposto de que a violência contra a mulher é uma questão de saúde. O interesse em estudar esse tema surgiu de questionamentos que se apresentavam no cotidiano de trabalho, enquanto profissional de serviço social em uma Unidade Básica de Saúde (UBS)² de Florianópolis /SC, onde mulheres que buscavam atendimentos específicos ou apresentavam, durante o atendimento, situações relacionadas a violências sofridas, principalmente as conjugais, não tinham estas demandas ou necessidades efetivamente acolhidas pelo serviço, ou ainda, os profissionais ali inseridos não percebiam tais situações como demandas possíveis de serem acolhidas no setor saúde, a não ser para o tratamento de sinais físicos deixados pela violência. Na realidade das práticas, o que se percebia cotidianamente é que muitos dos profissionais da UBS se defrontavam com a dificuldade de intervir em situações que envolviam manifestações de violência contra mulher. Por se tratar de uma UBS que contava com diversas áreas profissionais, algumas situações eram encaminhadas ao serviço social ou à psicologia como se fossem competências destas áreas, no entanto, a realidade da maioria das UBSs do município é formada apenas por profissionais da equipe mínima da Estratégia da Saúde da Família, ou seja, das áreas da medicina, enfermagem e agentes comunitários de saúde. A partir dessas percepções iniciou-se

² A atuação profissional em uma UBS município de Florianópolis ocorreu no período de novembro de 2004 a novembro de 2006 através do II Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade Residência Multiprofissional. Este Curso é promovido pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e contempla as seguintes áreas da saúde: enfermagem, farmácia, medicina, nutrição, psicologia, odontologia e serviço social.

um processo de investigação acerca da participação da saúde nas questões relacionadas à atenção as mulheres em situação de violência, especificamente no nível da atenção básica. Buscando compreender, a partir dos achados, qual seria o lugar da saúde nas questões relacionadas à violência contra a mulher identificaram-se diversas normatizações e documentos expedidos pelo Ministério da Saúde e órgãos relacionados que deveriam servir de instrumentos aos profissionais na atenção a estas situações.

Nessa perspectiva, e considerando os estudos realizados anteriormente que permitiram apreender a violência contra a mulher enquanto questão que deve ser abordada também no campo da saúde, é reiterado o interesse pelo debate acerca da atenção prestada pelos serviços básicos de saúde às mulheres em situação de violência. As hipóteses³ que sustentam este estudo, decorrentes da vivência profissional em uma UBS e também de reflexões acerca do tema, são duas: a primeira é que a temática da violência contra a mulher tem pouca visibilidade no cotidiano dos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC; e a segunda é que os profissionais de saúde inseridos neste nível de atenção não percebem a temática como uma questão de saúde e estão pouco qualificados para trabalhar com tal demanda. A importância em trabalhar estas duas questões pressupõe uma análise sobre o debate histórico que envolve a política governamental, principalmente a política de saúde, para a atenção as mulheres em situação de violência e o momento de sua operacionalização a partir dos profissionais inseridos na atenção à saúde.

Assim, o objetivo deste trabalho é discutir a temática da atenção as mulheres em situação de violência no âmbito da saúde com ênfase na atenção básica à saúde. Para isso os objetivos específicos são: investigar a relação entre o atual modelo de atenção à saúde e as ações destinadas às mulheres em situação de violência; identificar as propostas e ações dos organismos representativos na saúde em relação à temática, principalmente o que o Ministério da Saúde propõe para os serviços de atenção básica através de políticas, ações, normas operacionais e outros documentos; investigar o processo de operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência no âmbito da atenção básica à saúde no município de Florianópolis e; a

³ De acordo com Minayo (1994a, p. 95) as hipóteses são “afirmações provisórias a respeito de determinado fenômeno em estudo. São afirmações para serem testadas empiricamente e depois confirmadas ou rejeitadas. Uma hipótese científica deriva de um sistema teórico e dos resultados de estudos anteriores e, portanto fazem parte ou são deduzidas das teorias, mas também podem surgir da observação e da experiência nesse jogo sempre impreciso e inacabado que relaciona teoria e prática”.

partir desta operacionalização da atenção analisar como a temática da violência contra a mulher aparece no cotidiano dos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC e como os profissionais inseridos neste âmbito estão preparados para trabalhar com tal demanda. Com a intenção de contribuir na discussão sobre esta atenção realizou-se um debate sobre a relação entre o modelo de saúde coletiva, as ações destinadas às mulheres em situação de violência e a operacionalização nos serviços de atenção cuja centralidade está na compreensão da violência contra a mulher enquanto questão que tem lugar na agenda da saúde. Nessa perspectiva, considerou-se o contexto histórico que possibilitou a implantação do atual modelo de saúde brasileiro, ou seja, reconheceu-se que a gênese da construção das bases que sustentam e compõem esse modelo de atenção está relacionada com as discussões advindas desde o movimento pela Reforma Sanitária, o qual se manifestou em prol do rompimento de um modelo restrito de perceber as questões que envolvem o processo saúde doença, e das lutas do movimento de mulheres pela consideração da violência enquanto questão presente no cotidiano das mulheres e merecedora de abordagens para além do setor policial.

Buscando contemplar os objetivos propostos o estudo está delineado pela revisão bibliográfica considerando que esta possibilita ao pesquisador ampliar o grau de conhecimento de um determinado tema capacitando-o para melhor compreensão do problema pesquisado (GIL, 1994). E pela pesquisa qualitativa, enquanto procedimento metodológico empírico, realizada junto a nove UBSs do município de Florianópolis/SC que buscou apontar como a questão da mulher em situação de violência aparece no cotidiano dos serviços básicos de saúde e como os profissionais inseridos neste âmbito estão preparados para trabalhar com tal demanda. Nesta perspectiva, as informações obtidas na pesquisa foram analisadas e organizadas tendo como referência o arcabouço teórico, o problema da pesquisa e os objetivos propostos. Dessa forma, os dados coletados, as análises e leituras realizadas ao longo do desenvolvimento do trabalho propiciaram a exposição deste em quatro capítulos.

No primeiro capítulo apresenta-se o cenário para o debate da atenção às mulheres em situação de violência no campo da saúde. Fazem parte deste cenário conceitos e categorias que permeiam o tema da violência de forma geral e, especificamente, da violência contra a mulher. Também, apresenta-se as principais características e diretrizes do atual modelo brasileiro de atenção à saúde, o modelo de Saúde Coletiva, bem como a Saúde da Família como estratégia de

atenção básica. Além disso, busca-se discutir como essa organização do setor saúde permite uma abordagem teórico-assistencial da violência contra a mulher.

No segundo capítulo discorre-se sobre a construção da agenda pública de proteção as mulheres em situação de violência, tanto em âmbito geral quanto específico do setor saúde. O mapeamento realizado permitiu conhecer acordos e tratados governamentais acerca do tema de abrangência nacional e internacional. Também, diversas ações como políticas, programas, projetos, normas operacionais, protocolos e legislações que podem servir de instrumentos para a atenção as mulheres em situação de violência, tanto em nível de gestão das ações quanto das práticas. Esse mapeamento também foi realizado no nível estadual e municipal.

No terceiro capítulo descreve-se, inicialmente, o percurso metodológico da pesquisa empírica, o processo de escolha dos sujeitos, os instrumentos de pesquisa utilizados e o percurso de análise e tratamento dos dados, baseado na Análise de Conteúdo Temática proposta por Minayo (1994 a). Ainda neste capítulo apresentam-se os dados da pesquisa desenvolvida junto as UBSs do município de Florianópolis /SC buscando identificar e analisar o processo de operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência no âmbito da atenção básica à saúde do referido município.

E, por fim, são desenvolvidas as considerações acerca da proposta de pesquisa e elencadas as referências bibliográficas e que fundamentaram o trabalho.

1 O CENÁRIO PARA O DEBATE DA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NA SAÚDE

1.1 - Contextualizando a violência contra a mulher e a sua inserção no debate da saúde

A violência, em seu sentido geral, é um termo polissêmico, pois pode ser referido para nomear desde as formas mais cruéis de tortura e assassinatos em massa até as formas mais sutis que se expressam no cotidiano da vida social, porém consideradas opressivas, como a burocracia, a má distribuição de renda, determinadas normas culturais, dentre outras formas (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999). Para Minayo (1994b), a característica geral da violência é que esta coloca limites e nega a integridade e direito de outros sendo acentuada pelas desigualdades sociais, portanto, deve ser entendida como um processo e não simplesmente como males físicos ou psicológicos causados pela materialização da força. Nesse sentido, a violência não é entendida somente pelo ato ou fato, mas sim como um processo analisado ou percebido a partir de um dado contexto. Ao definir o campo de estudo da violência, a autora aponta a violência imperceptível que perpassa a sociedade, sendo influenciada pela desigualdade de bens e informações e que formaria uma rede menos aparente de violência, tendo em vista que apenas os aspectos mais agudos, como a violência física explícita, tornam-se visíveis. Esta rede menos aparente seria composta pela *delinqüência*, em seus fatores ligeiramente reconhecidos como violência, entre eles ferimentos, assassinatos e mortes; pela violência *estrutural* do Estado e das instituições que reproduzem as condições geradoras da violência; e pela *resistência* às condições de desigualdade, que algumas vezes se expressa também pela agressão física. Estes três componentes - delinqüência, estrutura e resistência - seriam intercessores e estariam articulados em rede.

No que concerne a violência contra a mulher, a literatura mostra que esta não é um fato novo na história, nem mesmo na história brasileira, no entanto, assume características diferenciadas nos diversos contextos sociais e culturais construídos historicamente. Alguns autores chamam a atenção para o fato da violência contra a mulher torna-se um problema a partir da modernidade e seus valores de liberdade e felicidade, norteados pela idéia de cidadania e de mulher como sujeito de direitos. Com base nestes valores algumas práticas - culturalmente construídas - passam a ser consideradas como formas de violência. Assim, comportamentos ditos "naturais" passam a ser vistos como violência, por exemplo, impedir a mulher de trabalhar fora,

impedir sua participação em atividades sociais, agressões domésticas como beliscões, puxões de cabelo, as relações sexuais forçadas no casamento, dentre outros (BOSELLI, 2006).

Estudos realizados em vários países mostram que a violência contra a mulher no contexto familiar apresenta frequência bastante elevada, sendo que em algumas situações a ocorrência de violência de maridos e companheiros contra suas esposas é de um caso dentre quatro casais. No Brasil, um estudo realizado em 1992 pelo Grupo Parlamentar Interamericano sobre a População em Desenvolvimento fundamenta a preocupação com o tema ao apontar a ocorrência de mais de 205 mil agressões contra a mulher no período de um ano, registradas nas Delegacias da Mulher. Estas Delegacias registram em média uma agressão à mulher a cada quatro minutos e, ainda, deve-se levar em conta que nem todas as mulheres procuram as Delegacias (BRASIL, 2001a). Outra pesquisa da Fundação Perseu Abramo realizada em 2001, diretamente nos domicílios e independentemente de denúncia, com uma amostra de 2.502 entrevistas pessoais e domiciliares estratificadas em cotas de idade e porte dos municípios, detalhou e analisou percentagens da violência sofrida a partir do tipo, renda familiar mensal, local de residência e criação, região, idade, estado conjugal e iniciação sexual, escolaridade, ascendência racial e vínculo com o agressor. Foram entrevistadas mulheres de 15 anos ou mais, residentes em 187 municípios de 24 estados das cinco macro-regiões brasileiras. Os resultados apontaram que a responsabilidade do marido ou parceiro como principal agressor varia entre 53% e 70% das ocorrências de violência. A pesquisa também abordou algumas outras questões qualitativas, como a opinião das mulheres sobre a importância de políticas públicas de combate à violência se colocando como uma das pesquisas mais utilizadas atualmente e um dos principais subsídios para produção teórica, formulação de estratégias e programas (BOSELLI, 2006).

Ainda outro estudo do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) realizado em 1997 registrou que 25% dos dias de trabalho perdidos pelas mulheres são causados por algum tipo de violência que sofreram, o que reduz seus ganhos financeiros entre 3 a 20% refletindo nas desigualdades sócio-econômicas. A mesma pesquisa aponta que filhos e filhas de mães que viveram situações de violência têm três vezes mais chances de ficarem doentes e 63% destes filhos repetem pelo menos um ano na escola, abandonando os estudos aos nove anos de idade, em média (BRASIL, 2001a).

A exposição de alguns dados estatísticos, embora importantes para a compreensão da dimensão da violência no cotidiano da vida das mulheres, muitas vezes são problemáticos, pois o tema se encontra num campo de invisibilidades e controvérsias. Nesse campo se coloca a questão da sub-notificação que, por envolver fatores conflitivos presentes nas relações sociais e implicações jurídicas relacionadas a informações médicas e policiais, uma parte considerável dos dados se esvaziam por outras violências ou são ignoradas por não significarem infração jurídica. No caso específico da saúde o desconhecimento dos profissionais sobre a obrigatoriedade da notificação dos casos de violência contra a mulher é outra questão importante. As contribuições de Schraiber et al (2003) em relação aos dados da violência apontam, ainda, para outro aspecto também importante que são as diferentes compreensões que as mulheres e os profissionais de saúde têm em relação à violência. Em seu estudo intitulado “Violência vivida: a dor que não tem nome”, a autora entrevista mulheres que freqüentam serviços de saúde e encontra dados bastante significativos em relação à compreensão destas do que é a violência. A maioria absoluta das mulheres que relataram durante as entrevistas ter sofrido agressão física, psicológica ou sexual não consideraram o episódio como “violência”. O termo “violência” para as mulheres entrevistadas esteve relacionado a situações graves ocorridas na esfera pública e assim, o espaço doméstico não aparece na definição de violência. Isto vem expressar como a invisibilidade e a compreensão da violência pode interferir nas relações usuárias/profissionais de saúde gerando “impasses comunicacionais”.

Ao iniciar a discussão sobre os diferentes conceitos e expressões teóricas que permeiam a questão da violência contra a mulher, é preciso demarcar a dificuldade em conceituá-la. Como se tem colocado a “violência” é um objeto complexo e delicado que envolve aspectos subjetivos e simbólicos do ser, incorpora incertezas, contradições e pluralidades permeada por dimensões sócio-culturais, o que coloca dificuldades para enfrentá-la. Mesmo a dimensão jurídica que tenta objetivá-la acaba muitas vezes não abrangendo as subjetividades vividas. Apesar disso, há um certo consenso entre os estudiosos do tema, principalmente aqueles ligados ao movimento feminista, que a expressão violência contra a mulher só pode ser compreendida historicamente. Neste sentido, a expressão “violência contra a mulher” emergiu no cenário dos movimentos feministas há pouco mais de duas décadas e se refere a situações diversas de violência como física, sexual e psicológica cometida por parceiros íntimos, estupro e abuso de meninas, assédio sexual no local de trabalho, violência racial e étnica, aquela cometida por ação ou omissão do

Estado, dentre outras. No cenário político o termo “violência contra a mulher” aparece como um instrumento para denunciar as desigualdades na relação homem/mulher (SCHRAIBER e D’OLIVEIRA, 1999; BRANDÃO, 1998).

A violência contra a mulher é definida como:

qualquer acto, omissão ou conduta que serve para infligir sofrimentos físicos, sexuais ou mentais, directa ou indirectamente, por meio de enganos, ameaças, coacção ou qualquer outro meio, a qualquer mulher, e tendo por objectivo e como efeito intimidá-la, puni-la ou humilhá-la, ou mantê-la nos papéis estereotipados ligados ao seu sexo, ou recusar-lhe a dignidade humana, a autonomia sexual, a integridade física, mental e moral, ou abalar a sua segurança pessoal, o seu amor próprio ou a sua personalidade, ou diminuir as suas capacidades físicas ou intelectuais (EUROPA, 2002, p.4).

Recentemente, a categoria *violência de gênero* tem sido introduzida nos estudos e debates acadêmicos, portanto para Saffioti (2002), esta categoria está intrinsecamente ligada à violência contra a mulher, embora este conceito procure abranger, também crianças e adolescentes:

Violência de gênero é o conceito mais amplo, abrangendo vítimas como mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos. No exercício da função patriarcal, os homens detêm o poder de determinar a conduta das categorias sociais nomeadas, recebendo autorização ou, pelo menos, tolerância da sociedade para punir o que se lhes apresenta como desvio. Ainda que não haja nenhuma tentativa, por parte das vítimas potenciais, de trilhar caminhos diversos do prescrito pelas normas sociais, a execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência. Com efeito, a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este necessidade de fazer uso da violência (SAFFIOTI, 2002, p.2).

A categoria *gênero* vem, na atualidade, expressar uma construção sócio-histórica-cultural do movimento feminista que desloca a categoria do campo das classificações gramaticais para abordar a construção social das relações e diferenças entre homens e mulheres nas suas masculinidades e feminilidades. De acordo com alguns autores, dentre os quais Scott (1995), gênero passa a ser uma categoria de análise e objeto de novos estudos e explicações sobre as relações homem/mulher. Assim, a autora compreende gênero como um conjunto objetivo de referências que estrutura a percepção e a organização concreta e simbólica de toda a vida social.

É um elemento constitutivo de relações sociais baseadas nas diferenças entre as representações sociais construídas histórica e culturalmente baseadas na conexão integral entre duas proposições, de homens e mulheres ou de papéis femininos e masculinos. Trata-se, assim, de uma forma primeira de significar as relações de poder à medida que tais diferenças se configuram como desigualdades. Nesta perspectiva, no momento em que se apreende que o poder perpassa as relações de gênero, tanto a figura feminina quanto a masculina seriam sujeitos em relação, já a violência passaria a ser o uso do poder *estratégico* sobre o outro, em que o outro fica em uma posição coisificada e não consegue ser sujeito. Assim, a violência também é uma questão de gênero, mas não a única.

De maneira geral, os estudos e pesquisas acerca do tema da violência contra a mulher e de gênero vêm sendo desenvolvidos a partir de diferentes linhas teóricas, dentre as quais duas tem se destacado. Sinteticamente, a primeira concentra os fundamentos da violência contra a mulher no patriarcado, no racismo e no capitalismo perpassados pela idéia de gênero, e a segunda concentra sua atenção na violência como resultante da relação afetivo/emocional presente nas relações conjugais. A primeira concepção, liderada por Heleieth Saffioti, atribui um gênero como causador da violência contra a mulher, o masculino, definindo a violência como um instrumento de controle sobre o gênero feminino. Utiliza o conceito de dominação-exploração ou exploração-dominação onde estas duas dimensões concebem o processo de sujeição de uma categoria social. Assim, a mulher é percebida como vítima dessa violência fundamentada historicamente pelo patriarcado, pelo racismo e pelo capitalismo (SAFFIOTI, 2002; BRANDÃO, 1998). Na mesma linha explicativa Teles (1999), ao contextualizar o processo de opressão feminina iniciada desde o Brasil Colônia, afirma que a forma patriarcal de organização da sociedade brasileira contribuiu para a exploração e submissão da mulher. Através da estrutura de gêneros – enquanto atributos culturais construídos coletivamente a respeito da masculinidade e feminilidade - as mulheres foram educadas a se submeterem ao poder dos homens.

A segunda linha é liderada por Maria Filomena Gregori (1993) que entende a violência contra a mulher como resultante de conflitos na negociação das relações de gênero. Nelas a mulher aparece também como sujeito da relação geradora de violências em meio a um vínculo afetivo/conjugal. Nessa perspectiva a violência contra a mulher aparece como resultado das relações afetivas/emocionais que se apresentam de forma complexa. Grossi (1998), ao se incluir

nesta linha teórica, compreende que a violência tem como pressuposto o não isolamento do pólo mulher para o entendimento da violência na relação conjugal, e que é necessário percebê-la a partir do vínculo afetivo/conjugal criado através da comunicação de cada casal, bem como diante do contexto cultural no qual o casal está inserido.

Estas concepções sobre a violência contra a mulher têm contribuído para aprofundar o debate e dar visibilidade à temática no campo da saúde, pois, o Ministério da Saúde tem proposto tratar do tema, também, a partir da categoria *violência intrafamiliar*. Entende a violência intrafamiliar como “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 qualquer integrante da família que esteja em relação de poder com a pessoa agredida (BRASIL, 2001a, p.16). Ou seja, é o resultado de qualquer tipo de relação violenta praticada no espaço interno ou externo da casa que envolve os membros da família, e também, deve ser compreendida no âmbito da questão de gênero e dos ciclos de vida. No entanto, autores consideram que a expressão violência intrafamiliar poderia ocultar a real visibilidade da violência contra a mulher no sentido de que não antecipa os agentes e vítimas da agressão, podendo ser de pais contra filhos, de filhos contra avós, etc. Também, pelos dados estatísticos que apontam ser a mulher a principal sofredora de violência no espaço familiar, principalmente àquelas cometidas pelo namorado ou companheiro (TELES, 1999).

A proposição do Ministério da Saúde na abordagem da questão da violência, e particularmente da violência contra a mulher, passou a ser possível à medida que houve uma profunda alteração do modo de pensar e fazer saúde no Brasil. Enquanto questão visível, a violência encontra espaço na área da saúde no final dos anos de 1970 sendo sua inserção fundamentada pelo aumento nas Américas de traumas e mortes decorrentes de causas violentas. Nessa época o tema começa a ganhar prioridade na agenda dos organismos internacionais envolvidos com a saúde como, por exemplo, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Em documento, a OPAS justifica que “a violência, pelo número de vítimas e a magnitude das seqüelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu em problema de saúde pública em vários países” (...) “o setor saúde constitui encruzilhada onde confluem todos os corolários da violência” (OPAS/OMS, 2002).

No Brasil não é diferente, a violência também aumenta exercendo maior impacto sobre o campo da saúde. Nesse contexto surgem alguns estudos que tentam aprofundar e articular reflexões das ciências humanas – que tradicionalmente estuda o fenômeno - e da epidemiologia⁴ em torno do tema da violência. No entanto, estes estudos ainda se apresentam de forma incipiente no sentido de que as investigações estão mais direcionadas para a questão da mortalidade e muito menos ao estudo de morbidades ocasionadas pelos processos violentos. Para Minayo (1994b) este fato está relacionado com a complexidade das manifestações da violência que não permitem classificações muito precisas e, ao mesmo tempo, compreensivas como exige a epidemiologia. À medida que o fenômeno é classificado, este tende a se singularizar, se confundir e se excluir.

Documento publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS), em 2002, apresenta que os objetivos da saúde pública no campo da violência estão se ampliando, indo além do tratamento das consequências físicas e psicológicas. Os objetivos se colocam na direção da prevenção e combate as raízes da violência onde novas contribuições de instituições e disciplinas no campo da saúde, como psicologia e epidemiologia, tendem a potencializar os esforços do campo jurídico e policial. Dessa forma coloca como principal tarefa dos sistemas de saúde pública dos países a caracterização dos diferentes tipos de violência, definição da magnitude e estudo das causas da violência e sua repercussão na saúde pública incorporando nessas análises uma perspectiva baseada na diferenciação entre os sexos. Também, como primeira resposta ao problema da violência, os países devem considerar que esta pode ser prevenida:

La violencia se considera a menudo un componente ineludible de la condición humana, una realidad ante la que hemos de reaccionar en lugar de prevenirla. Pero estos supuestos están cambiando, gracias al éxito de fórmulas de salud pública aplicadas a otros problemas sanitarios de origen medioambiental o relacionados con el comportamiento. El sector de la salud está especialmente interesado en la prevención de la violencia y tiene un papel clave que desempeñar al respecto. [...] los profesionales de la salud pública y sus colaboradores parten de la sólida convicción, basada en pruebas científicas, de que tanto la conducta violenta como sus consecuencias pueden prevenirse (OMS/OPAS, 2002, p.4).

⁴ A epidemiologia é uma parte da saúde pública que se dedica a estudar as causas das enfermidades produzidas por agentes infecciosos, agentes químicos, pelas condições do ambiente e, mais recentemente, aquelas de natureza social (GUERRERO, 2000).

Para a OMS, há dificuldades em definir a violência no âmbito da saúde pública de forma que abarque o conjunto de atos perpetrados e as experiências subjetivas das vítimas, por isso a definição pode resultar tão ampla que acaba perdendo sentido ou vista como fenômenos patológicos que se apresentam na vida cotidiana (OMS/OPAS, 2002). Diante disso, a OMS, buscando dar um norte para o debate da violência no campo da saúde definiu a violência como:

El uso deliberado de la fuerza física o el poder, ya sea em grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, outra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos Del desarrollo o privaciones (OMS/OPAS, 2002, p.5)

Classifica a violência em três grupos: A) violência dirigida a si mesmo, que compreende os comportamentos suicidas e automutilações; B) violência interpessoal, infligida por outra pessoa ou grupo pequeno e; C) violência coletiva, infligida por grupos maiores como Estados, organizações, milícias e outros. Estas se subdividem para abordar tipos de violências mais específicos. Uma subdivisão do grupo B é a violência intrafamiliar e contra a mulher, a qual abarca formas de violência como o maltrato aos filhos, maltrato a companheira e aos idosos.

Diante disso, pode-se compreender que há um reconhecimento dos organismos internacionais representativos na Saúde a respeito da abordagem da violência no campo da saúde que deixa de ser algo abstrato e passa a ser pensada tendo em vista suas características, os atores envolvidos e os espaços onde acontece. Assim, após a exposição de algumas categorias e conceitos sobre a violência e, especificamente, da violência contra a mulher, nos próximos itens deste capítulo busca-se aprofundar o debate sobre as novas formas de pensar e organizar a saúde no Brasil, as quais servirão de cenário para compreender as práticas da atenção as mulheres em situação de violência no nível de atenção básica à saúde.

1.2 A construção das novas formas de pensar e fazer saúde no Brasil: base para a organização dos serviços de atenção à saúde

A perspectiva de mudança de modelo teórico-conceitual de pensar e fazer saúde emerge no Brasil a partir da década de 1970. Nesse período, em meio à crise social que abalava o país e a perspectiva de democratização, a sociedade brasileira vivenciava um processo de reordenamento

político que buscava superar o regime ditatorial instaurado desde 1964. A discussão em torno da saúde brasileira marcou forte presença nesse cenário, onde diversos segmentos sociais e governamentais discutiram as condições de vida da população e novas propostas de ações governamentais para o setor que se traduziriam em um novo modelo ideológico, político e assistencial de atenção à saúde pública denominado de Saúde Coletiva. Este movimento social foi chamado de Movimento Sanitário que, para Teixeira (1989) se caracterizou como um processo de transformação da norma legal e do aparelho institucional regulamentando e responsabilizando o Estado pela proteção à saúde dos cidadãos. Correspondeu a um efetivo deslocamento de poder político em direção as camadas populares, cuja expressão material se concretiza na busca do direito universal a saúde na criação de um sistema único de saúde sob a égide do Estado.

Esse Movimento teve seu ápice com a organização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 em Brasília, a qual foi considerada como marco no processo de reordenamento do modelo de atenção à saúde e teve como temas de discussão: a saúde como direito; a reformulação do Sistema de Saúde integrando aspectos orgânico-institucionais, descentralização, universalização e participação, redefinição das atribuições das esferas de governo no tocante à prestação de serviços; e o financiamento dos serviços. Outro resultado desta Conferência foi um “consenso” político que permitiu dar continuidade ao desenvolvimento do projeto da Reforma Sanitária, caracterizado pela adoção de um conceito de saúde ampliado, explicitado como:

A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas. Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (MINAYO, 1986).

Assim, esse modelo⁵, ao incorporar novos debates em torno de um conceito ampliado de saúde, de novas linhas estratégicas de pensar e fazer saúde pública e abrir a discussão sobre a

⁵ Os *modelos* a que se refere este trabalho podem ser entendidos também como paradigmas, compreendidos como um sistema dominante de crenças que não necessariamente significa unanimidade sobre a concepção de

extensão da cobertura dos serviços pelo Estado, teve a intenção de se contrapor ao modelo Biomédico que tradicionalmente regeu a saúde no Brasil. O modelo Biomédico esteve pautado num corte entre causas e efeitos de forte conotação médica, seja preventiva, curativa ou reabilitadora. Levou a modelos explicativos restritivos que dão ênfase ao estudo das relações entre uma ou diversas causas e entre um ou diversos efeitos em saúde, fomentando resposta unilaterais, marcadas por uma visão clínica e de atenção ao indivíduo. Neste a saúde é entendida como ausência de doença e a organização da atenção é medicamente definida tendo como objetivo disponibilizar a população ações e serviços fundamentados, principalmente, nos elementos ideológicos do flexnerianismo⁶ (MENDES, 1996).

Durante quase todo o século XX, levando em conta os diferentes períodos históricos, a saúde pública brasileira esteve pautada na focalização da assistência aos mais pobres, nas campanhas que não deram conta de eliminar as doenças infecto-contagiosas ou a mortalidade materno-infantil e no binômio assistência-repressão. A população que dispunha de recursos optava pelo modelo privatista que girava em torno da corporação médica e dos interesses capitalistas. Este último ganhou força no período da ditadura militar com o investimento de grandes recursos governamentais na construção de hospitais e na compra de equipamentos médicos. Com o novo arcabouço, a Saúde Coletiva passa a levantar como bandeira de luta a determinação social da saúde e da doença, ressalta a relação entre política e direito à saúde e insere categorias como democracia, políticas públicas e movimentos sociais. Coloca como essência do movimento princípios como a universalidade do acesso; concepção de saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado; reestruturação do setor a partir de um sistema único de saúde com um novo olhar sobre saúde coletiva e individual; descentralização das decisões e competências para os Estados e municípios, além do delineamento do financiamento efetivo e

um fenômeno, mas certa estabilidade entre diferentes concepções que coexistem em um momento dado e numa certa sociedade sobre um fenômeno. Também pode ser entendido como um conjunto de elementos culturais, de conhecimento e códigos teóricos, técnicos e metodológicos compartilhados pelos membros de uma comunidade científica (Mendes, 1996, p.235, 237).

⁶ O flexnerianismo consolidou-se pelas recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie que cujas principais conclusões estiveram pautadas em mudanças no padrão de formações dos profissionais médicos: expansão do ensino clínico, especialmente nos hospitais; ênfase na pesquisa biológica como forma de superar a era empírica; estímulo a especialização médica e controle do exercício profissional através da organização da profissão, dentre outras. Este relatório vingou em grande da América Latina, principalmente, porque as fundações privadas americanas aplicaram muito dinheiro em sua implementação, no período de 1910 a 1930 (MENDES, 1996).

democratização do poder local por meio de mecanismos de controle social, como as conferências e os conselhos. Ao final da década de 1980 estes princípios se firmaram na Constituição Federal de 1988. Dessa forma, o modelo nacional de Saúde Coletiva que se organizou em torno do ideário do Movimento Sanitário buscou superar quase um século de práticas pautadas em uma saúde pública que tinha como eixo norteador o modelo biomédico como paradigma dominante. Cabe lembrar que, a partir da década de 1950, outras correntes também se colocaram como alternativas ao modelo biomédico como a corrente Preventivista⁷ e a da Medicina Comunitária⁸ que, apesar dos esforços, não conseguiram o superar.

Para Carvalho, o novo modelo de saúde pública proposto no país nos fins dos anos de 1970 foi uma mudança radical. A então Saúde Pública foi rebatizada de Saúde Coletiva significando, a partir de um prolongado trabalho de reelaboração teórico-prática, a constituição de um novo paradigma, uma nova forma de compreender e agir sobre o processo saúde/doença. A Saúde Coletiva influenciada por correntes mais revolucionárias como o marxismo “desconstruiu, o quanto pôde, o império biomédico dominante em pesquisa, ensino e práticas em saúde” (CARVALHO, 2005).

Assim, a partir do início da década de 1990 a política de saúde brasileira inicia um processo de consolidação do debate em torno da Saúde Coletiva, tendo como marco a Constituição de 1998 que estabelece o Sistema Único de Saúde (SUS). São elaboradas legislações e normatizações específicas com o objetivo de traçar os novos caminhos da assistência à saúde da população dando visibilidade para a condução da política de saúde. Como exemplo tem-se a Lei Orgânica da Saúde – Lei 8080/1990 que estabelece o SUS, disciplina a descentralização político-administrativa do Sistema, enfatizando seus aspectos de gestão e

⁷ Fundamentada pela história natural das doenças, no conceito ecológico de saúde/doença e na teoria da multicausalidade. O conceito de saúde é representado por metáforas gradualistas do processo saúde/enfermidade, que justificam intervenções prévias sobre a ocorrência concreta de sinais e sintomas. Ao adjetivar a prevenção em níveis: primária, secundária e terciária, incorpora a totalidade da prática médica (CARVALHO, 2005; PAIM & ALMEIDA, 1998).

⁸ Esta “recupera parte importante do arsenal discursivo do projeto Preventivista, e em particular a ênfase nas então denominadas ‘ciências da conduta’ aplicadas a problemas de saúde”, se no plano do conhecimento dá espaço a outros conceitos sociológicos, antropológicos, demográficos, ecológicos, dentre outros, no plano político-ideológico se expressa na medicina como modelo. Também propõe “uma nova forma de prestação de serviços em que se postula a integração de cuidados curativos e preventivos, individuais e coletivos, valendo-se de conceitos como atenção simplificada e participação comunitária”. Esta última é incorporada com o objetivo de atenuar as tensões sociais e como meio de diminuição de custos através da auto-ajuda (CARVALHO, 2005, p. 100; FLEURY, 1998).

financiamento, regulamentando as condições de promoção, proteção, recuperação e funcionamento da política de saúde. Também, a Lei 8.142/1990 que complementa a primeira referenciando os meios de participação da sociedade e as condições e formas de transferência de recursos entre as três esferas estatais; além das diversas Normas Operacionais Básicas (NOBs) e, mais recentemente Emendas Constitucionais e Pactos pela Saúde.

A Lei 8.080 de 1990 estabelece um modelo de política de saúde caracterizando-a como uma política de cunho social dirigida para o reordenamento dos recursos e serviços na área da saúde-assistência e médico-sanitária do país, sendo definida por princípios doutrinários como universalidade, integralidade e equidade. Estes três princípios são considerados por Cecilio (2001) como um conceito-signo com poder de expressar, de forma viva, o ideário da Reforma Sanitária brasileira e que tem importantes implicações na organização das práticas em saúde. De acordo com o autor a busca “pela integralidade implica, necessariamente, repensarmos aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas em saúde” (CECILIO, 2001, p. 113).

A *universalidade* pressupõe que todos os brasileiros possuem pleno direito de acesso aos serviços e ações de saúde em todos os níveis de assistência, independentemente de qualquer fator ou critério de exclusão, como condição financeira, vínculo empregatício, raça, cor, religião, etc. A universalidade veio romper com a estrutura anterior que diferenciava a forma de atendimento à pessoa considerando seu vínculo ao mercado de trabalho, ou seja, quem possuía carteira de trabalho registrada e, portanto, contribuía para o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), tinha acesso aos serviços, já os que não estavam na condição de contribuintes ou compravam serviços privados ou, para aqueles que não tinham condições financeiras, ficavam a mercê dos hospitais de caridade e algumas ações de saúde pública.

A idéia de atenção integral, vinculada ao princípio da *integralidade* em saúde, pressupõe que as ações de saúde devam ser combinadas e direcionadas, concomitantemente, para a prevenção, a promoção e a recuperação, sendo que as ações de saúde devem estar direcionadas e condicionadas ao reconhecimento do indivíduo enquanto um complexo bio-psico-social. Para Cecílio (2001) a integralidade no campo das práticas em saúde (no micro) deve ser resultado do esforço contínuo e confluência dos diversos saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto dos serviços de saúde, seja uma Unidade Básica de Saúde, uma equipe de Saúde da

Família ou um hospital. Esta integralidade deve ser pensada como integrante de uma integralidade mais ampla (no macro), ou seja, como resultante de uma articulação de cada serviço de saúde, seja ele uma Unidade de Saúde, um ambulatório ou um hospital, a uma rede muito mais complexa formada por outras ações e serviços de saúde ou ainda outras instituições fora do setor saúde. Nesse sentido, a integralidade pressupõe a integração da rede de serviços de saúde em um sistema racional em seus diferentes níveis de atendimento e outros setores das políticas sociais sendo compreendida no cotidiano dos sujeitos como:

Uma ação social resultante da permanente interação de atores na relação entre demanda e oferta, em planos distintos de atenção em saúde (plano individual onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual; e o plano sistêmico onde se garante a integralidade das ações nas redes de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (PINHEIRO, 2005, p. 65).

O princípio da *equidade* pressupõe que todos os indivíduos deverão ser atendidos conforme as suas necessidades. Os serviços de saúde devem considerar que em determinadas áreas existam grupos ou indivíduos que vivem de forma diferenciada, ou seja, cada região, grupo ou indivíduo vivencia situações específicas que se caracterizam por diferentes modos de viver, de adoecer e de ter oportunidades para satisfazer suas necessidades. De acordo com a OMS/CSDH (2005) a equidade pode ser definida como a ausência de diferenças injustas, evitáveis ou remediáveis na saúde das populações ou grupos sendo estes definidos com critérios sociais, econômicos, demográficos e geográficos. Assim, a equidade em saúde é uma categoria moral que se insere na realidade política e na negociação das relações sociais de poder. Uma política de saúde equitativa é aquela que garante a igualdade de possibilidades de saúde, evitando as condições sociais que limitam a capacidade de saúde de algumas pessoas em determinada sociedade e geram desigualdades de oportunidade dessas pessoas no exercício de suas liberdades.

Para a CSDH essa definição de equidade fornece um fundamento ético para pensar a saúde, pois considera que há uma relação muito próxima entre a equidade na saúde e os determinantes sociais da saúde à medida que a equidade só poderá ser alcançada com ações sobre estes determinantes sociais (OMS/CSDH, 2005). Os determinantes sociais de saúde são condições sociais em que as pessoas vivem e trabalham ou, de acordo com a frase de Tarlov, “as características sociais dentro das quais a vida transcorre”. Apontam tanto para as características

específicas do contexto social que afetam a saúde, como para a maneira com que as condições sociais traduzem esse impacto sobre a saúde. Os determinantes são caracterizados em dois grandes grupos: *estruturais e intermediários*. Os determinantes *estruturais* são aqueles que geram estratificação social, tradicionalmente ligados à renda e a educação e, mais recentemente, ligados ao gênero, etnicidade e sexualidade como estratificados sociais. Já os determinantes *intermediários* determinam as diferenças na exposição e vulnerabilidade as condições comprometedoras da saúde como condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade de alimento, comportamentos e barreiras para adoção de estilos de vida saudáveis (OMS/CSDH, 2005, p.5).

Cecílio (2001) ao debater os princípios do SUS, dentre os quais a equidade adota uma definição de Malta que, para ele, é consenso entre os que pensam e militam na construção do Sistema de saúde brasileiro. Para Malta

A equidade é entendida como a superação de desigualdades que, em determinado contexto histórico e social, são evitáveis e consideradas injustas, implicando que necessidades diferenciadas da população sejam atendidas por meio de ações governamentais também diferenciadas (...) Subjacente a este conceito está o entendimento de que as desigualdades sociais entre as pessoas não são dadas “naturalmente”, mas sim criadas pelo processo histórico e pelo modo de produção e organização da sociedade (MALTA apud CECILIO, 2001, p. 120).

Nessa perspectiva a equidade está fortemente relacionada à promoção de oportunidades reais de saúde a partir das políticas públicas apropriadas que devem ter como foco o provimento das necessidades de saúde individuais e coletivas. Seguindo a linha da militância, onde se insere o pensamento crítico sanitário brasileiro e latino-americano, também se tem a discussão da equidade no campo do conhecimento. De acordo com Cecílio (2001) este campo é onde a epidemiologia e o planejamento em saúde se encontram, pois consideram que a epidemiologia ao ter suas raízes na utilização da informação e uso de indicadores é capaz de fornecer indicações para o diagnóstico das iniquidades buscando orientar o planejamento das políticas de saúde. Diante disto, as iniquidades poderiam ser trabalhadas em diversos espaços – geral, particular e singular - tanto para a compreensão de suas determinações, como para pensar estratégias de sua superação. O espaço geral seria aquele em que são formuladas as macro-políticas econômicas que resultam no valor dos salários, nos níveis de emprego, na distribuição da riqueza, ou seja, no

maior o ou menor acesso aos bens e riqueza. Neste espaço geral estaria situado o Ministério da Saúde (MS) por seu enorme poder na definição das políticas de saúde, principalmente, a partir de mecanismos de financiamento como orientador de práticas e maneiras de organização da assistência nos níveis municipais e locais. O espaço particular seria o município, especificamente sua Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e gestores municipais, e o espaço singular o dos serviços de saúde. O autor ainda considera que as iniquidades podem ser enfrentadas com diferentes graus de governabilidade nestes espaços. Para ele,

Se por um lado há uma forte determinação do espaço geral para o particular e deste para o singular, por outro é importante reconhecer que o espaço singular, aquele dos serviços, pode trabalhar e trabalha, com alto grau de autonomia, podendo gerar contravetores com capacidade de determinação das políticas definidas nos espaços “superiores”, em particular se for capaz de escutar e fazer ressoar as necessidades trazidas pelo usuário. Mais do que isto, entendo que tanto a equidade como a integralidade só poderão ser trabalhadas com o necessário radicalismo se forem tomadas como temas dos processo de gestão dos espaços singulares, lugares de encontro dos usuários e dos trabalhadores de saúde (CECILIO, 2001, p. 122).

Assim, analisar a superação e enfrentamento das iniquidades só é possível a partir da abordagem das diversas dimensões que perpassam o individuo em sociedade: individual, subjetiva, singular, no espaço de cada serviço, no encontro de cada usuário com suas necessidades de saúde únicas e os profissionais ou a equipe de saúde que ali atende. Outra questão essencial é a sensibilização para formação dos trabalhadores de saúde, sejam gestores dos diversos níveis ou executores diretos para a construção da equidade, como determinante da integralidade e da universalidade no nível da macro e da micro-política.

O principio da equidade em saúde, assim como o da universalidade, também foi duramente atingido pela Reforma do Estado⁹ onde houve a ascensão do predomínio do

⁹ O processo de reforma do Estado, emergente em fins dos anos de 1980, ganhou expressividade no contexto político, econômico e social brasileiro, a partir de 1995, quando é presente a forte interferência dos Organismos Internacionais de financiamento, como o Banco Mundial, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Fundo Monetário Internacional (FMI) no contexto brasileiro. Para embasar as reformas o Banco Mundial realizou um diagnóstico sobre o sistema de saúde brasileiro constatando várias implicações como: “A extensão da cobertura a todos os cidadãos; [...] as pesadas cargas financeiras com que o modelo tem onerado o setor público, criando expectativas para a população; além de o sistema unificado e descentralizado continuar não indicando como ocorrem as relações entre o governo e o setor privado” (SIMIONATTO, 2001, p.18). A falha da política de saúde a ineficiência no atendimento das camadas populacionais mais pobres e a centralização de recursos em programas que não atingem as regiões mais necessitadas. Faz referências críticas à centralidade

pensamento liberal na formulação das políticas sociais com forte influencia das agências financiadoras internacionais como o banco mundial. O tema da equidade foi redimensionado com o propósito de domesticar a real expressão do conceito na sua origem. Por exemplo, John Rawls, que representa o pensamento liberal contemporâneo e que dispõe de grande influencia nas propostas atuais de proteção social afirma que a equidade se subdivide hierarquicamente em: principio da diferença e da igualdade. Pelo princípio da diferença considera-se que as desigualdades sócio-econômicas devem ser organizadas de maneira a oferecer melhores perspectivas aos mais desfavorecidos; já em relação ao principio da igualdade, a igualdade privilegiada é a igualdade de oportunidades entendida também no campo da liberdade. Dessa forma, como um liberal, toma sempre a liberdade em detrimento da equidade (PEREIRA, 2006).

Além desses princípios doutrinários apresentados, as legislações referidas como a Lei 8.080 ainda apresentaram mecanismos para a operacionalização do SUS chamados de princípios organizativos, sendo estes: descentralização da gestão com comando único; regionalização e a hierarquização dos serviços; resolutividade no atendimento; participação efetiva da população no controle das ações de saúde e ainda a complementaridade do setor privado. Dentre os princípios organizativos destacam-se a regionalização e hierarquização como norteadores da estruturação dos serviços de saúde a partir de níveis de atenção, dispostos numa área geográfica delimitada e com definição da população a ser atendida. Os níveis de atenção estão estruturados da seguinte maneira: nível de atenção primária ou de Atenção Básica; Atenção Secundária ou de Média Complexidade; e Atenção Terciária ou de Alta Complexidade. De acordo com Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), a definição de níveis de atenção à saúde está intrinsecamente relacionada às necessidades e demandas¹⁰ colocadas pela população, e também, as possibilidades de conhecer outras necessidades.

nas ações de média e alta tecnologia, com pouco investimento na saúde preventiva. Diante destes apontamentos, o Banco Mundial propõe uma reforma para as políticas sociais, incluindo a política de saúde (FURLANETTO, 2004).

¹⁰ A demanda é o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. A demanda pode ser por consulta médica, consumo de medicamentos, realização de exames; as necessidades podem ser bem outras. Estas podem “ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo (do desemprego à violência no lar), a procura de um vínculo efetivo com algum profissional, a necessidade de ter maior autonomia de andar a vida ou, mesmo, de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível, capaz de melhorar e prolongar sua vida (CECILIO, 2001, p. 116)”.

Considerando que o contexto deste trabalho é o nível de atenção básica busca-se aprofundar, nos itens seguintes, a Estratégia governamental que vem moldando nos últimos anos as ações neste nível de atenção. Também são abordados alguns fundamentos desta Estratégia, como o acolhimento, o vínculo e a educação permanente dos profissionais de saúde, compreendendo que estes são fundamentos para a 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.

1.3 Os serviços básicos de saúde e a Estratégia de Saúde da Família

A atenção primária tem sido associada a uma assistência de baixo custo, aparentando tratar-se de um serviço simples que utiliza poucos equipamentos. Essa imagem teria raízes na própria origem dos serviços¹¹ que, de fato, teriam sido criados como prestação de serviços públicos destinados a ampliar a cobertura dos serviços para a população mais carente e excluída dos serviços, ficando restrito a assistência médica simplificada e barata. No entanto, as dificuldades que se colocaram na extensão dos serviços e até mesmo para manter a cobertura já conquistada, tornaram este nível algo muito mais complexo do que aparentava ser, tanto em termos de custo quanto de alternativas de simplificação da assistência que se revelaram muito mais difíceis do que a redução de equipamentos médicos (OPAS, 1990). Assim, para Schraiber & Mendes-Gonçalves (2000), as situações assistenciais que se colocam para os serviços básicos de

¹¹ Diante de um quadro permeado por adversidades econômicas e sociais que assolaram a década de 1970 em diversos países do mundo, foi realizada em 1978 a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde em Alma Ata (na antiga URSS). Esta Conferência foi chamada pela OMS e se consolidou como marco histórico nas discussões de atenção primária e atenção básica à saúde. A Declaração de Alma Ata, produto da referida Conferência, reconheceu a enorme desigualdade social e econômica presente entre os países desenvolvidos e os países em desenvolvimento e que a proteção e promoção da saúde dos povos são condições supremas para o progresso econômico e social e, ao mesmo tempo, contribuem para melhorar a qualidade de vida das populações. De acordo com Franco & Merhy (2003, p. 79), as propostas surgidas da Conferência partem de uma perspectiva racionalizadora com a pretensão de dar respostas aos investimentos necessários à assistência à saúde com menores custos possíveis. Isto, baseado em grande medida por uma determinada conjuntura econômica em recessão vivenciada pelo capitalismo naquele momento. Articulando esses argumentos, a Declaração propõe os “cuidados primários em saúde” como o princípio para a resolução dos problemas do setor, entendendo-os como “cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis (...) fazem parte integrante tanto do sistema de saúde (...) do qual constituem a função central e o foco principal (...) representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde” (OPAS, 1978).

saúde, quase sempre podem ser compreendidas como situações complexas e esta complexidade se transfere para o trabalho profissional.

Aprofundando um pouco mais a questão, a unidade de atenção básica à saúde é destinada a parcela da população que se dirige ou procura serviços pela *primeira vez*. Não se trata, porém, de uma primeira vez na vida das pessoas, mas na específica ocorrência ou demanda apresentada em determinado momento. Daí surge a inter-relação entre atenção primeira e básica uma vez que a atenção primária, “ao ser um primeiro atendimento, servirá obrigatoriamente de porta de entrada para o sistema de assistência. Ao mesmo tempo, porém, constitui, no sistema, um nível próprio de atendimento e deve ir resolvendo uma dada gama de necessidades que extrapolam a esfera da intervenção curativa individual” (Schraiber & Mendes-Gonçalves, 2000, p.35-36). Nesse sentido, a atenção básica à saúde

caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006b, p.2).

Neste nível de atenção estão situadas as Unidades Básicas de Saúde (UBS), nomenclatura dada pela Portaria 648 de 2006 que aprovou a Política Nacional de Atenção Básica. No entanto, em diferentes períodos históricos estas Unidades assumiram outras nomenclaturas que ainda hoje são referências para a população e utilizadas em diversos locais do país como *posto de saúde e unidade local de saúde*¹².

Em meados da década de 1990 o MS implantou o Programa de Saúde da Família (PSF)

¹² No município de Florianópolis a nomenclatura dada às unidades de atenção básica até os anos 2000 foi Centro de Saúde (CS), passando a ser nomeadas de Unidades Locais de Saúde (ULS) até fins de 2006. Atualmente, ao passar por uma reestruturação, estão sendo re-denominadas de CS. Informação obtida através de contato telefônico junto a Secretaria Municipal de Saúde do município, em junho de 2007.

com a pretensão de desenvolver ações e cuidados primários em saúde¹³ que teve como objetivo:

a reorganização da prática assistencial em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e realizado principalmente no hospital. A atenção está centrada na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que vem possibilitando às equipes de Saúde da Família uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas (BRASIL, 2001b ,P.5).

Ainda da década de 1990, em meio a um contexto de reformas e contra-reformas das políticas brasileiras o PSF foi elevado à condição de Estratégia para reorientação da assistência básica à saúde, que passa a ser guiada pelos princípios de uma política de atenção básica. Esse movimento significou a resistência do Movimento Sanitário ao modelo proposto pelos organismos internacionais e estabeleceu uma nova institucionalidade pautada na compreensão ampliada do processo de saúde-doença. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) veio com o objetivo de reorganizar a prática assistencial no nível de atenção básica assumindo a família como figura central no processo de atenção. A unidade de saúde da família compreende o primeiro nível de ações e serviços locais de saúde, devendo a atenção básica estar articulada à rede de serviços a fim de garantir atenção integral aos indivíduos, famílias e grupos, assim como assegurar a referência e contra-referência para os demais níveis de complexidade do SUS. A unidade trabalha na perspectiva da adscrição da população por equipe de profissionais; também na formação da equipe multiprofissional que pode incorporar outros profissionais além da equipe mínima preconizada pelo MS que é composta por médico generalista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, agentes comunitários de saúde e profissionais de odontologia. De acordo com Campos (2005), em algumas localidades brasileiras há experiências que incorporam outros profissionais no nível de atenção básica, alguns situam-nos no núcleo central da equipe e outros procuram manter a equipe mínima como ordenadora da atenção e os demais profissionais agregados como rede de Apoio Matricial¹⁴. Como exemplo têm-se profissionais de fisioterapia,

¹³ Sobre cuidados primários em saúde vide nota 12.

¹⁴ O Apoio Matricial é um arranjo organizacional dos serviços que complementa as equipes básicas. Já que a equipe básica é responsável pelos SEUS usuários, ela geralmente não os encaminha, mas sim pede apoio aos serviços de referência/especialidades. Estes últimos, ao dispor do apoio matricial, passam a ter dois “usuários” sob sua responsabilidade: “os usuários do serviço” para o qual ele é referência e “o próprio serviço”. Isso significa que o serviço de referência/especialidades participa junto com as equipes de saúde, sempre que

psicologia, serviço social, nutrição, farmácia, entre outros. Algumas cidades ainda mantêm profissionais especialistas em territórios com maior demanda que também atuam na atenção básica como pediatras, ginecologistas e psiquiatras.

Nessa perspectiva, a atenção básica orientada pela ESF tem como princípios a universalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado, o vínculo e continuidade, a integralidade, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social. Considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2006b).

Recentemente, a Portaria 648 de 28 de março de 2006 veio aprovar a nova Política Nacional de Atenção Básica e, para isto, estabeleceu uma revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)¹⁵. Esta revisão se deu em decorrência da necessidade de adequação das normas nacionais ao atual momento de atenção básica no Brasil considerando a expansão do PSF, o qual se consolidou como a estratégia prioritária para reorganização da atenção básica, a experiência acumulada nos diversos estados e municípios brasileiros, além dos princípios e diretrizes propostos nos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão¹⁶ que,

necessário elabora projetos terapêuticos dos usuários que são atendidos por ambas as equipes, e apóia as equipes de saúde na incorporação de conhecimentos para lidar com casos mais simples. O apoio matricial é, portanto, uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde, que lança mão de saberes e práticas especializadas, sem que o usuário deixe de ser cliente da equipe de saúde da família (BRASIL, 2004e, p.7-9).

¹⁵ O PACS foi implantado num contexto de ambigüidades na condução da política de saúde e atendendo as indicações do Banco Mundial para a reorientação do sistema de saúde. Iniciado pela experiência do Ceará, em 1991 foi proposto pelo Ministério da Saúde para todo território nacional. Este Programa esteve, originalmente, vinculado a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) sendo implantado nas Regiões Nordeste e Norte com a finalidade de contribuir na redução da mortalidade infantil e materna. No ano de 1992 o PACS foi implementado em outras regiões do país, através de convênio entre FUNASA, MS e Secretarias Estaduais de Saúde, sendo estes responsáveis pelo repasse de recursos para o custeio do programa e do pagamento dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2002, P.13).

¹⁶ Pacto firmado entre os gestores do Sistema Único de Saúde publicado pela Portaria/GM nº. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Este Pacto Foi discutido e firmado conjuntamente com o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), os quais pactuaram responsabilidades entre os três níveis do SUS, no campo da gestão do Sistema e da atenção à saúde, a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriores, reforça a organização das regiões

dentre outros fatores, vieram desfragmentar o financiamento da Atenção Básica. Tendo em vista esta revisão da atenção básica, o MS propôs os seguintes fundamentos para Atenção Básica:

- Possibilitar o *acesso universal* e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da *equidade*;
- Efetivar a *integralidade* em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;
- Desenvolver relações de *vínculo e responsabilização* entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;
- Valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua *formação e capacitação*;
- Realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de *planejamento e programação*; e
- Estimular a participação popular e o *controle social* (BRASIL, 2006b).

1.3.1 A busca da integralidade na Atenção Básica: o vínculo e o acolhimento

Ao analisar os fundamentos institucionais, políticos e sociais da ESF, Pinheiro (2005) afirma que a centralidade na *integralidade* e na família amplia seu escopo de intervenção, a fim de integrar ações contextualizadas, seja na organização ou na assistência de cuidados. Estes objetivos e metas têm o sentido de resgatar a integração das ações de prevenção e promoção, recuperação e reabilitação na oferta de respostas às demandas por saúde das famílias nos locais de residência. Assim, podem propiciar condições que favoreçam o estabelecimento de um novo olhar na relação entre profissionais, gestores e família, visando garantir o princípio da

sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, programação e avaliação, além de propor financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências de fundo a fundo (BRASIL, 2006c, p. 7).

integralidade nas práticas cotidianas em saúde. Estas dimensões da Estratégia de Saúde da Família, enquanto base para a atenção básica à saúde, delineadas pelo ideário da Saúde Coletiva reiteram o lugar da violência contra a mulher no setor saúde, principalmente quando se fala em princípios-chave como a integralidade da atenção e das ações e a intersetorialidade na busca de respostas às demandas e necessidades por saúde das famílias e das mulheres no lugar onde moram. Não que estas respostas tenham que ser dadas somente no e pelo nível de atenção local, no entanto, enquanto porta de entrada, este nível deve ser *resolutivo* o suficiente para, caso não seja de sua competência, inserir a família ou qualquer um de seus membros nos demais níveis de atenção ou até mesmo em outros setores como assistência social e educação. Ou seja, a resolução da situação de violência pode não se dar no âmbito específico da saúde, mas a saúde deverá abordá-la e, se necessário, estabelecer com cada mulher uma escuta responsável apresentando as alternativas disponíveis e/ou necessárias em termos de acolhimento e intervenção.

O *acolhimento* e o *vínculo* também são fundamentos da Atenção Básica que merecem destaque, pois são estratégias 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. De acordo com Franco et al (1999), o acolhimento - enquanto diretriz operacional - propõe uma inversão da lógica da organização e do funcionamento do serviço de saúde fazendo com que este esteja centrado no usuário e não no profissional ou no serviço. Para isto, os autores partem dos seguintes princípios:

- 1) Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde garantindo a acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume sua função precípua, a de acolher, escutar e dar uma resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população;
- 2) Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central, do médico para uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento, que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;
- 3) Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve dar-se por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al, 1999 p.347).

Nessa perspectiva, o acolhimento é um dispositivo para desenvolvimento de processos intercessores que criam relações usuário/profissional nas práticas de saúde, buscando a criação da

responsabilização e a intervenção resolutiva. Assim, reconhece-se que sem acolher e vincular não há produção desta responsabilização e nem otimização das resolutividades que efetivamente possam trazer impactos aos processos sociais de produção da saúde e das doenças (FRANCO et al, 1999).

De acordo com Campos (2007), 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, o vínculo é resultado da disposição de acolher por parte de uns – os profissionais de saúde – e a decisão de outros em buscar apoio. Dessa forma, vínculo pode ser compreendido como a circulação de afeto que se constrói quando há o estabelecimento de alguma forma de dependência mútua: alguns necessitam de apoio para resolver questões sanitárias, alguns de apoio para ganhar a vida, outros para exercer a profissão escolhida, etc. Para que exista vínculo positivo os indivíduos e grupos devem perceber na equipe de saúde uma certa capacidade e responsabilização de resolução de questões de saúde. Já a equipe deve acolher as demandas apostando que com apoio os usuários têm possibilidades de ser sujeitos do processo de superação das condições de vida adversas. Neste caso, a prática norteada pelo vínculo possibilitaria combinar autonomia do usuário e responsabilidade do profissional. Nesta direção, o vínculo é entendido, na perspectiva da saúde coletiva, como a humanização da relação com o usuário e a responsabilidade da unidade de saúde na resolução das questões de saúde da sua região, a partir de ações qualificadas, eficazes e que estimulam a autonomia e a cidadania permitindo o controle pelo usuário enquanto sujeito da ação (BRASIL, 1996). Também é “fruto de uma construção social e parte de um esforço multiprofissional e interdisciplinar, que envolve equipe, instituições e comunidade” requerendo “um processo de conhecimento gradual e de interação permanente entre sujeitos” (SILVA et al apud GOMES e PINHEIRO, 2005, p.12).

Cecílio (2001) ao estudar as necessidades de saúde aponta para a criação de vínculos efetivos entre usuários e uma equipe e/ou profissional como uma necessidade insubstituível, principalmente quando este vínculo é visto enquanto relação de confiança, algo como o “rosto” do sistema de saúde e referência para o usuário. Assim, o vínculo deve ser reconhecido para além da simples adscrição dos usuários a um determinado serviço ou equipe, mas sim expressa o estabelecimento de uma relação contínua e intransferível, um momento de promoção e expressão de subjetividades. Assim, a noção de vínculo remonta reflexões sobre a responsabilidade e o

compromisso dos profissionais e gestores da saúde que, para Gomes e Pinheiro (2005), se encontra em consonância com integralidade em saúde à medida que o vínculo e o acolhimento são dispositivos institucionais que servem à materialização do princípio da integralidade no cotidiano das práticas nos serviços de saúde.

1.3.2 Modelo assistencial e atribuições profissionais

A ESF expressa, também, a discussão de que a mudança do modelo assistencial na atenção básica à saúde somente acontecerá a partir da reorganização do processo de trabalho em saúde e, assim, propõe um novo modo de operacionalizá-lo que, como apontado anteriormente, passa a se estruturar a partir de equipes multiprofissionais. No entanto, esta transformação pautada em uma perspectiva somente multiprofissional¹⁷ não seria suficiente para a consolidação dos fundamentos da Atenção Básica e, de modo geral, dos princípios e diretrizes do SUS. A incorporação de uma perspectiva interdisciplinar¹⁸ de trabalho pelas equipes de saúde é fator fundamental para a consolidação dos princípios e diretrizes, assim como para a consolidação do conceito ampliado de saúde.

Nesse contexto, a ESF vem delineando desafios, especialmente as categorias profissionais que trabalham nas unidades de saúde da família compostas por equipes mínimas e que procuram viabilizar práticas interdisciplinares no contexto da atenção integral ao usuário. Considerando que a atenção básica é vista como uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde (por exemplo, o pronto-socorro é outra porta possível e necessária), espera-se deste nível de atenção muito mais do que isto. Nessa direção, Campos (2005) situa alguns apontamentos em que se espera da atenção básica a resolução de 80% dos problemas de saúde da população e que, para atingir essa capacidade resolutiva há atualmente um reconhecimento de que a atenção básica deve

¹⁷ Onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, em geral sem cooperação e troca de informação entre si, a não ser um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa (VASCONCELOS, 1997, p.141).

¹⁸ É entendida como reciprocidade, enriquecimento mútuo, com tendência a horizontalização das relações de poder entre os campos implicados [...] identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais [...] gerando uma fecundação e aprendizagem mútua que não se efetua pela simples edição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 1997, p.141).

nortear-se de acordo com algumas diretrizes como o trabalho em equipe interdisciplinar, visto que nenhum profissional conseguiria ter um acúmulo de conhecimentos e habilidades práticas suficientes para cumprir simultaneamente todas as funções esperadas por este nível de atenção.

Esse debate em torno das equipes multiprofissionais e das ações intersetoriais instiga reflexões e definições acerca das atribuições destas equipes, e mesmo das atribuições específicas das áreas profissionais que compõem a equipe considerando que, pela própria formação acadêmica, determinadas áreas estariam mais qualificadas para tratar de determinadas questões de saúde. Assim, nessa linha de raciocínio a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 veio orientar o trabalho em saúde a partir de definições das atribuições das equipes e dos profissionais nele inseridos. As atribuições específicas de cada área profissional¹⁹, de acordo com a referida Política, devem ser normatizadas pelo município considerando as prioridades definidas pela própria gestão e as prioridades pactuadas no nível nacional e estadual. Já as atribuições da equipe - que são comuns a todos os profissionais - são as seguintes:

- Participação do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho; atualização contínua dessas informações priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;
- Realização do cuidado em saúde da população adscrita, primeiramente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), quando necessário; realização de ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos locais;
- Garantia da integralidade da atenção por meio de ações de promoção, prevenção e cura; garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde; realização de busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outras situações de importância local;

¹⁹ Campos (1997), sugere a aplicação dos conceitos de *núcleo* e *campo* no planejamento da formação ou prática profissional em saúde. Por *núcleo* entende-se o conjunto de saberes, de responsabilidades e ações específicas à cada profissão ou especialidade marcando, desta forma, a diferença entre os membros da equipe. Por *campo* compreendem-se os saberes e responsabilidades comuns ou confluentes a diversas profissões ou especialidades, por exemplo, os saberes básicos sobre o processo saúde-doença, sobre o funcionamento corporal, sobre a relação profissional/usuários, dentre outros (CAMPOS, 1997, p.248).

- Realização da escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
- Responsabilização pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando houver necessidade de atenção em outros níveis do sistema de saúde;
- Participação das atividades de planejamento e monitoramento das ações de saúde a partir de dados concretos; promoção do controle social; identificação de parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da Secretaria Municipal de Saúde;
- Garantia da qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação da Atenção Básica; participação das atividades de educação permanente; e realização de outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2006b).

Além destas ações gerais da Atenção Básica, a equipe da Estratégia de Saúde da Família ainda deverá:

II - atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;

III - desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV - buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V - ser um espaço de construção de cidadania (BRASIL, 2006b, p.8).

A partir destas ações, as UBS poderão ter um conhecimento geral e contínuo da população adscrita a partir da leitura das realidades sociais, culturais, econômicas, demográficas e epidemiológicas do território. E, a partir de abordagens individual, familiar e coletiva, poderão conhecer e compreender um pouco mais a dinâmica da população inserida naquele território, seus processos de saúde e adoecimento.

Em relação às mudanças assistenciais e à inserção de novas atribuições profissionais - que não são tão novas assim, pois desde a década de 1990 vêm sendo inseridas no debate da assistência à saúde – as contribuições de Franco & Merhy (2003) se mostram bastante relevantes. Para os autores, a mudança das estruturas, dos recursos em jogo e seus formatos não significa conseqüentemente a mudança assistencial, ou seja, a mudança da micro-política instituída. Para eles, a realidade dos serviços tem sido cruel ao demonstrar que é necessário um conteúdo novo que penetre agudamente nos valores e condutas dos profissionais de saúde, especialmente do médico, considerando que os trabalhadores de saúde são grandes agentes de mudanças dos serviços assistenciais.

Finalmente, se reconhece a necessidade de Educação Permanente em Saúde como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de profissionais que trabalham no setor, sendo esta normatizada por meio da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a Educação Permanente em Saúde de 2003, e da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004. De acordo com estas Políticas a Educação Permanente em Saúde é entendida a partir de um “conceito pedagógico, no setor da saúde, para efetuar relações orgânicas entre ensino e as ações e serviços e entre docência e atenção à saúde, sendo ampliado na Reforma Sanitária Brasileira, para as relações entre formação e gestão setorial, desenvolvimento institucional e controle social em saúde” (BRASIL, 2004f, p.1).

Após mais de dois anos de existência destas políticas e a pouca visibilidade, a Política Nacional de Atenção Básica vem, em 2006, reafirmar a necessidade da formação profissional e definir responsabilidades em relação à educação permanente dos profissionais da Atenção Básica sinalizando para a implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento. De acordo com a referida Portaria, compete aos municípios, como gestores dos sistemas locais de saúde, cumprir os princípios da Atenção Básica, organizar e executar as ações em seu território, estimular e viabilizar a capacitação e a educação permanente dos profissionais das equipes, dentre outras funções, sempre com apoio financeiro e técnico do nível federal e estadual (BRASIL, 2006b). Compreende-se que a discussão das competências das equipes e dos profissionais, assim como da educação permanente em saúde, vem contribuir para as reflexões acerca das abordagens em torno da violência, das mulheres em situação de violência, bem como da formação/ capacitação profissional para o atendimento a estas situações.

2 A CONSTRUÇÃO DA AGENDA PÚBLICA DE PROTEÇÃO AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA

Ao final de 1970 o país vivenciou fortes iniciativas desencadeadas pelos movimentos organizados da sociedade civil, como o Movimento Feminista²⁰, que contribuíram para trazer ao espaço público questões que até então estavam sendo tratadas no espaço privado, como a violência contra a mulher. Em decorrência destes movimentos, no início dos anos de 1980 o tema da violência contra a mulher passou a ser conhecido com o slogan “quem ama não mata”, o que desencadeou algumas ações iniciais por parte do Estado, como as Delegacias Especiais para atendimento de mulheres vítimas de violência. Também, na mesma década, é criado o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher como um órgão de caráter consultivo com principal objetivo de promover o desenvolvimento de políticas sociais para as mulheres na perspectiva da eliminação de todos os tipos de violência.

Dessa forma, os movimentos em defesa dos direitos da mulher foram se ampliando e, ao acompanhar as mudanças políticas brasileiras dos anos de 1980, tiveram participação nas legislações e ações que seguiram a Constituição Federal de 1988. Exemplo disso foram as duas principais bandeiras levantadas pelo Movimento Feminista na década de 80: a *violência* e a *saúde da mulher*. A partir de então, o movimento social de mulheres inicia uma discussão – estratégica e consciente – deslocando o problema da violência contra a mulher do campo policial para o campo dos direitos humanos, do desenvolvimento social e da saúde sendo estes consolidados internacionalmente (SCHAIBER E D’OLIVEIRA, 1999). As ações que foram sendo desenvolvidas nos diversos setores governamentais e não governamentais, e também acadêmico, ora se apresentavam de forma integradas, ora desarticuladas, como veremos a seguir.

2.1 A atenção às mulheres em situação de violência no cenário governamental

²⁰ O movimento feminista é um movimento político que propõe a transformação social, econômica, política e ideológica da sociedade, embasado no questionamento das relações de poder e da exploração de grupos de pessoas sobre outras. Contrapõe-se ao poder patriarcal e se caracteriza por uma “filosofia universal que considera a existência de uma opressão específica a todas as mulheres” (TELES, 1999, p. 10). É um movimento histórico organizado que luta pela liberação das mulheres para a expansão dos seus direitos civis e políticos, rompendo com todas as formas de discriminação (sexo, raça, idade, opção sexual) existentes sobre a mulher e colocá-la em pé de igualdade com os homens. (CUT, 1998, p.13).

Nas últimas duas décadas, o Brasil deu um passo à frente quando foi signatário de vários acordos internacionais voltados - direta ou indiretamente - à defesa dos direitos humanos das mulheres e ao combate à violência contra as mulheres. Estes acordos firmados pelo governo perante a comunidade internacional, em primeiro lugar, criaram obrigações jurídicas para o país - através dos tratados, acordos, convenções ou atos internacionais - que exigem sua ratificação para que possam entrar em vigor e sejam reconhecidos. E em segundo lugar, as conferências internacionais que, apesar de não exigirem obrigações jurídicas, criam consensos entre os países sobre o tema e definem objetivos comuns. Isso faz com que as nações envolvidas assumam a responsabilidade de implementar em suas políticas os princípios e programas aprovados nestes espaços (FERNANDES, 2003). Como exemplo, o Brasil participou em 1994 da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, conhecida como Convenção de Belém do Pará e, em 1995, da IV Conferência Mundial sobre a Mulher realizada em Beijing, na China. Esta última foi de grande importância, pois ao fortalecer os consensos e progressos das Conferências Mundiais anteriores, finalmente, insere nas discussões e nos documentos produzidos a consolidação do avanço da consciência mundial sobre Igualdade, Justiça e Direitos Humanos, à luz da transversalidade de gênero²¹ e do reconhecimento da desigualdade entre os sexos (FERREIRA apud BANDEIRA, 2005; BEIJING, 2007).

Como fruto desta Conferência Mundial foi elaborada a Plataforma de Beijing sob o tema “Estratégias das Desigualdades” em que os governos se comprometeram a implementá-la e garantir que todas as suas políticas e programas de ação reflitam a perspectiva da transversalidade de gênero, a qual foi assinada pelo Brasil em 1997 (Beijing, 2007, CUT, 1998). Em síntese, esta Plataforma de Ação Mundial veio apresentar diagnósticos e recomendações de medidas a serem tomadas pelos governos em diversas áreas e contextos como: saúde, educação, direitos sexuais e reprodutivos, participação no poder e nos centros de decisão, comunicação e meio ambiente, trabalho e emprego, direitos humanos, prevenção e combate às violências e, especialmente, combate à pobreza. Segue abaixo alguns dos compromissos governamentais integrantes do referido documento:

²¹ Entende-se por transversalidade de gênero nas políticas públicas “a idéia de elaborar uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação à superação das assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo. Esta transversalidade garantiria uma ação integrada e sustentável entre as diversas instâncias governamentais e, conseqüentemente, o aumento da eficácia das políticas públicas, assegurando uma governabilidade mais democrática e inclusiva em relação às mulheres” (BANDEIRA, 2005, p.45).

- a) Planejar, estabelecer e implementar programas e políticas públicas, em todas as áreas, com perspectiva de gênero, isto é, levando em conta a situação das mulheres e homens devido à construção cultural e social das desigualdades e atendendo à família, em suas diferentes formas;
- b) Atualizar e propôr novas legislações e medidas de combate à discriminação da mulher e promoção da igualdade em todos os âmbitos, incluindo ações afirmativas para a igualdade de acesso a cargos públicos e mandatos eletivos, cargos decisórios em todos os âmbitos, igualdade de oportunidades para o trabalho e emprego;
- c) Promover processos de atualização e capacitação de profissionais de todas as áreas, especialmente agentes dos serviços públicos, sobre a condição da mulher e as desigualdades de gênero;
- d) Reconhecer a violência contra a mulher como um desrespeito aos direitos humanos, seja ela o abuso sexual, o assédio sexual no trabalho e nos estabelecimentos educacionais, a violência física e psíquica, a mutilação genital, os estupros, a violência policial e nos serviços de saúde, o tráfico de mulheres, a prostituição infantil, a prostituição forçada - e tomar medidas adequadas em nível local, nacional e internacional, implementando serviços e programas de prevenção e atendimento as mulheres;
- e) Reconhecer o valor do trabalho não-remunerado da mulher, buscando medir sua contribuição na economia nacional e minimizando sua carga sobre a mulher, através de estímulo à divisão dos encargos familiares entre mulheres e homens e à implementação de equipamentos sociais;
- f) Promover formas não-violentas de resolução de conflitos dentro dos países e entre países, reduzindo a incidência de violação de direitos humanos em situações de conflito, racismo e xenofobia, com atenção especial às mulheres e meninas, mais vulneráveis nas áreas de conflitos armados;
- g) Respeitar os direitos reprodutivos, implementando serviços adequados de atenção à saúde da mulher em todas as fases de sua vida, serviços de planejamento familiar com respeito à livre decisão dos casais e dos indivíduos, serviços de orientação sexual a crianças e adolescentes, com respeito ao seu direito à informação e a confidencialidade (atentando-se aos direitos e deveres dos pais), respeito à vida sexual com harmonia, liberdade e responsabilidade, livre de coerção;
- h) Reconhecer o aborto como um problema de saúde pública, pedindo atenção aos abortamentos inseguros, recomendando aos países que revisem suas leis que penalizam as mulheres que fizeram abortos ilegais;
- i) Elaborar programa amplo de educação sobre direitos humanos que aumente a consciência da mulher acerca de seus direitos humanos e aumente a consciência de todas as pessoas acerca dos direitos humanos das mulheres;
- j) As organizações não governamentais e as organizações da comunidade têm uma função específica a desempenhar na criação de clima social, econômico,

político e intelectual baseado na igualdade entre a mulher e o homem (BEIJING, 2007).

Estes compromissos objetivaram a garantia da incorporação de melhorias do status das mulheres em todas as dimensões: social, econômica, política, cultural, com repercussões nas esferas jurídicas e administrativas, mercado de trabalho, segurança, educação, arranjos familiares, dentre outras. De acordo com as análises de Bandeira (2005), a contribuição maior deste evento foi ter chamado atenção do mundo para a relação entre gênero e pobreza e, diante disso, da necessidade de medidas que atendessem as especificidades da condição social das mulheres na pobreza considerando, ainda, que a principal causa do aumento da pobreza entre as mulheres tenha sido a maneira inadequada ou não aplicação da transversalidade de gênero nas análises estruturais e conjunturais das políticas e setores sociais, principalmente da economia. Além deste evento, outros também merecem ser lembrados como a Conferência Mundial dos Direitos Humanos, ocorrida em Viena (Itália) em 1993, que reiterou os direitos humanos da mulher e da menina como universais, integrais, intransferíveis e indivisíveis, e também a Conferência Mundial contra o Racismo, Discriminação Racial, Xenofobia e Formas correlatas de Intolerância, realizada em Durban no ano de 2001, a qual voltou a atenção para mulheres e jovens afrodescendentes e indígenas afetadas tanto pelo preconceito sexual quanto pelo preconceito racial (BANDEIRA, 2005).

Assim, é nesse movimento de lutas que direta ou indiretamente a questão da violência contra a mulher ganha visibilidade social deixando de ser apenas descrição de episódios vivenciados geralmente por casais, para se converter em signo político. Em termos assistenciais, uma das primeiras ações institucionais produzidas pelas lutas das mulheres no Brasil foi, como visto anteriormente, a criação em diversos Estados brasileiros das Delegacias Especiais de Atendimento à Mulher (DEAMs). Estas Delegacias se colocaram como passo importante para o reconhecimento público da violência contra a mulher contribuindo para explicitar demandas que se encontravam escondidas ou dispersas. No entanto, quando se buscam estudos sobre as DEAMs estes apresentam poucos consensos sobre sua eficácia e, principalmente, sobre a prevenção das violências contra a mulher, o que se encontram são críticas de diversos setores vinculados à polícia e até mesmo do movimento feminista. Exemplo disto está em um estudo de Soares e Carneiro (1996), onde consideram que as DEAMs tenderam a

cristalização de mais uma caricatura, sob a qual se esconde enorme variedade de relações humanas, muito mais ricas e complexas do que desejaria nossa vã idealização do feminismo; idealização que acaba sendo, paradoxalmente, um modelo unívoco e fechado, uma espécie de cárcere público, em que se aprisionam múltiplas possibilidades de reinvenção do feminino, do masculino e de suas interações (p. 66).

Para Brandão (1998), uma das respostas preconizadas pelos setores feministas foi a punição dos agressores, alternativa esta geralmente excluída pela maioria das mulheres que procura as DEAMs. Dessa maneira, essas Delegacias se configuram como espaços onde compreensões contraditórias se encontram, de um lado o direito penal instituído pela via policial, e de outro, as representações sociais das classes trabalhadoras recortadas em seu prisma de gênero:

Se, por um lado, a expansão desse aparato institucional constitui um dado favorável, por outro, sua utilização pelas classes trabalhadoras evidencia uma discrepância entre a concepção feminista da violência (que impulsionou a organização de tal aparato tendo em vista um determinado modelo de vítima) e a convivência cotidiana dessas mulheres com os conflitos conjugais (BRANDÃO, 1998, p.58).

Também, Muniz (1996) analisa que as DEAMs, que seguem os limites das normas policiais e jurídicas, deixam de analisar uma parte considerável dos serviços prestados pois consideram que o diálogo, a mediação de conflitos ou a arbitragem, que são práticas constantes nestes espaços, seriam algo extra-oficial e tenderiam à invisibilidade das denúncias não registradas. Nesse sentido, essas práticas ditas alternativas - que não obedecem ao trajeto da denúncia e processo judicial – não são registradas enquanto práticas oficiais das Delegacias²². Para Brandão (1998), é justamente essa dimensão mediadora que se destaca como contribuição singular das DEAMs no sentido de que correspondem as expectativas de sua clientela, já que a tendência explicitada por muitas mulheres que procuram essas Delegacias não é o rompimento das relações afetivo-conjugais, mas o recurso a polícia buscando proteção para futuras agressões

²² “As funções da Polícia Civil no Brasil são oficialmente divididas em duas partes: a atividade administrativa diz respeito aos trabalhos de vigilância da população para prevenção da criminalidade, e a atividade judiciária – definida como um braço auxiliar da justiça – consiste nos expedientes de investigação criminal. Enquanto o desempenho das chamadas funções administrativas pressupõe uma razoável liberdade de ação, a função judiciária, em harmonia com o sistema judicial, goza de liberdade limitada” (Kant de Lima 1996 apud MUNIZ, 1996, p. 134).

ou gerenciamento dos impasses ocorridos no contexto doméstico. Sem a pretensão de dar conta do debate acerca do tema das DEAMs o que se procurou foi localizar as discussões que a permeiam considerando estas Delegacias como uma das primeiras ações governamentais e como uma das poucas alternativas disponíveis para o enfrentamento público do problema.

Nos anos 2000, as ações governamentais relacionadas à temática da mulher iniciam um pequeno processo de expansão, passando a ser estruturadas a partir da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM), da Presidência da República. Esta Secretaria tem como objetivo desenvolver ações conjuntas com todos os Ministérios e Secretarias Especiais tendo como desafio a incorporação das especificidades das mulheres nas políticas públicas e o estabelecimento das condições necessárias para a sua plena cidadania (BRASIL, 2006a). Conforme documento oficial da SEPM suas principais competências são: assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres; elaborar e implementar campanhas educativas e não discriminatórias de caráter nacional; elaborar o planejamento de gênero que contribua na ação do governo federal e das demais esferas de governo; promover a igualdade de gênero; articular, promover e executar programas de cooperação com organismos nacionais e internacionais, públicos e privados voltados à implementação de políticas para as mulheres; promover o acompanhamento da implementação de legislação de ação afirmativa e definição de ações públicas que visem ao cumprimento dos acordos, convenções e planos de ação assinados pelo Brasil, nos aspectos relativos à igualdade entre mulheres e homens e de combate à discriminação, tendo como estrutura básica o Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, o Gabinete e três Subsecretarias (BRASIL, 2006a). Esta Secretaria estruturou os serviços de atendimento específicos para a Mulher – antigos e novos - que estão sendo prestados pelo governo federal, pelos governos estaduais e municipais, além de diversas outras instituições da sociedade civil, conforme segue:

A **Central de Atendimento à Mulher**, através do nº 180, tem como objetivo o atendimento qualificado em questões de gênero, políticas do Governo Federal para as mulheres, orientações sobre o enfrentamento da violência contra a mulher e, principalmente, receber a denúncia e acolher as mulheres. Além de encaminhar os casos para os serviços especializados, a Central fornece orientações e alternativas para a mulher se proteger do agressor. Ela será informada sobre seus direitos legais, os tipos de estabelecimentos que poderá procurar, dentre

eles as delegacias especializadas de atendimento à mulher, defensorias públicas, postos de saúde, instituto médico legal, centros de referência, casas abrigo e outros mecanismos de promoção de defesa de direitos da mulher (BRASIL, 2006a). Trazendo para o escopo do trabalho, em Florianópolis esse atendimento já está em funcionamento em tempo ininterrupto²³.

Centros de Referência à Mulher: alguns Estados possuem estes centros de referência para atendimento à mulher. Na região Sul estes Centros estão situados no Estado do Paraná, nas cidades de Curitiba, Londrina e Maringá. Segundo dados da SEPM Santa Catarina não possui este tipo de serviço²⁴.

As **Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher**, nas quais, delegadas, escritãs, investigadoras, assistentes sociais e psicólogas devem ser capacitadas para tratar da formalização das denúncias. No final de 2005 dados do IBGE apontaram que apenas 404 municípios brasileiros (7,3%) contam com estas delegacias. Nos demais municípios as situações de violência contra as mulheres são atendidas nas delegacias gerais (BRASIL, 2005). O município de Florianópolis, assim como outras cidades do Estado²⁵, conta com uma Delegacia de Proteção à Mulher, à Criança ao Adolescente (6ª DP) que dispõe de delegada, escritã, investigadora e psicóloga para o atendimento as mulheres.

Defensorias Públicas da Mulher: existem no país 13 Defensorias Públicas direcionadas às Mulheres, as quais estão situadas no Acre, Amapá, Ceará, Minas Gerais, Mato Grosso do Sul, Mato Grosso, Paraíba, Piauí, Rio de Janeiro e Tocantins (BRASIL, 2007).

As **Casas Abrigo** são instituições destinadas à proteção de mulheres que sofrem violência doméstica e seus filhos. Devem ter seus endereços mantidos em sigilo e seu acesso restrito, isto para que a mulher possa estar protegida do seu agressor. Em SC existem Casas Abrigo nas cidades de Joinville, Blumenau e Balneário Camboriú (BRASIL, 2007).

²³ No último dia 16 de maio foi realizado contato com a Central de Atendimento à Mulher - número 180 - e verificado a abrangência deste serviço para o município de Florianópolis.

²⁴ No dia 25/07/2007 foi realizada nova consulta junto a SEPM e constatou-se a existência em SC do Centro de Referência e Atendimento à Mulher Vítima de Violência na cidade de Joinville. Acrescentou-se no Estado do Paraná nas cidades de Apucarana e Campo Mourão. No Estado do Rio Grande do Sul houve a criação desses Centros nas cidades de São Leopoldo, Porto Alegre e Caxias do Sul (BRASIL, 2007).

²⁵ De acordo com a SEPM as demais cidades são: Araranguá, Joinville, Criciúma, Caçador, Lages, Rio do Sul, Itajaí, Concórdia, Blumenau, Balneário Camboriú e Tubarão (BRASIL, 2007).

Ainda, a SEPM compreende os **Serviços às Vitimas de Tráfico de Pessoas**; as **Delegacias Regionais do Trabalho / Núcleos de Combate à Discriminação no Trabalho** e apoio a organizações não governamentais (ONGs) relacionadas aos Movimentos de Mulheres fazem parte dos serviços de atenção à Mulher, estruturados pela Secretaria de Políticas para as Mulheres do Governo Federal.

Outra ação importante da referida Secretaria foi a elaboração do **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM)** em 2004. Este Plano foi construído com base nos resultados da I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres²⁶ que indicou as diretrizes da política nacional para as mulheres na perspectiva da igualdade de gênero considerando a diversidade de raça e etnia. Este Plano vem expressar “o reconhecimento do papel do Estado como promotor e articulador de ações políticas que garantam um Estado de Direito, e o entendimento de que cabe a ele, e aos governos que o representam, garantir políticas públicas que alterem as desigualdades sociais existentes em nosso país” (BRASIL, 2004^a, p.11). O Enfrentamento a violência contra as mulheres é tratado no capítulo 4 do referido Plano e tem como objetivos implantar uma Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher; garantir o atendimento integral, humanizado e de qualidade às mulheres em situação de violência; reduzir os índices de violência contra as mulheres e garantir o cumprimento dos instrumentos internacionais, além de revisar a legislação brasileira que trata do enfrentamento da problemática (BRASIL, 2004a).

O PNPM está estruturado em torno de quatro áreas estratégicas de atuação que são: autonomia, igualdade no mundo do trabalho e cidadania; educação inclusiva e não sexista; saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos; e enfrentamento à violência contra as mulheres. Nestas áreas estão contempladas as políticas e ações que devem ser desenvolvidas ou aprofundadas para que mudanças qualitativas e quantitativas se efetivem na vida das mulheres brasileiras. Foi pactuado pelos Ministérios envolvidos e deverá assim o fazer também com os Estados e Municípios. Um estudo sobre a situação da pactuação permitiu conhecer a lista dos

²⁶ A Primeira Conferência Municipal de Políticas para as Mulheres de Florianópolis ocorreu no dia 17 de abril de 2004, no Conselho Regional de Contabilidade. O tema foi Mulher Cidadã, Direitos Humanos, Acesso à vida, casa, abrigo, serviços de saúde, informação, integridade física, integridade moral, livre expressão sexual, concepção e contracepção. Esta conferência foi convocada pelo Movimento de Mulheres de Florianópolis devido ao fato de o governo municipal ter se recusado a fazê-la. Nesta conferência foram escolhidas delegadas para participar da Conferência Estadual que aconteceu em junho de 2004 (Santos, 2006, p. 25).

Estados e Municípios que já aderiram ao Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Dados mostram que no país, até o momento, existem 114 adesões, entre Estados e Municípios. O Estado de Santa Catarina ainda não consta na lista, apenas alguns de seus municípios realizaram pactuação, no ano de 2005, sendo eles: Coronel Martins; Laguna; Guaraciaba, Ipira; Passos Maia; Planalto Alegre e Tunápolis²⁷.

Ainda em 2004 foi lançado o **Programa Nacional de Prevenção, Assistência e Combate a Violência contra a Mulher**, desenvolvido pela SEPM que tem como objetivo consolidar uma política de atenção e proteção às mulheres em situação de violência e, também, garantir que os acordos firmados pelo país sejam cumpridos através de ações articuladas entre os diversos Ministérios e Secretarias de Governo. Este Programa considera a violência como um fenômeno social que deve ser enfrentado a partir de um conjunto de estratégias políticas e de intervenção social direta, atuando em diferentes instâncias como educação, saúde, justiça, segurança pública, trabalho e outros. Nesse sentido, o enfrentamento da violência exige a construção de uma Rede considerando que alguns serviços funcionam como “porta de entrada” para esta Rede. No que concerne à Saúde, especificamente, a orientação do Programa é que

é preciso desenvolver ações voltadas às unidades básicas de saúde da rede pública, gerando estratégias que ressaltem a noção de violência contra a mulher como um problema de saúde pública, principalmente no contexto da saúde da mulher, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral. Os profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados para identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e posterior separação possam ser buscadas pela vítima, se assim ela decidir (BRASIL, 2003 a, p.51).

O documento do Programa aponta que há insuficiência do sistema de saúde na sensibilização para diagnosticar, atender e encaminhar convenientemente mulheres nessa situação, assim como ausência quase completa de abrigos para proteção de mulheres em situação de risco. Os órgãos responsáveis pela proteção das vítimas e punição dos agressores – DEAM,s, Instituto Médico Legal (IML) e órgãos do sistema judiciário - também encontram fortes obstáculos ao cumprimento de suas funções (BRASIL, 2003a).

²⁷ Em consulta recente junto a SEPM - realizada no dia 25/07/2007 - há novas adesões ao Plano como o município de Fernandópolis em 30/04/2007 e o Governo de Estado em 12/07/2007 (BRASIL, 2007).

Como pode ser notado, em alguns dos planos, programas e ações governamentais mais recentes, como é o caso do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres de 2004, aparece de maneira bastante pontual e pouco explicativa, a categoria *gênero*. Para Bandeira (2005), a inserção desta categoria vem propôr que um recorte transversal de gênero esteja presente na formulação e implementação de políticas públicas no país e, assim, permitir que as políticas estejam voltadas para a redução das assimetrias de gênero, principalmente, quando transforma o perfil institucional vigente, sendo que para isto há que se reconhecer a influência de diversos outros fatores estruturais de reprodução e ampliação das diferenças de gênero como, por exemplo, o tradicional padrão da divisão sexual do trabalho, os padrões de sexualidade e os arranjos familiares. Além do mais, a idéia de transversalidade de gênero pressupõe aos governos a incorporação desta perspectiva não somente em uma secretaria ou ministério responsável pela atuação na área de atenção à mulher, mas sim que seja base de atuação para todas as políticas públicas propostas pelo Estado, considerando as especificidades das mulheres e dos homens.

Também, a Plataforma de Ação adotada em Beijing, cujo protocolo foi assinado pelo Brasil em 1997, já chamou a atenção para a necessidade do governo nacional assumir a inserção da perspectiva de gênero na legislação, nas políticas públicas, nos programas e projetos, sendo que deveriam, antes da tomada de decisões sobre as políticas governamentais, analisar suas repercussões nas mulheres e nos homens. De acordo com Bandeira (2005), um dos contextos exemplo de incorporação da perspectiva de gênero é no âmbito da União Européia que, desde 1993, todos os seus Estados membros se comprometeram a aplicar em suas políticas públicas a transversalidade de gênero. Este comprometimento foi registrado na Carta dos Direitos Fundamentais da União Européia e reafirmado, em 1999, no Tratado da União Européia.

Diante do contexto apresentado, a perspectiva de gênero nas políticas sociais não pressupõe a negação das abordagens específicas para as mulheres, que são necessárias, mas sim novas abordagens que possam abarcar necessidades e demandas que se colocam de maneiras diferentes para os gêneros, o que inclui também os homens. Nesse sentido, Bandeira (2005), explicar que as políticas de gênero são diferentes das políticas para as mulheres, enquanto as políticas públicas de gênero consideram

a diversidade dos processos de socialização para homens e para mulheres, cujo conseqüências se fazem presentes, ao longo da vida, nas relações individual e coletiva (...) implicam e envolvem não só a diferenciação dos processos de

socialização entre o feminino e o masculino, mas também a natureza dos conflitos e das negociações que são produzidos nas relações interpessoais, que se estabelecem entre homens e mulheres e internamente entre homens ou entre mulheres. Também envolvem a dimensão da subjetividade feminina que passa pela construção da condição de sujeito (BANDEIRA, 2005, p.47-48).

As políticas para as mulheres mantêm centralidade no feminismo enquanto parte da reprodução social, o que implica na não priorização da “importância e o significado que se estabelece no relacionamento entre os sexos; ao contrário, a centralidade posta na mulher-família reafirma a visão essencialista de que a reprodução e a sexualidade causam a diferença de gênero de modo simples e inevitável (BANDEIRA, 2005, P. 47)”. Esta afirmação da autora pode ser compreendida quando se considera a não existência de qualquer forma de abordagem que inclua o homem como sujeito, principalmente, no tocante ao tema da violência que vem sendo estudado neste trabalho.

Concomitantemente a este processo de estruturação de serviços de atenção à mulher em situação de violência e, como consequência dos movimentos da sociedade civil e Estado, os instrumentos jurídicos também avançam. Violência remete a violação de direitos e, conseqüentemente, aos acordos sociais de proteção e de direitos das pessoas vítima da violência, assim, ao ser violação da lei, a violência passa também a ser passível de punição. No que se refere à violência contra a mulher, já existem legislações específicas que servem de base legal para o atendimento da questão, como a **Lei 10.778** de 24 de novembro de 2003 que estabelece a notificação compulsória dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos ou privados. A legislação considera que a violência contra a mulher, apesar de ser um problema de alta relevância e de elevada incidência, apresenta pequena visibilidade social, e que o registro no SUS destes casos é fundamental para dimensionar o tamanho do problema e suas conseqüências, a fim de contribuir para o desenvolvimento das políticas e atuações governamentais em todos os níveis (BRASIL, 2003b, BRASIL, 2004b).

A **Lei 10.714** de agosto de 2003 autoriza o Poder Executivo a disponibilizar, em âmbito nacional, número telefônico, de acesso gratuito e composto por apenas três dígitos, destinado a atender denúncias de violência contra a mulher, devendo ser operado pelas DEAMs em todo o País, ou alternativamente, pelas Delegacias da Polícia Civil nos locais onde não exista tal serviço

especializado (como citado anteriormente, este serviço está sendo disponibilizado em todo o país através do número **180**) (BRASIL, 2003c). Recentemente foi sancionada a **Lei nº 11.340** - agosto de 2006 - Lei Maria da Penha²⁸ que altera o Código Penal e estabelece prisão em flagrante para o agressor que cometeu violência doméstica, podendo este cumprir de três meses a três anos de prisão, perder o direito de ver os filhos e entrar em casa. Estabelece a criação de Juizado Especial de Violência Doméstica e Familiar contra a mulher, e também, várias medidas de proteção à mulher agredida, que está em situação de agressão ou corre risco de morte. De acordo com esta lei, a violência psicológica passa a ser reconhecida e caracterizada como violência doméstica (BRASIL, 2006b).

Apesar de ser uma Lei relativamente nova já existem alguns estudos quanto às conseqüências desta para as mulheres. Duran (2007) aponta que a maior rigidez contra os agressores pode ser responsável pela diminuição de vítimas nas delegacias. Fundamenta esta afirmação com um estudo realizado recentemente nas Delegacias da Mulher do Estado de São Paulo em que aparece a diminuição de 18,8% das denúncias por lesão corporal durante os seis primeiros meses da Lei Maria da Penha. A queda no número de denúncias foi registrada no período de outubro do ano passado a março deste ano, quando foram registrados 132.649 boletins de ocorrência. Entre outubro de 2005 e março de 2006, foram 163.441. Para o autor ainda não se têm respostas para esta diminuição, porém suas impressões são de que a possibilidade de prender o marido ou companheiro fez a mulher vítima pensar duas vezes antes de registrar a queixa, pois agora ele poderia ser preso. Das 307 Delegacias da Mulher criadas até o início deste ano no País, 125 (ou 40,7%) ficam no Estado de São Paulo.

De modo geral, o que se observa é que as ações governamentais, apesar de existir um forte movimento em prol de mudanças de perspectivas e estruturação destas ações, ainda se apresentam de forma muito dispersas, mesmo se tratando de ações específicas para as mulheres. Já as proposições e compromissos assinados pelo Brasil, que pressupõem a inserção da categoria gênero nas políticas públicas e demais ações governamentais, mesmo que contemplem a *palavra* gênero, esta aparece de forma bem pontual sem ter um aprofundamento conceitual ou mesmo assistencial da categoria *gênero* transversalizada nas políticas públicas.

²⁸ O nome Maria da Penha é uma homenagem a biofarmacêutica Maria da Penha Maia que lutou por 20 anos para conseguir que seu agressor fosse condenado, após ter recebido um tiro pelas costas de seu marido, em 1983, e ter ficado paraplégica. Somente em 2003 seu agressor foi preso (CRESS, 2006).

Seguindo esse mapeamento das políticas públicas destinadas às mulheres em situação de violência, traz-se no próximo item a organização das ações no campo da saúde buscando identificar simetrias e assimetrias entre as proposições.

2.2 A atenção às mulheres em situação de violência no contexto da política de saúde

Constitucionalmente, a saúde no Brasil é explicitada como direito de cidadania construído através de um conceito ampliado de saúde que reconhece a inter-relação entre direitos sociais, econômicos e políticos. O reconhecimento da saúde como um direito social universal, tendo como responsável o Estado, supõe a garantia de acesso a todos os cidadãos aos serviços de saúde necessários com as conseqüentes implicações nas esferas políticas e econômicas para o Estado.

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, acompanhando o movimento da saúde pública. Nesse período se limitava ao atendimento das demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nos anos 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade de papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, cuidado com a saúde e educação dos filhos e demais membros da família (BRASIL, 2004b). Como exemplo desse reducionismo, Villela e Monteiro (2005) apontam a implementação, na década de 1970, do **Programa de Saúde Materno Infantil**, cujo objetivo era prestar assistência aos filhos de mulheres que estavam fora do sistema de proteção social da época. Nesse período a atenção pré-natal era a única ação pública de saúde, de caráter universalista, voltada para as mulheres.

No que se refere às práticas de atenção à saúde da mulher no Brasil, o movimento feminista levantou constantes críticas ao modo como a temática e os problemas de saúde da mulher estavam sendo tratados nas políticas e nos serviços de saúde. As críticas vêm no sentido de que, até então, a atenção à mulher estava sendo pensada de forma reducionista e não integral, desconsiderando seu contexto social e cultural e as diversas formas de dominação que estabeleciam especificidades ao adoecimento das mulheres. Em contrapartida, as respostas governamentais não se apresentavam de forma adequada nem as especificidades do adoecimento, nem tampouco se inseriam numa perspectiva da superação das formas de dominação (MATTOS,

2004). No cerne da crítica do movimento feminista, final dos anos de 1970 e década de 1980, emerge um ideal de desenvolver políticas de atenção à mulher a partir de uma perspectiva mais integral, em consonância com o modelo de Saúde Coletiva que vinha sendo proposto pelo Movimento Sanitário. Para Mattos (2005) as mulheres já eram consideradas parte de uma população que merecia atenção prioritária enquanto integrantes do grupo materno-infantil, mediada pela sua função reprodutora. A luta do movimento feminista foi contra o reducionismo colocado nessa acepção, visto a não aceitação da mulher enquanto mera reprodutora. Nessa perspectiva foi criado, em meados dos anos de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) cujo pressuposto era a valorização da mulher para além da função de procriação. Ou seja, com a definição de assistência integral buscou-se ampliar o horizonte no qual a saúde da mulher deveria ser pensada, atendendo ao princípio da integralidade nas políticas de saúde que significou a recusa de reduzir em objetos descontextualizados os sujeitos da política pública.

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidades no período de 1984 a 1989 e, na década de 1990, sofreu influência das características da nova política de saúde, do processo de municipalização e principalmente da reorganização da atenção básica por meio do PSF (BRASIL, 2004 b). Todavia, Villela e Monteiro (2005, p. 21) consideram que, apesar da tentativa de superar os pressupostos teórico-práticos do Programa Materno Infantil – o qual reduzia o papel da mulher enquanto mera reprodutora biológica da espécie - “o PAISM não conseguiu romper com a focalização em ações relacionadas à reprodução: contracepção, atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério”.

Um balanço das ações realizadas entre 1998 e 2002, elaborado por Correa e Piola (2002), coloca que, nesse período, a atenção à saúde da mulher foi abordada numa perspectiva de resolução de problemas, onde as ações de saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção) foram priorizadas. Os problemas não foram tratados de forma isolada, havendo a inserção de um novo tema, a violência sexual. Para os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades trouxe dificuldades na atuação sobre outras áreas estratégicas da agenda ampla da saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação

também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado.

Na perspectiva de atenção integral foi elaborada, em 2004, em parceria com diversos setores da sociedade como o movimento de mulheres, o movimento negro, de trabalhadoras rurais, estudiosos da área, organizações não governamentais, gestores do SUS e agências de cooperação internacional, **a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – princípios e diretrizes** (BRASIL, 2004c). O princípio da integralidade nas políticas de saúde buscou ampliar o horizonte no qual a saúde da mulher deveria ser pensada, significando a recusa, por parte dos que se engajaram na formulação de uma política, em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais a política incide (MATTOS, 2004).

Assim, esta Política buscou incorporar, num enfoque de gênero,

a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2004 c, p 5).

O enfoque nos ciclos de vida visa a ampliação, qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher no SUS, a partir da criação de condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher “com destaque para a segurança, a justiça, trabalho, previdência social e educação”. Quanto à respostas as situações de violência contra a mulher, a Política traz um objetivo específico no sentido de “Promover a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”. Aponta como ações a organização de redes integradas de atenção às mulheres em situação de violência sexual e doméstica; a articulação da atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/Aids; a promoção de ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004 c). Nesta política observa-se que há o início de um debate sobre gênero quando a política anuncia que sob o “enfoque de gênero”, no entanto, o debate da categoria *gênero* ainda se dá de forma muito incipiente à medida que as

diretrizes e objetivos colocados pela referida política ainda abordam questões muito específicas para as mulheres.

Tendo como base as políticas e programas, especificamente na área da saúde, diversos instrumentos foram gerados na perspectiva de normatizar os atendimentos e capacitar os profissionais responsáveis pela atenção às mulheres em situação de violência. A **Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e Adolescentes de 1998**, é um instrumento que trata da violência sexual contra a mulher. Esta norma surge como deliberação do Conselho Nacional de Saúde buscando atender às exigências do Artigo 128 do Código Penal Brasileiro referente ao direito de interrupção da gravidez como consequência de estupro. Também, normatiza o atendimento clínico e os cuidados médicos e de enfermagem, além de organizar o espaço físico que se dá em serviço hospitalar de referência (BRASIL, 1998).

Outra ação, elaborada em 2001, que veio como instrumento de orientação para a prática em serviço dos profissionais que atuam na atenção básica à saúde é o **Caderno de Atenção Básica sobre a Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço**. Este tem como objetivo subsidiar os profissionais de saúde nas ações de diagnóstico, tratamento e prevenção da violência no âmbito domiciliar. Aborda os diferentes tipos da violência intrafamiliar (violência física, violência sexual - estupro, abuso sexual na infância ou na adolescência, abuso incestuoso, sexo forçado no casamento, assédio sexual - violência psicológica, violência econômica ou financeira e violência institucional), bem como os sujeitos mais comumente violentados, como mulheres, idosos, portadores de deficiência, crianças e adolescentes. Com relação à violência intrafamiliar contra a mulher, o Caderno orienta sobre as manifestações clínicas, diagnóstico, abordagem terapêutica e medidas específicas a serem tomadas no caso de violência sexual, como a profilaxia de doenças transmissíveis, HIV – Aids e prevenção da gravidez indesejada. Ao descrever os fatores de risco envolvidos na situação de violência intrafamiliar, o Caderno enfatiza a importância do conhecimento e discussão do tema, bem como a elaboração de ações a serem desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família, na tentativa de enfrentar o problema da violência intrafamiliar através da adoção de medidas adequadas (BRASIL, 2001a). Dessa forma, este Caderno se coloca como um importante instrumento de trabalho aos profissionais de saúde que lidam com situações de violência

intrafamiliar na sua prática cotidiana: orienta sobre a necessidade de criar nos serviços públicos de saúde a oportunidade sistemática de discussão, sensibilização e capacitação das equipes para melhor enfrentamento da problemática devido ao contato com situações de sofrimento, risco, insegurança e sensação de impotência que envolvem as situações de violência intrafamiliar.

A elaboração da **Cartilha sobre Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar**, em 2001, é resultado do Protocolo de Cooperação firmado entre os Ministérios da Saúde e da Justiça e tem como objetivo o desenvolvimento de ações conjuntas no contexto do Programa Nacional de Direitos Humanos e dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família. Esta cartilha é destinada basicamente aos ACSs e dispõe de informações e orientações quanto à prevenção e enfrentamento da violência no âmbito domiciliar. Dentre os diversos temas abordados - como Direitos Humanos e Cidadania, as várias formas de manifestação da violência, os sinais de alerta para detecção de violência intrafamiliar – destacam-se as orientações relacionadas às ações e serviços desenvolvidos para o enfrentamento da demanda, como os conselhos (Conselhos dos Direitos da Mulher, Conselhos Tutelares, etc) e órgãos de defensoria e apoio (Ministério Público, Defensoria Pública, Delegacias, Casas de Apoio para Mulheres em Situação de Risco etc).

No nível Estadual, uma breve análise das proposições do Plano Estadual de Saúde de 2006, em relação a Saúde da Mulher, permitiu identificar dados relativos a questões que envolvem a mortalidade materna, a qual estima a frequência de óbitos femininos atribuídos a complicações da gravidez, parto e puerpério, garantindo que este indicador “reflete a qualidade da assistência à saúde da mulher”. Neste enfoque o Plano apresenta como principal causa de morte entre as mulheres em idade entre 10 a 49 anos residentes no Estado são as neoplasias (24,4%), seguidas das causas externas (22,3%) (Santa Catarina, 2007). As especificações em relação às causas externas compreendem 54% de acidentes de trânsito, seguidas por homicídios e suicídios, no entanto não faz especificações quanto aos homicídios e suicídios, os quais podem esconder dados muito relevantes em relação à violência contra a mulher. Mas esta não é uma questão específica do Estado de Santa Catarina, em termos nacionais têm-se grandes dificuldades epidemiológicas para o desvendamento da realidade dessas “causas externas”.

No nível municipal foi apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis/Setor de Atenção à Saúde, em junho de 2006, o Protocolo de Atenção Integral à

Saúde da Mulher. Este Protocolo vem instrumentalizar os profissionais na atenção às mulheres e pressupõe uma abordagem mais global, enfatizando a prevenção dos agravos e a promoção da saúde integral da mulher (FLORIANOPOLIS, 2006a, p. 5). O Protocolo ainda coloca que o cuidado à mulher no SUS deve iniciar antes de sua chegada na UBS e que para isso os ACS devem estar preparados e atentos para informar e encaminhar as mulheres, mediante surgimento de questões relacionadas a sua saúde de modo geral e, em especial, a saúde sexual e reprodutiva. Apesar do enfoque na atenção integral, o protocolo aborda ações voltadas apenas à saúde materna, sexual e reprodutiva, com ênfase nos aspectos ginecológicos como consulta pré-natal, consulta de climatério, aleitamento materno, métodos contraceptivos, entre outros. Não menciona a questão da violência. Vale destacar que o Plano Municipal de Saúde vigente (Gestão 2002 – 2005) aponta para a ampliação da vigilância da saúde da mulher, incluindo o problema da violência como uma das prioridades de gestão que deveria ser abordada no plano de ação, contemplado pelo referido Protocolo (FLORIANOPOLIS, 2006b).

Ainda, o município de Florianópolis conta com a Rede de Atenção Integral às Vítimas da Violência Sexual que tem como objetivo fornecer atendimento integrado e de qualidade às vítimas de violência sexual, adultos ou crianças, homens ou mulheres. Esta Rede é formada por profissionais de diversos setores do município, como saúde, segurança pública, justiça e desenvolvimento social. Como produto das discussões da Rede, o município conta desde o ano 2000 com o Protocolo de Atenção a Vítimas de Violência Sexual que vem determinar os caminhos a serem seguidos pelos profissionais da rede pública ou qualquer pessoa que tenha conhecimento ou tenha vivenciado situações de violência sexual.

Observa-se que todas essas ações das políticas públicas, tanto em nível geral quanto específico do setor saúde, viriam formar uma rede de proteção social para as mulheres em situação de violência. Porém, estas ações não são integradas o suficiente para que esta rede se concretize. Para que isso ocorra, primeiramente, todas essas ações devem ser visíveis e de conhecimento dos setores sociais, para então possibilitar o desenvolvimento de ações intersetoriais e a atenção integral as mulheres em situação de violência. Nesta perspectiva de análise, apresenta-se no capítulo seguinte como estão sendo desenvolvidas as ações voltadas às mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC.

3 A ATENÇÃO A MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO COTIDIANO DOS SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS/SC

3.1 Metodologia

A metodologia é entendida por Minayo (1994a, p.22) como “o caminho e o instrumental próprios de abordagem da realidade”. Desse modo, a metodologia “ocupa lugar central no interior das teorias sociais” à medida que participa intrinsecamente da visão social de mundo veiculada na teoria. A metodologia não é a forma exterior, mas sim a própria alma do conteúdo “porque ela faz a relação entre o pensamento e a existência e vice-versa”. É a metodologia que explica as escolhas teóricas fundamentais, o conjunto de técnicas que possibilitam apreender a realidade explicitando as implicações do caminho a ser percorrido durante essa apreensão.

A partir da perspectiva dialética o conhecimento tem um caráter aproximado, pois é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida. É um processo de tentativas que multiplicam pontos de vista diferentes e vão dando formas mais definidas ao objeto. De acordo com Minayo (1994a, p. 11) a dialética “abarca não somente o sistema de relações que constrói o modelo de conhecimento exterior ao sujeito, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados”. Para a dialética, o conhecimento é totalizante e a atividade humana, em geral, é um processo de totalização, que nunca alcança uma etapa definitiva e acabada. Dialeticamente, isso significa que qualquer objeto que o homem consiga perceber ou criar é parte de um todo e, em cada ação empreendida, o homem se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Para encaminhar soluções para tal problema é necessário que o homem tenha uma certa visão de conjunto, para então avaliar a dimensão de cada elemento que compõe tal conjunto. Konder (1981), ao analisar a totalidade em Marx, explica que

A visão de conjunto – ressalve-se – é sempre provisória e nunca pode pretender esgotar a realidade a que ele se refere. A realidade é sempre mais rica do que o conhecimento que a gente tem dela. Há sempre algo que escapa às nossas sínteses; isso, porém, não nos dispensa do esforço de elaborar sínteses, se quisermos entender melhor a nossa realidade. A síntese é a visão de conjunto que permite ao homem descobrir a estrutura significativa da realidade com que se defronta, numa situação dada. E é essa estrutura significativa – que a visão de conjunto proporciona – que é chamada de totalidade [...] a totalidade é mais

que a soma das partes que a constituem [...] Há totalidades mais abrangentes e totalidades menos abrangentes [...] A maior ou menor abrangência de uma totalidade depende do nível de generalização do pensamento e dos objetivos concretos dos homens em cada situação dada (KONDER, 1981, p. 38-39).

Trazendo o debate para o campo da saúde, Minayo (1994 a) aponta que, ao se instituir nem como uma disciplina nem como um campo separado das outras instancias da realidade social, a saúde apresenta as mesmas vicissitudes, avanços, retrocessos, interrogações e perspectivas da totalidade sociológica da qual faz parte. Sua especificidade é dada pelas inflexões ideológicas, políticas e socio-econômicas ligadas ao saber teórico e prático sobre saúde e doença, sobre a organização, a administração e avaliação das ações e serviços e dos usuários dos sistemas de saúde. É a partir desse caráter que está sua abrangência multidisciplinar e o reconhecimento de que o campo da Saúde mostra uma realidade complexa que demanda a integração de conhecimentos distintos e que coloca de maneira imediata a questão da intervenção. E nessa perspectiva que ele requer uma abordagem dialética que possa “compreender para transformar e cuja teoria, desafiada pela prática, a repense permanentemente” (MINAYO, 1994^a, p.13).

Diante do exposto, o capítulo que segue apresenta dois momentos do processo investigativo. No primeiro são descritos os procedimentos metodológicos tais como, tipo de pesquisa, sujeitos, universo da pesquisa e instrumentos de coleta de dados que orientaram a pesquisa. E no segundo momento são apresentados o percurso da pesquisa e os dados obtidos.

3.1.1 Procedimentos metodológicos

Este trabalho está delineado, por um lado, pela revisão bibliográfica, pois é ela que permite o conhecimento de diferentes pontos de vista acerca do tema, os diferentes ângulos de abordagem do problema que buscam identificar definições, categorias de análise, conexões e mediações com outros temas. A importância da realização das leituras acerca do tema é um exercício de crítica teórica e prática, além de, principalmente, proporcionar a reconstrução do objeto de pesquisa. Por outro lado, este trabalho compreende também procedimentos empíricos

que viabilizam uma pesquisa²⁹ de caráter qualitativo considerando que esta se adequa a busca de respostas para questões particulares, que para as ciências sociais são difíceis de serem quantificadas. Trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes (MINAYO, 2000). A questão da amostragem em pesquisa qualitativa merece comentários especiais, pois seu critério não é numérico como nas pesquisas quantitativas. Há menos preocupação com generalizações e mais com o aprofundamento e abrangência da compreensão dos sujeitos pesquisados. Para Minayo (1994a), a amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões, ou seja, a “validade da amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões” (MINAYO, 1994a, p.103). Então, baseado nessa afirmação e mediante a preocupação com a representatividade do estudo, foram definidos os sujeitos da pesquisa, os instrumentos e análise de dados.

3.1.2 Sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa são, primeiramente, construídos teoricamente enquanto elementos do objeto de estudo. Na pesquisa empírica os sujeitos são parte de uma interação social com o pesquisador, o que possibilita a criação de um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e questões teóricas, num processo amplo de construção de conhecimento (MINAYO, 1994 a).

Os sujeitos desta pesquisa foram os coordenadores das UBSs de Florianópolis enquanto representantes dos serviços de atenção básica. Entende-se que o profissional de saúde, ao ocupar a posição de coordenador, tem conhecimento de todo o funcionamento e as ações desenvolvidas na UBS a qual pertence. Além disso, é um profissional inserido na atenção básica e também, mesmo ocupando a função de coordenador, não deixa de desenvolver a prática assistencial enquanto membro de uma equipe de Saúde da Família. Ainda, enquanto coordenador, tem a função de mediar as proposições da Secretaria Municipal de Saúde até o serviço, ou seja, fazer com que estas proposições cheguem aos profissionais e fiscalizar se estão sendo desenvolvidas ou

²⁹ A Pesquisa é entendida como a atividade básica das Ciências na sua indagação e descoberta da realidade. É compreendida como uma atitude e uma prática teórica de permanente busca que define um processo intrinsecamente inacabado e constante. É uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca acaba, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 1994 a).

não. Dessa forma, pressupõe-se que o coordenador teria conhecimento das ações desenvolvidas, da organização do serviço, das angustias dos profissionais, como também das informações privilegiadas sobre a política assistencial e de formação de recursos humanos. Finalmente, a escolha recaiu sobre o coordenador tendo em vista que este trabalho não postula como objetivo analisar o atendimento realizado por profissionais específicos, ou seja, basear-se em categorias profissionais como a atenção prestada por enfermeiros, médicos ou dentistas.

Uma vez definidos os coordenadores como sujeitos de estudo, a escolha dos mesmos foi realizada a partir de um levantamento do número total de UBS do município de Florianópolis e a distribuição destas nas Regionais de Saúde. Neste levantamento encontrou-se um total de 47 UBS distribuídas em 05 Regionais de Saúde: Regional Continente 10 UBS, Regional Leste 09 UBS, Regional Norte 10 UBS, Regional Sul 13 e Regional Centro com 05 UBS. A partir deste dado realizou-se sorteio buscando proporcionalidade de UBS's a serem pesquisadas de acordo com o número total de UBS de cada regional. Na busca de tornar esta pesquisa representativa foram realizadas entrevistas com 09 coordenadores de UBS's do município distribuídas proporcionalmente entre as cinco Regionais de saúde. Dentre os coordenadores entrevistados encontram-se 01 dentista, 02 médicos, 03 médicas e 03 enfermeiras sendo que, destas últimas, 02 foram indicadas pelos coordenadores para a entrevista. O tempo de experiência de coordenação variou entre 40 dias a 03 anos, no entanto, antes de ocuparem o cargo já atuavam em serviços básicos de saúde e, além das atividades de gestão, ainda desempenham ações na atenção à saúde.

3.1.3 Instrumentos de pesquisa

A abordagem dos sujeitos de uma pesquisa exige a seleção adequada de instrumentos cabendo ao pesquisador, durante a seleção, considerar a viabilidade destes e o alcance dos objetivos da pesquisa. A teoria³⁰ e as técnicas são essenciais para a investigação, mas a experiência e a capacidade criadora do pesquisador também são de grande importância, pois é o pesquisador que pode, pela arte, superar o instrumental técnico. Esta qualidade pessoal do

³⁰ Teoria é entendida como um conjunto inter-relacionado de princípios e definições que servem para dar organização lógica a aspectos selecionados da realidade empírica. [...] A essência de uma teoria consiste na sua potencialidade de explicar uma gama ampla de fenômenos através de um esquema conceitual ao mesmo tempo abrangente e sintético (MINAYO, 1994 a, p.91-92).

pesquisador, suas preocupações sociais, questões e indagações da realidade nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprir.

Para o desenvolvimento desta pesquisa utilizou-se como instrumento a entrevista semi-estruturada, pois se considera que esta permite enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no campo, tendo como norte os pressupostos advindos da definição do objeto de pesquisa. Nesse sentido a entrevista semi-estruturada parte de

certos questionamentos básicos, apoiados em teoria e hipóteses, que interessam a pesquisa, e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante (TRIVINUS, 1987, p.146).

O Roteiro de Entrevista utilizado em entrevistas semi-estruturadas difere do sentido tradicional do questionário, enquanto o questionário compreende hipóteses e questões fechadas, o roteiro contém poucas questões, no entanto visa apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. Assim, o roteiro deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa (MINAYO, 1994a). Para a efetivação desta entrevista foi desenvolvido um Roteiro de Entrevista (Anexo) com questões introdutórias sobre o perfil e organização das UBSs e, questões norteadoras para abordagem do tema, como: A violência contra a mulher faz parte do cotidiano da UBS? Onde as situações de violência contra a mulher são identificadas na UBS? Quais os profissionais que acolhem a demanda? Quais os tipos de violência contra a mulher que aparecem com mais frequência na UBS? Nas situações em que são identificadas situações de violência contra a mulher, qual o procedimento adotado pela UBS? Estas situações são discutidas pela equipe em algum momento? Quais as informações que os profissionais desta UBS dispõem para o atendimento destas situações? As equipes de PSF da UBS receberam algum tipo de capacitação/treinamento/orientação para o trabalho com tais situações?

3.1.4 Procedimento da coleta de dados

O contato com os sujeitos de pesquisa foi realizado a partir dos princípios éticos definidos pelo Conselho Nacional de Ética em Pesquisa em que, após aval da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis /SC, os sujeitos foram esclarecidos sobre a finalidade e objeto da pesquisa, firmando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). As entrevistas foram agendadas previamente e realizadas nos locais de trabalho dos sujeitos, também foram gravadas em fita cassete e transcritas posteriormente. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina em 29/05/2006 sob processo número 150/06. O procedimento esteve de acordo com a Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos.

3.1.5 Tratamento dos dados

Para tratamento dos dados colhidos na pesquisa foi utilizada a análise de conteúdo temática que, para Minayo

consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou, ao contrário, qualitativamente a presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso (1994a, p.209).

Operacionalmente a análise de conteúdo temática compreende três etapas que foram seguidas durante o desenvolvimento do presente estudo:

- **A pré-análise**, que consiste em escolher os materiais a serem analisados; a retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-as frente ao material coletado; e na elaboração de indicadores que norteiem a interpretação final;
- **A exploração do material** que compreende essencialmente a operação de codificação, ou seja, transformação dos dados brutos com o objetivo de alcançar o ponto de compreensão do texto;

- **O tratamento dos resultados obtidos e interpretação.** Esta última submete os resultados brutos a operações simples ou complexas que permitem colocar em destaque as informações obtidas. A partir daí são propostas interferências e realizadas interpretações previstas no seu quadro teórico ou se abrem pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material.

A etapa de exploração do material permitiu desenvolver uma tabela com as principais categorias de análise, os núcleos temáticos e seus núcleos de sentido, que pode ser visualizada a seguir. Já as análises e interpretações dos dados obtidos nesta etapa são descritos no próximo item do trabalho.

Tabela 1 – Síntese dos dados da pesquisa

Núcleos Temáticos	Núcleos de sentido	Elementos de análise	Elementos de análise	Elementos de análise
1. A violência contra a mulher no cotidiano da UBS	<p>1.1 Não identificação da Problemática</p> <p>1.2 Identificação da problemática</p>	<p>1.2.1 . Profissionais que atendem a demanda</p> <p>1.2.2. Tipos de violência</p> <p>1.2.3. Abordagem e/ou conduta em relação à problemática</p>	<p>1.2.1.1. Nível superior</p> <p>1.2.1.2. Nível técnico</p> <p>1.2.1.3. Outros profissionais</p> <p>1.2.2.1. Sexual</p> <p>1.2.2.2. Física</p> <p>1.2.2.3. Psicológica</p> <p>1.2.3.1. Notificação</p> <p>1.2.3.2. Busca de rede de atenção</p> <p>1.2.3.3. Desconhecimento e dificuldade de como conduzir</p> <p>1.2.3.4. Acolhimento e orientação</p> <p>1.2.3.5. Visita Domiciliar</p> <p>1.2.3.6. Encaminhamento para Psicologia em situações mais complexas</p>	<p>Psicólogo</p> <p>Médico</p> <p>Enfermeiro</p> <p>Nutricionista</p> <p>Técnico de enfermagem</p> <p>Recepcionista ACS</p> <p>CEVIC Delegacia da Mulher</p> <p>Protocolo de violência sexual</p>
2. Formação Profissional	<p>2.1. Treinamentos propostos pelo gestor</p> <p>2.2. Falta de formação para trabalhar com questões emocionais e abordagem à mulher</p> <p>2.3. Reuniões de equipe / área como espaço de formação</p> <p>2.4. Ausência de formação técnica</p>	<p>2.1.1. Protocolo de atenção à vítima de violência sexual</p> <p>2.1.2. Introdutório do PSF</p> <p>2.1.3. Violência domestica</p> <p>2.1.4. Violência (não especificada)</p> <p>2.3.1. Discussão do protocolo de atenção à vítima de violência sexual</p> <p>2.3.2. Discussão de casos clínicos</p>		

3.2 A atenção básica à saúde do município de Florianópolis/ SC: contexto da pesquisa

O município de Florianópolis/ SC tem como modelo de atenção básica à saúde a ESF e conta com a equipe mínima de profissionais sugerida pelo MS /SMS que, como visto no Capítulo 1 do trabalho, é formada por profissionais da área médica, enfermagem, ACS e profissionais de saúde bucal (dentista e auxiliar de consultório dentário). Ainda o município dispõe de profissionais de outras áreas, como psicologia, pediatria, ginecologia, psiquiatria e homeopatia que trabalham na perspectiva de áreas de referência. Estas áreas de referência estão organizadas a partir das Regionais de Saúde objetivando atender os usuários referenciados pelas UBSs pertencentes à determinada Regional. Identificou-se que duas UBSs do município desenvolvem suas atividades com equipes ampliadas de atenção básica onde estão inseridos, além de profissionais da equipe mínima, profissionais da farmácia, serviço social, psicologia e nutrição. Esta inserção se dá a partir do Curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade Residência Multiprofissional que se desenvolve por meio de convênio entre SMS e UFSC.

Das 09 UBS pesquisadas, todas elas apresentaram dados sobre os números da população adscrita em seu território de abrangência. Ao tomar como base os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os entrevistados sinalizam para uma discrepância entre estes dados e a realidade local. Para eles - a partir das próprias percepções e dos dados dos cadastros familiares dos ACS - o número real das pessoas residentes na área em que atendem é bem maior do que aquele apontado pelo IBGE. Desta discrepância vem também uma preocupação, pois são os dados do IBGE que servem de base para a alocação de determinado número de equipes nas UBSs conforme o preconizado pelo MS³¹. Nesse sentido, das 09 Unidades pesquisadas 08 apontaram para um número insuficiente de equipes de Saúde da Família considerando o real número de residentes em seu território e, ainda, em 01 das UBS as equipes se encontravam incompletas. O número de equipes em cada UBS pesquisada variou entre 01 e 04 equipes.

³¹ De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, a equipe multiprofissional deve ser responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes. Já o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família (BRASIL, 2006b).

3.3 Os resultados da pesquisa

Os resultados da pesquisa, de acordo com a Análise de Conteúdo Temática proposta como procedimento metodológico, permitiram trabalhar o conjunto das informações colhidas em dois núcleos temáticos: 1) o cotidiano da atenção às mulheres em situação de violência nas UBSs e; 2) a qualificação dos profissionais inseridos nas UBSs para o atendimento a esta demanda. Para melhor organização e exposição dos dados, estes núcleos temáticos foram subdivididos em núcleos de sentido, conforme serão descritos a seguir. A importância em trabalhar estes núcleos temáticos pressupõe uma análise sobre a inter-relação entre os princípios e fundamentos das políticas públicas, principalmente da Política de Saúde de atenção às mulheres em situação de violência e sua efetivação nos serviços básicos de saúde do município de Florianópolis/ SC. Vale ressaltar que com a pesquisa muitos dados foram obtidos, porém tiveram que ser selecionados para atender o objeto e objetivos propostos. Assim, a seguir apresentam-se os dados da pesquisa que compreenderam os dois núcleos temáticos e, ao final, a sistematização das considerações acerca dos dados apresentados. Para melhor exposição dos dados as UBSs foram enumeradas de 01 a 09.

3.3.1 O cotidiano das UBSs de Florianópolis na atenção às mulheres em situação de violência

Este primeiro núcleo temático referido como **o cotidiano da atenção às mulheres em situação de violência nas UBSs** trata das demandas das mulheres em situação de violência que se apresentam no cotidiano das UBSs. A partir deste núcleo temático foram apreendidos dois núcleos de sentido: a **identificação das situações de violência contra a mulher nas UBSs**; e a **não identificação da demanda**.

O primeiro núcleo de sentido relacionado a **identificação das situações de violência contra a mulher nas UBSs** pressupõe conhecer, no cotidiano das Unidades, quais os profissionais que acolhem as situações, quais os tipos de violência identificados, bem como a abordagem profissional diante das situações. Assim, no que se refere a este primeiro núcleo de sentido as falas de três entrevistados enunciam a presença de mulheres que vivenciam violências no cotidiano das UBSs:

Faz, mas é pouco vista, né (**UBS 01**);
 ... a demanda chega até nós (**UBS 04**);
 Sim (**UBS 05**).

Uma das principais questões colocadas em relação a presença das situações nos serviços básicos de saúde é justamente a identificação destas situações e possibilidades de atendimento neste nível de atenção, pois, apenas ter conhecimento que as necessidades das mulheres em situação de violência estão presentes na UBSs não significa, conseqüentemente, que elas serão abordadas e discutidas como demandas possíveis de ser apreendidas no setor saúde, ou ainda, como indica a **UBS 01**, se serão vistas. Outra questão importante é a frequência com que as situações são vistas pelos profissionais no cotidiano das UBSs, como ilustrada pela **UBS 04** que, apesar da fala vir no sentido da demanda estar presente em seu cotidiano, esta ao apresentar dados sobre a frequência das situações ressalta que apenas duas chegaram na Unidade, uma de violência sexual e outra de violência física. Da mesma forma, as Unidades que trazem apontamentos sobre os tipos de violência, ao tentar concretizar a frequência com que estas situações aparecem no cotidiano, limitaram-se a uma ou duas situações por UBS.

...esses dois casos que eu te falei, uma paciente que foi espancada e essa paciente que foi violentada pelo padrasto (**UBS 04**).

um caso que nós encontramos de violência foi o estupro (...) outro caso, a pessoa fez uma queixa de violência física (...) e justamente esses são os casos que a gente toma conhecimento (**UBS 07**).

Em relação aos **profissionais que acolhem e atendem** as mulheres em situação de violência, os entrevistados indicam que essas situações podem ser atendidas em diferentes espaços da UBS e por aqueles profissionais que possuem contato com as usuárias do serviço. Como pode ser observado nos apontamentos abaixo, das **UBSs 04, 08 e 05**, o atendimento não está delimitado pela formação profissional, mas relacionado tanto com o vínculo estabelecido na relação profissional-usuária, quanto pela disponibilidade dos profissionais no momento da procura:

...o profissional que tá ali no balcão ... que faz, primeiramente, o acolhimento ...o balcão que é a porta de entrada (**UBS 04**);

...o profissional que o paciente tem mais empatia, pode ser o técnico, o médico, o enfermeiro (**UBS 08**).

Desde o técnico, enfermeiros, médicos, psicólogos, nutrólogos e todo tipo de profissional que sabe acolher realmente (**UBS 05**).

Agora com as psicólogas também... se bem que elas estão há pouco tempo – 3 meses – e a gente não teve nenhum caso, mas com certeza se acontecer, tendo as psicólogas no posto, a gente vai pegar uma orientação delas e tentar inserí-las na situação. Eu acredito que elas vão estar bem mais preparadas do que a gente (...) com as psicólogas aqui a gente vai poder fazer melhor. Acredito que elas tenham como trabalhar isso da melhor forma. Como abordar a paciente de forma que ela se sinta a vontade de falar, que ela consiga expressar sem medo (**UBS 06**).

No entanto, o sujeito da **UBS 06**, apesar de colocar que nunca houve demandas envolvendo situações de violência contra a mulher na Unidade a qual pertence, sugere que a inserção da psicologia na Unidade vai trazer maior qualificação na atenção às situações. Dessa forma, delega a abordagem da temática a profissionais não inseridos na equipe mínima de Saúde da Família, porém, como visto anteriormente, a realidade das equipes das UBSs do município estudado segue a preconização mínima do MS. A inserção de outras áreas profissionais, como a psicologia, tem a função de áreas de referência.

Em relação ao vínculo profissional-usuária os entrevistados o consideram, assim como a escuta qualificada, como meio importante para o desenvolvimento da atenção às necessidades das mulheres que muitas vezes não é trazida ao profissional como uma demanda explicitada, mas pode ser desvendada durante a atenção prestada na UBS:

...essa mulher geralmente não vem com um discurso claro, mas quem exerce a escuta qualificada sempre percebe essa mulher no meio da demanda do dia-a-dia no serviço de saúde (**UBS 05**).

É muito difícil da pessoa falar, ela só fala quando a gente sente que ela tá confiando naquele profissional, quando ela se sente um pouco amparada (**UBS 07**).

Ainda, ao olhar com atenção para as várias UBSs pesquisadas, percebe-se que existe uma distinção na forma de recepção e acolhimento das demandas nestas Unidades, o que evidencia processos de trabalhos distintos na construção desta etapa de atendimento, mesmo no contexto interno do município. Nesse sentido, de acordo com Merhy (1997) podem existir maneiras

distintas de práticas no mesmo serviço, dependendo de quem está executando o trabalho, em que momento e também da relação de vínculo que o usuário mantém com o profissional. Dessa forma, o autor considera que o trabalhador de saúde dispõe de certa autonomia para “decidir coisas” durante a atenção que presta ao usuário, assim, com a sabedoria e prática exerce um certo “autogoverno” para intervir no modo como recebe o usuário, que pode ser de maneira mais burocrática e padronizada ou mais acolhedora, pode decidir se o usuário está em situação de maior ou menor “necessidade” por serviços naquele momento. Nesse sentido, qualquer “trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo” (MERHY, 1997, p. 76).

Em relação aos **tipos de violência contra a mulher que aparecem nas UBSs**, os entrevistados citam a violência física, a psicológica e a sexual. Uma das falas caracteriza o tipo de violência pelo seu agressor:

Já chegou violência sexual, espancamentos, casos bem importantes, mas a maioria é violência psicológica (**UBS 03**);

A física. A psicológica também a gente percebe, mas a sexual não chega (**UBS 06**).

Olha, a violência psicológica é difícil a gente perceber, talvez a psicóloga perceba mais. O que nós percebemos foi a física (**UBS 07**).

...violência física a gente quase não vê aqui, assim... pelo menos não é atendida aqui. Agora a psíquica é freqüente. A violência sexual não é detectada agudamente, tem é a história pregressa do abuso sexual há anos atrás e tal..., mas o abuso recente ou que tá acontecendo no momento, não (**UBS 01**).

O que a gente mais percebe é do esposo, do companheiro, que agride fisicamente, verbalmente (**UBS 08**).

No que se refere a **forma de abordagem dos profissionais no atendimento às mulheres em situação de violência**, os entrevistados sinalizam para diferentes abordagens. A realização da **notificação compulsória** apareceu em duas falas como procedimento de atenção à violência sexual, no entanto a legislação específica existente sobre a notificação compulsória nos serviços de saúde coloca a notificação como obrigatória para todos os tipos de violências sofridas pela mulher (Lei 10.778 de 2003). As entrevistas mostram que mesmo quando a notificação é

realizada, a atenção acaba nesse procedimento, não existindo a atenção na própria unidade de saúde ou qualquer referência a outros serviços:

A gente acaba ligando e comunicando, porque tem que comunicar (**ULS 04**);

... a gente faz a notificação (**ULS 02**).

Outra abordagem adotada mediante a problemática diz respeito à **busca da rede de atenção** do município de Florianópolis. Os entrevistados que chegam a abordar as situações utilizam, além do encaminhamento para a Delegacia de Atenção à Mulher ou para o Centro de Atendimento à Vítimas de Crime (CEVIC), o Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual do município, sendo que a opção por um desses encaminhamentos está relacionada ao tipo de violência atendida:

A Delegacia da Mulher, a gente entra em contato. Primeiro socorre, é lógico, porque a gente tem atenção a essa agressão física, dá orientação. Eu, particularmente, peço orientação da Delegacia da Mulher, coloco à disposição à ela, e tendo encaminhar e proteger essa mulher dentro dos parâmetros e sabendo que ela está em risco (**UBS 05**).

Um caso que nós encontramos de violência foi o estupro e a pessoa engravidou, então foi encaminhada pro Hospital Universitário, pro serviço de avaliação, e a pessoa teve o aborto realizado (...) os encaminhamentos que tem que ser dados e a conduta com relação ao caso: se precisa medicar, se precisa fazer exame, se precisa encaminhar pra algum lugar. O encaminhamento, no caso, é procurar a polícia (**UBS 07**).

Conforme abordado no Capítulo 2, Florianópolis dispõe de um Protocolo de atenção para os casos de violência sexual, o qual inclui um Fluxograma com orientações práticas para todos os profissionais da rede municipal, inclusive a saúde. Apesar da importância desse protocolo para a abordagem da violência sexual, observa-se certa limitação quanto à orientação de atendimento para os demais tipos de violência e, inclusive, para a própria violência sexual não explicitada (o protocolo não sinaliza para assédios, sexo forçado na relação conjugal, dentre outros considerados “menos” graves, para maiores de 18 anos, para os menores de 18 anos a indicação e realizar notificação ao Conselho Tutelar). Quanto aos encaminhamentos preconizados pelo Fluxograma o relato do entrevistado da **UBS 07** coloca como função das UBSs - enquanto porta

de entrada - identificar a violência a partir de uma visão predominantemente biológica, focada em exames clínicos e laboratoriais, e proceder ao encaminhamento para o nível hospitalar.

Já as situações de violência física envolvendo a mulher, principalmente no espaço doméstico, vistas pelos profissionais de saúde apenas como um problema policial, muitas vezes, não corresponde a real demanda das mulheres que procuram os serviços de saúde. De acordo com as contribuições de Schraiber e D'Oliveira (1999) e Brandão (1996), as mulheres que se queixam raramente consideram essas queixas como crimes ou passíveis de penas, como só têm nas Delegacias um recurso visível para o enfrentamento do problema, as mulheres acabam buscando nestes serviços uma forma de mediação do conflito vivido no espaço privado. Entretanto, assim que percebem que o setor policial não reconhece suas demandas, as mulheres tentam adequá-las à linguagem criminal, denunciando, por exemplo, que o companheiro está perturbando a família com bebedeiras e amantes, considerando que assim enunciados não se enquadram como crimes previstos de punição. Por outro lado, os trabalhadores das Delegacias tampouco compreendem estas demandas das mulheres como possíveis de serem abordadas neste campo de atuação, pois, muitas vezes, não são enquadradas como crimes e percebem nas mulheres a intenção de não punirem seus maridos. E é desse movimento que até bem pouco tempo atrás (anteriormente a Lei Maria da Penha), muitas das mulheres retiravam a queixa policial. Para Brandão (1998)

A retirada da queixa não é, entretanto, percebida pelas mulheres como contraditória ao movimento que as levou a registrá-la. Ao contrário, elas tendem a retomar a negociação com o acusado em uma posição superior à qual se encontravam anteriormente. Na ótica dessas mulheres, a suspensão do processo seria, então, não um ato contraditório à denúncia, mas um elemento que pode favorecer o retorno da reciprocidade rompida, que é muitas vezes o seu interesse principal (...) usuárias e trabalhadoras divergem, portanto, quanto às expectativas de intervenção possíveis das Delegacias (BRANDÃO, 1998).

Diante disso, as mulheres que buscam os serviços de saúde, já o fazem porque consideram que sua demanda não é para o setor policial, mas sim pode ser abordada na saúde, pois naquele momento, está sendo sentida ou nomeada como causadora de alguma alteração vital:

Da perspectiva das mulheres, todo o sofrimento que levam aos serviços de saúde é potencialmente doença, e como tal pode e deve ser diagnosticado e tratado com base em um saber científico e, portanto, bastante legitimado. Esta nos parece ser a expectativa das mulheres em serviços de saúde em razão de sua própria constituição como usuárias (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999, p.8).

Ou ao contrário da autora, podem não considerar como uma doença, mas vêm na UBS uma possibilidade de abordagem da questão, ou porque não querem tratar a situação no setor policial ou porque buscam dos profissionais que estão tão “próximos”, no nível local, uma resposta positiva para suas necessidades. No entanto, podem se deparar com a não acolhida neste último setor que, ainda lhe recoloca como única alternativa a Delegacia, e para as violências sexuais, no caso o estupro, a emergência ginecológica hospitalar.

Ainda, a pesquisa sinaliza para a realização de encaminhamentos pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família aos serviços de referência de psicologia, indicando o psicólogo como o profissional de saúde mais capacitado para trabalhar com a questão:

A gente encaminha pra Psicologia fazer um trabalho mais de amparo, pra ver se a pessoa se encoraja de uma forma ou de outra para agir em relação àquela situação (ULS 07).

Nas UBSs onde há a identificação de situações e buscou-se prestar algum tipo de **atenção na própria UBS**, o procedimento adotado pela equipe é a “orientação”. Um dos entrevistados, apesar de inicialmente relatar que as situações de violência não estariam presentes no cotidiano do serviço, sinaliza para formas de abordagem na própria UBS para as mulheres em situações de violência psicológica, reafirmando a não existência de outros tipos de violência:

O que tem acontecido no caso da violência psíquica é a organização da conversa com o paciente. Orientando quais são as entidades que ele pode procurar, se ele quiser fazer qualquer denúncia ou qualquer efetivação do que ele tá reclamando... A gente pode orientar o que fazer. Mas aqui não teve nenhum caso de violência física e nem sexual que a gente tenha sabido (UBS 01);

Até tive um caso recente aqui que ela teve muito medo e ela muito preocupada e ela sofre quieta com a situação. Ela vem ao posto para descarregar, para contar o que está acontecendo. Enquanto profissional a gente acaba orientando a paciente (UBS 08).

A pesquisa desenvolvida ainda aponta **dificuldades** vivenciadas pelos profissionais de saúde na abordagem as situações de violência contra a mulher sendo que, algumas vezes, a

queixa pode ser identificada, porém os profissionais não se sentem amparados para proceder com o atendimento, conforme a fala a seguir:

Algumas vezes até são identificadas, mas a gente não consegue ir além dessa identificação. É uma identificação, até acho que subjetiva, uma coisa nova que a gente percebe que ta acontecendo, que a gente identifica, mas não consegue sair daquilo ali (**UBS 06**).

Contudo, não significa que essa não aconteça na comunidade ou que as usuárias não tentam, de alguma forma, trazer a situação. De acordo com Schraiber et al (2003, p.44), a revelação das mulheres pelo vivido guarda a essencial relação com o que as move para esta revelação podendo ser compartilhada com pessoas de seu convívio íntimo ou partir para busca de apoio institucional. “Quando há percepção da perda de um direito a mulher vai à delegacia ou ao advogado em busca da recuperação desse direito”. A suposição dos autores é que “quando há também a percepção de que é a situação de violência vivida a que responderia por agravos à saúde, ou danos físicos e/ou mentais, a mulher que vive esta situação demandaria ao serviço de saúde ajuda específica para lidar com seu sofrimento, ou para responder a suas necessidades de terminar com este sofrimento, melhorando sua saúde. Assim, o modo de revelar e o que exatamente será dito nesta revelação dependerá a quem, ou a qual instituição, a violência vivida será contada”. Os próprios profissionais reconhecem essas dificuldades:

Não tenho como garantir que não atendi alguém, não que foi relatado... talvez pelo próprio medo da mulher de fazer uma notificação do acontecido (**UBS 02**);

A gente vê alguns casos que a mulher apanhou do marido, mas elas não querem denunciar, não querem falar (...) Mesmo que a gente desconfie que esteja acontecendo, a gente não consegue uma abertura da mulher. Não é uma coisa que chega pra gente (**UBS 06**);

Os outros que acontecem sutilmente, as vezes a pessoa não tem coragem de dizer e passa, né, despercebido (**UBS 07**);

Teve um caso interessante que me chamou a atenção há algum tempo atrás que a paciente foi medicada, estava cheia de hematomas e ela dizia que não, a gente via que ela tava toda machucada e ela dizia que não (...) a gente vê casos, aparecem, aí eu procuro orientar a paciente, mas percebo que elas tem muito medo, medo de chamar a policia... (**UBS 08**).

Todas as falas remetem o não atendimento ao não relato da mulher, atribuindo este não relato aos medos que a mulher sente ou mesmo a sua vontade de não revelar. Quanto aos medos, duas das falas indicam que este estaria relacionado a realização da notificação. Vale ressaltar que a realização da notificação compulsória (obrigatória) pelos profissionais de saúde não envolve dados pessoais da mulher, apenas serve para obtenção e leitura de dados epidemiológicos de determinado território e/ou população ou mesmo da população em geral. Assim, a partir da leitura e sistematização destes dados poder-se-ia identificar quais as áreas com maior índice de violência contra a mulher e, por exemplo, planejar ações no sentido da prevenção destas situações. Não aparecem nas falas dos entrevistados indicações sobre o espaço de atendimento, tanto físico quanto de tempo que, dependendo das condições, pode se apresentar mais ou menos favorável para a escuta das mulheres. Ou seja, um local sem o mínimo de privacidade e um período muito curto de tempo para realização de atendimentos poderiam contribuir para a não abordagem da temática da violência.

O segundo núcleo de sentido denominado a **não identificação das situações de violência contra a mulher nas UBSs** esteve bastante presente nas falas dos entrevistados predominando um discurso que, de imediato, nega a existência da problemática:

... é muito pouco vista... nunca aconteceu que viesse aqui a queixa (**UBS 01**).

...não chega, eles vão direto para o hospital (**UBS 03**).

Não faz e é muito pouco discutida (...) nunca chegou pra gente (**UBS 06**).

Esta não identificação das situações nas UBSs vem sinalizar para a invisibilidade da questão no setor saúde, que não é uma realidade exclusiva do município de Florianópolis. Como já abordada por outros estudiosos do tema e até mesmo pelo próprio MS essa invisibilidade está presente na realidade dos serviços brasileiros de atenção básica. Conforme dados de pesquisa cerca de 30% das mulheres que utilizam os serviços básicos de saúde já viveram algum episódio de violência, sendo que destes, em torno de 80% apontam para a violência conjugal que tem como principais características a repetitividade e a tendência a se tornarem cada vez mais graves. Por estar associada a maiores índices de queixas, dor de cabeça, insônia, ansiedade, problemas intestinais, sofrimentos psíquicos em geral, dores pélvicas, dentre outras, as mulheres que sofrem

violência tendem a utilizar intensamente os serviços de saúde. Para Schraiber et al (2002, 1999), apesar desta associação com aspectos fisiológicos, a violência não é reconhecida nos diagnósticos realizados nos serviços de saúde visto que, ao não reconhecerem a violência contra a mulher como uma “doença”, os profissionais, principalmente da área médica e de enfermagem, não a reconhecem como situação que pode ser atendida na saúde, a não ser que haja alguma base anátomo-patológica objetiva para justificá-la e, caso apareça este último diagnóstico, a doença pode ser acolhida enquanto a violência perde seu sentido e importância.

Em relação aos dados da violência, as contribuições de Schraiber et al (2003) apontam ainda para outro aspecto importante que são as diferentes compreensões que as mulheres e os profissionais de saúde tem em relação à violência. Em seu estudo intitulado “Violência vivida: a dor que não tem nome”, a autora entrevista mulheres que frequentam serviços de saúde e encontra dados bastante significativos em relação a compreensão destas do que é a violência. A maioria absoluta das mulheres que relataram durante as entrevistas ter sofrido agressão física, psicológica ou sexual não consideraram o episódio como “violência”. O termo “violência” para as mulheres entrevistadas esteve relacionado a situações graves ocorridas na esfera pública, o espaço doméstico não aparece na definição de violência. Isto vem expressar como a compreensão da violência tanto pelas mulheres quanto pelos profissionais de saúde pode gerar “impasses comunicacionais” que interferem diretamente na atenção à estas situações. Isto pode ser percebido em uma das entrevistas que, apesar de inicialmente o entrevistado colocar que no dia-a-dia da UBS não chegam mulheres em situação de violência, no decorrer da entrevista situa que

A maioria é violência psicológica, muitas vezes nem a própria mulher se dá conta, já está acostumada com aquilo (**UBS 03**);

Porém, no decorrer da entrevista, não apresenta dados que possa identificar qual o tipo de abordagem ou procedimento adotado nestas situações. Assim, o profissional, além de saber identificar a violência contra a mulher, como indicada na fala, deve saber acolher esta demanda e, juntamente com a mulher, compreender as questões colocadas por ela naquele momento. Outra questão preocupante é o sub-registro das situações de violência vivenciadas pelas mulheres em que há a revelação do vivido ao profissional, mas este “não lhe dá a importância” e deixa de abordar ou até mesmo anotar no prontuário da usuária, o que poderia servir de subsídios para novas abordagens e até abordagens de outros profissionais que tem acesso aos registros. E ainda,

há profissionais que não acolhem a demanda trazida pela mulher, pois compreendem que a queixa da mulher não corresponde com o ocorrido:

Não, algum tempo atrás uma enfermeira fez o acolhimento de uma mulher que disse que havia sofrido violência sexual, mas acho que foi história, a enfermeira ficou em dúvida e passou ao médico, e o médico que atendeu também ficou em dúvida, no final acharam que não era abuso sexual (**UBS 02**).

Esta percepção dos profissionais sobre a queixa de violência sexual trazida pelas mulheres apresenta-se preocupante à medida que pode não haver uma abordagem técnica e sensibilizada da questão, mas sim ser apreendida pelo profissional somente a partir de julgamentos do senso comum. Além do mais, a centralidade da atenção estaria nos “achados” médicos e não na usuária enquanto demandante do atendimento. Essa questão remete para o segundo núcleo de sentido, descrito a seguir, que é a formação e/ou capacitação profissional para lidar com as demandas das mulheres que vivenciam violência, que pressupõe uma abordagem com embasamento técnico com possibilidades de compreensão e transformação das queixas das mulheres em demandas para o serviço de saúde.

3.3.2 A qualificação dos profissionais de atenção básica na atenção as mulheres em situação de violência

O segundo núcleo temático se refere ao conjunto de informações que o profissional dispõe para lidar com mulheres em situação de violência. A partir das entrevistas, quatro núcleos de sentido foram articulados: **conhecimento de instrumentos que dão apoio à prática, treinamentos propostos pelo gestor, treinamento em serviço e a formação insuficiente** para trabalhar na abordagem as mulheres em situação de violência.

Como identificado no capítulo 2 do trabalho, existem diversas proposições através dos Ministérios e Secretarias Especiais sobre treinamentos, formação e/ou capacitação sobre a violência contra a mulher. Especificamente na saúde, esta questão vem sendo tematizada a partir de alguns instrumentos que servem de apoio para a prática profissional, como a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulheres e

Adolescentes; o Caderno de Atenção Básica sobre a Violência Intrafamiliar – Orientações para a prática em serviço; a Cartilha sobre Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar e os Protocolos de Atenção desenvolvidos no nível municipal. Estas publicações enfatizam a necessidade de criar nos serviços públicos de saúde a oportunidade sistemática de discussão, sensibilização e capacitação das equipes para melhor enfrentamento da temática da violência, especialmente da violência contra a mulher no âmbito familiar.

Em relação as informações e aos instrumentos que auxiliam os profissionais na atenção às mulheres em situação de violência, a maioria dos entrevistados tem conhecimento do Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual desenvolvido pela SMS e a parceria com o Centro de Atendimento à Vítimas de Crime (CEVIC):

Só esse protocolo que foi de dois anos e meio atrás, que a gente tem uma pasta separada que a gente sabe que pode acessar quando necessário. Daí ali tem o protocolo de atenção, que encaminha pro HU quando é adulta e pro Infantil quando é criança (**UBS 01**);

Tem as competências do próprio fluxograma da secretaria de saúde, já desde 2004, que foi quando veio o fluxograma, basicamente é de referencia mesmo, na ULS tem mais ações de acolhimento, orientação, se conseguir já prevenir, prevenção de DST (...) eles centralizaram bastante no hospital (**UBS 03**);

A gente tem o protocolo, que tem até o fluxograma do atendimento. E tem o CEVIC. São esses os lugares que a gente tem pra encaminhar. Daí ali, quando é pelo fluxograma a gente encaminha pelo fluxograma. E a gente acaba dando um jeitinho, quando a gente não consegue. Às vezes a gente tem um conhecido, liga pra lá, liga pra cá, aí a gente acaba encaminhando. Nem sempre a gente consegue (**UBS 04**);

O fluxograma do CEVIC. Da agressão intrafamiliar. Então, tem esse fluxograma de encaminhamento (**UBS 05**);

A gente tem até o protocolo de encaminhamento no caso de violência à mulher e nunca foi usado (**UBS 06**).

Conforme indicam as falas, para os atendimentos às mulheres em situação de violência, os profissionais compreendem como informações e instrumentos de apoio ações exteriores à UBS como o citado Protocolo de Atenção às Vítimas de Violência Sexual e o CEVIC. No entanto, como já visto, o referido Protocolo atende apenas violência sexual e, como aponta duas das falas acima, a atenção a partir deste Protocolo se realiza apenas no nível hospitalar.

Quando ao segundo núcleo de sentido apreendido através da **formação e/ou capacitação proposta pelo gestor**, os profissionais que referem ter participado de algum tipo de formação citaram a capacitação em relação ao Fluxograma da Rede de Atendimento à Vitima de Violência Sexual e o curso introdutório do Programa de Saúde da Família (PSF), que abordaram pontualmente a temática da violência.

Na semana passada, quinta e sexta enviamos dois enfermeiros (...) era um curso de violência sexual (...) o curso foi lá na Eletrosul, foi uma parceria com a SMS ligado a saúde da mulher, para funcionários da rede. Ontem os ACS tiveram capacitação sobre violência, porque eles estavam meio por fora assim, não sabiam como identificar, acho que a partir da capacitação já vão... até agora os ACS não trouxeram nenhuma situação, até agora não, os ACS da nossa equipe eram Agentes que entraram novos, então não. Eu acho que a partir de agora, dessa capacitação eles vão começar a ficar mais... Até porque a gente cobra muito marcador, então eles vão nas visitas e ficam mais preocupados com isso e as vezes não direcionam para outras coisas, então a partir do momento que você capacita eu acho que... Porque a gente ta fazendo curso, capacitação, toda semana um tema diferente, se a entrevista fosse uma semana atrás não teria o curso dela (da enfermeira), nem essa capacitação (**UBS 03**).

Todavia, as falas dos entrevistados sobre os treinamentos e/ou capacitações **propostos pelos gestores** indicam disparidades entre o que é preconizado pelas políticas de atenção a mulher em situação de violência e o que tem sido apresentado aos profissionais de saúde, conforme aponta o entrevistado da **UBS 08**:

Acho importante, acho interessante a capacitação para todos os profissionais da rede, da enfermagem, seria interessante, porque tem muita coisa que para a gente aqui na ponta não chega (**UBS 02**);

Tem muita coisa que fica só no MS e não chega ao serviço (**UBS 08**).

A outra modalidade de formação e/ou capacitação foi trazida pela entrevistada da **UBS 05**, denominada por ela **de treinamento em serviço**. Vale destacar que esta Unidade é uma das UBSs do município que conta com equipes ampliadas de Saúde da Família em virtude do convênio entre SMS e UFSC que desenvolve o Curso de Especialização em Saúde da Família, na modalidade Residência Multiprofissional. Dessa forma, a inserção de outros profissionais na equipe de Saúde da Família, a partir do processo de trabalho multiprofissional, vem contribuir

para a troca de conhecimentos em relação a diversas temáticas e, especificamente, a temática da mulher em situação de violência:

Tem um treinamento em serviço que é feito através do trabalho das residentes de Psicologia e Serviço Social que no cotidiano vêm trazendo sistematicamente essas informações pros trabalhadores de saúde (**UBS 05**).

E ainda, em algumas UBSs as falas vêm no sentido de que pouco se tem investido para que as diretrizes das políticas, as normatizações e instrumentos sejam de conhecimento dos profissionais, enquanto norteadores de suas práticas. Neste sentido, alguns referem não ter participado de **nenhum tipo de qualificação ou formação**, por outro lado, alguns profissionais que tiveram contato com a temática, indicam que este foi insuficiente para amparar a prática, conforme os apontamentos:

Não me recordo desse tema (**ULS 08**);

Capacitação tem muito pouco. De como abordar o paciente, nada disso a gente tem capacitação. É tudo meio que na intuição, na experiência do dia-a-dia. Aí a gente tem o protocolo de atendimento, se a mulher chegou aqui, o quê que a gente faz? Se encaminha, tal (...) O único treinamento que a gente teve foi do fluxograma, de onde mandar, pra onde mandar. Mas como abordar o paciente, não. Por exemplo, nessas famílias que a gente sabe que a mulher tá lá apanhando do marido, ou que de repente sofre pressão psicológica, como é que eu vou chegar pra esse paciente? Como abordar esse paciente? Isso a gente não teve. Aí tu usa a experiência do dia-a-dia e a intuição. Acharo que assim vai ser da melhor forma. Mas a gente não tem uma orientação (**UBS 06**);

Eu desconheço, estou aqui há dois anos, nesse período nunca foi colocado um curso sobre este tema (**UBS 02**);

No protocolo de atenção só. Teve uma capacitação naquela época. Mas essa segunda equipe, que foi montada há seis meses, não teve essa capacitação. A primeira equipe sim, essa segunda equipe foi montada só em dezembro de 2005. Antes nós éramos uma equipe só pra toda essa unidade. Naquela época, 2 anos e meio atrás, teve essa capacitação. Que era a Saúde da Mulher do município que tocava (**UBS 01**);

Aí eu não sei te dizer. Eu não posso te dar essa informação porque eu não tenho conhecimento. Eu recebi quando eles implantaram esse fluxograma, e eles chamaram todo o pessoal da equipe pra fazer uma capacitação do protocolo. E também, eu tive um treinamento sobre violência doméstica junto com os agentes de saúde. Os agentes de saúde tiveram, mas não sei se todos. E agora faz bastante tempo que os agentes não têm nenhuma capacitação, mas faz parte da capacitação

deles uma capacitação daquele pessoal que a gente encaminha as mulheres e crianças vítimas de violência que faz parte do SOS criança. (...) Agora dos agentes daqui eu não sei te dizer. Os mais antigos eu sei que fizeram, agora tem uma turminha, de uns seis agentes que entraram que eu sei que não fizeram a capacitação. E isso faz bastante falta no trabalho delas, porque elas captam bastante coisa (**UBS 04**);

Não. Não, enquanto eu estou aqui. Faz um ano que estou na unidade (**UBS 05**);

Eles quando fazem treinamento, eles não treinam a equipe toda, eles treinam uma parte, um elemento de cada equipe. Eu, particularmente, não recebi treinamento ainda. E agora começou um curso preparatório pro PSF que vai até novembro... e não me lembro se tem algo sobre violência nesse curso. Talvez esteja na parte de protocolo de atenção que aí fala da conduta ao tipo de atendimento. Mas, aqui os funcionários... nesta unidade, como é uma unidade muito nova e não foi feito concurso pra cá, os funcionários vieram de outras unidades, então eles já podem ter sido capacitados em outros momentos. Mas eu não (...) porque durante o tempo que eu estou aqui, realmente, eu não me lembro (**UBS 07**).

Observa-se nas falas dos entrevistados que estes, enquanto coordenadores, não dispõem de total conhecimento em relação aos cursos de formação e/ou capacitação em que os profissionais alocados na UBS a qual pertencem participam. Um dos fatores que pode contribuir para que isto ocorra é a maneira como são propostas essas ações de capacitação, como visto nas falas, se direciona muito mais para as áreas profissionais do que para a equipe como um todo. Outra questão que merece destaque é a rotatividade de profissionais no setor que pode estar relacionada com a forma de vínculo empregatício. Sabe-se que no município estudado há um grande número de profissionais vinculados ao setor saúde por meio de “contratos temporários” que, no serviço público, não pode exceder a dois anos. Em relação aos ACS a situação ainda é mais delicada, pois a profissão de ACS é bastante recente e se encontra em processo de regulamentação, inclusive quanto a forma de vínculo. No município de Florianópolis os ACS são “vinculados” por intermédio de uma Associação de Voluntárias, não se caracterizando, portanto, vínculo com o serviço público. Entretanto, há um movimento da própria categoria de ACS que luta pela sua inserção a partir de concurso público. A questão da rotatividade dos profissionais no setor saúde também foi expressa no Plano Estadual de Saúde – 2006 como uma realidade não só do município de Florianópolis, mas como um problema presente em todos os municípios do Estado de SC, onde “a alta rotatividade aliada a insuficiência de oferta de cursos às equipes de saúde da família e de agentes comunitários de saúde compromete a qualidade das equipes, ocasionando baixa (...) qualidade no atendimento à população (SANTA CATARINA, 2007, p.148)”.

Ainda sobre a falta de formação para trabalhar com as mulheres em situação de violência aparece a falta de formação para abordagem das mulheres de forma geral e, especificamente, a **falta de formação para abordar as questões emocionais** que envolvem tais situações. A abordagem as mulheres em situação de violência e dos sentimentos envolvidos na situação geram inseguranças nos profissionais, principalmente, quando se referem aos casos em que a equipe suspeita de violência, porém a mulher não se sente à vontade para falar. Uma das falas é marcante quanto expressa a dificuldade na condução do caso para além das orientações e informações objetivas de encaminhamentos:

Acho que na saúde a gente lida com o sofrimento do outro e eu acho que a gente não tem formação pra isso, a gente tem formação só para a parte técnica e não para o sofrimento psíquico, depende do profissional acaba não sabendo lidar, como abordar a questão, geralmente só sabe tratar com medicamento, mas acho que é questão de formação (UBS 08).

De modo geral, as falas em relação a falta de qualificação e/ou formação para trabalhar com a temática da violência contra a mulher vêm evidenciar o percurso difícil que marca as propostas de educação permanente dos profissionais de saúde que, na sua maioria não se concretiza ou se realiza muito timidamente. Muitas vezes essas proposições acabam ficando no nível em que foram elaboradas ou se perdem no percurso que deveria ter como fim os profissionais de saúde, considerando que são o público sujeito destas ações. Esses instrumentos propostos sinalizam também para novas práticas do trabalho em saúde, principalmente no contexto da Saúde da Família, objetivando as mudanças assistenciais propostas por esta Estratégia. Nesse sentido o resgate das contribuições de Franco & Merhy (2003) se mostram bastante relevantes, pois, para os autores, a mudança das estruturas, dos recursos em jogo e seus formatos não significa conseqüentemente a mudança assistencial, ou seja, a mudança da micro-política instituída, do trabalho vivo em ato realizado pelo profissional de saúde. Para eles, a realidade dos serviços tem sido cruel ao demonstrar que é necessário um conteúdo novo que penetre agudamente nos valores e condutas dos profissionais de saúde. Dessa forma, não bastaria os gestores criarem cartilhas, cadernos ou normatizações e distribuir aos profissionais, geralmente no “lançamento” do documento, tem-se a necessidade de investimentos em sensibilização dos profissionais para trabalharem com a temática e, principalmente, a necessidade de Educação Permanente em Saúde.

3.4 Considerações acerca dos dados da pesquisa

A realidade da atenção às mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC, apreendida - ainda que de forma inicial e com suas limitações - a partir da pesquisa realizada junto as UBSs do município, permitiu identificar um conjunto de dimensões que se apresentam no campo da atenção básica e que definem o modelo de atenção à estas mulheres. A discussão em torno destas dimensões, tanto pelos gestores da política de saúde quanto pelos profissionais que estão inseridos na atenção direta as usuárias contribuiria para uma maior visibilidade da temática da violência contra a mulher no setor abrindo caminhos para melhores possibilidades de intervenção. As dimensões identificadas são as seguintes:

- **Invisibilidade, nos serviços de atenção básica à saúde, das situações de violência que envolvem a mulher**

Os estudos apresentados (SCHRAIBER et al, 2002, 2003) apontam para a alta frequência das mulheres em situações de violência nos serviços básicos de saúde. Ao mesmo tempo, a invisibilidade da questão toma conta destes espaços, as mulheres pouco falam e os profissionais pouco perguntam e pouco discutem. Tanto para os profissionais quanto para as mulheres, o termo violência muitas vezes não corresponde ao sofrido no espaço doméstico (onde ocorrem muitas das violências contra a mulher) que exige do profissional - enquanto um trabalhador do setor saúde - uma maior capacidade comunicativa, um saber técnico apropriado, uma escuta qualificada que permita a compreensão ou o estabelecimento de uma comunicação compreensível na relação usuária e profissional. Para Schraiber et al (2003, p.42 e 44) as invisibilidades e silêncios são também questões de gênero, portanto, são realidades que podem e devem ser abordadas no plano psico-emocional, sócio-cultural e ético-político buscando uma aproximação primeira de sua complexidade. Dessa forma, entre o silêncio das mulheres e a invisibilidade do vivido no campo da atenção, os questionamentos postos são: “por que as mulheres não contam? E por que os profissionais não perguntam?” Para os autores, ao ocorrer essa não resposta do profissional em tomar a situação de violência como uma questão de intervenção no campo da saúde, esta passa a ser uma atitude cúmplice na ocultação da violência.

O presente estudo não buscou identificar a frequência das situações de violência, mas reforçou os demais estudos no que se refere à invisibilidade da temática no setor saúde. Assim, de acordo com a pesquisa apresentada no presente trabalho, muitos dos profissionais atribuíram essa invisibilidade aos medos da mulher em contar os fatos vivenciados, no entanto esta invisibilidade também é expressada pelos profissionais quando falam que não conseguem ir além da identificação e também não estão preparados para lidar com as questões emocionais que envolvem a violência. Deve-se considerar a violência um fenômeno delicado que envolve altos níveis emocionais por parte da mulher, e também, pode mexer com as emoções e com as violências do profissional que está realizando o atendimento. Dessa forma, a invisibilidade da temática da violência também está relacionada à qualificação profissional, pois nos espaços de capacitações e/ou formações os temas da violência contra a mulher e da violência de gênero são abordados de forma insuficiente para amparar a prática dos profissionais de saúde. Ainda, relacionado a isso, observou-se nas falas dos entrevistados que muitos dos profissionais não dão a importância necessária ao tema, ou por acharem que o atendimento não corresponde ao setor saúde ou, devido a sua categoria profissional, compreendem que a abordagem da questão se daria por outras áreas profissionais atribuindo tanto a atenção direta quanto os treinamentos para áreas profissionais que não estão incluídas na equipe mínima da saúde da família, como a psicologia e o serviço social.

- **Organização dos serviços**

O nível de atenção básica do município estudado, delineado geograficamente em 05 Regionais de Saúde que compreendem 48 UBSs, está organizada a partir da ESF. Nesse sentido, as UBSs inseridas no nível “mais local” funcionam como a porta de entrada para o SUS, tanto porta para o mesmo nível de atenção quanto para o nível secundário e terciário. Assim, observa-se que a ampliação da equipe mínima para a Saúde da Família viria contribuir fortemente para a atenção as situações que envolvem violências. Atualmente, tem-se uma gama de 14 áreas profissionais da saúde reconhecidas pelo Conselho Nacional de Saúde, algumas delas com um histórico de formação e atuação nas questões que envolvem a violência que contribuiriam para uma abordagem na perspectiva da totalidade e menos fragmentada.

Apesar da inserção de outros profissionais como ginecologistas, pediatras e psicólogas, na função de áreas de referência, observou-se com a pesquisa e com o conhecimento empírico sobre o funcionamento do setor, que estes profissionais não dão conta de atender a demanda colocada, principalmente porque não fazem parte das equipes de saúde da família e sim que devem atender toda a Regional de Saúde a qual pertence, o que significa, por exemplo, que um profissional de referência da Regional Norte deve atender uma população de cerca de 10 bairros onde estão localizadas as UBSs dessa Regional. Dessa forma, a organização dos serviços não permite a efetivação da referência para todas as UBSs. Nas falas pode-se observar que as UBSs que utilizam deste meio de atendimento são justamente aquelas onde o profissional de referência fica alocado (o profissional de referência é alocado em uma das UBSs pertencentes a Regional a qual trabalha).

Também o número insuficiente de profissionais nas UBSs interfere na qualidade dos serviços prestados. Como visto na pesquisa todas as UBSs entrevistadas possuíam número maior de população atendida em relação ao número de equipes e de profissionais alocados na UBS. Este é um fator que sobrecarrega os serviços e capacidade de atendimento dos profissionais que, para vencer a demanda, muitas vezes não dão as usuárias a atenção devida. Porém, em nenhuma das entrevistas os sujeitos colocaram esta questão como um problema em relação a pouca visibilidade da violência contra a mulher na UBS.

Diante disso, é necessário que os serviços contem com um espaço de expressão das demandas das mulheres, que não se resume à aproximações biomédicas ou busca de patologias, outros profissionais que atuam na saúde, como os de psicologia, serviço social e enfermagem têm experiência com a escuta de demandas que não são exclusivamente físicas (SCHRAIBER e D'OLIVEIRA, 1999).

Outra questão relevante em relação à organização dos serviços é a persistência da tendência a setorização. Como exemplo, tem-se o Programa de Combate a Violência contra as Mulheres e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher que, apesar de apresentarem pontos convergentes em relação às diretrizes voltadas à integralidade e a intersetorialidade, observa que cada uma destas políticas acaba ficando no setor que foi desenvolvida. Assim, as “conversas” entre os setores que as desenvolvem não são suficientes para garantir a promoção da intersetorialidade das ações, mesmo sendo destinadas para os

mesmos sujeitos e tendo objetivos e diretrizes muito próximas. Vale ressaltar que no município pesquisado o Fluxograma de Atendimento à Vítimas de Violência Sexual, mesmo estando alocado no setor saúde, representa um grande avanço das políticas públicas à medida que se apresenta articulado aos demais setores sociais como educação, assistência social, dentre outros, formando uma Rede de Atendimento.

- **Formação e/ou qualificação dos trabalhadores em saúde**

A mudança de práticas em saúde não está somente no nível de formulação das políticas, no nível macro, mas também no nível da micro-política, do processo de trabalho e da visão dos trabalhadores de saúde em relação as suas práticas. De acordo com Cecílio (2001), as macro-políticas tecem o terreno sócio-histórico em que o trabalho profissional é exercido, limites e possibilidades são colocados e estão além da vontade do profissional, enquanto sujeito individual. Já a micro-política está no campo das respostas ético-políticas e técnicas apoiadas em fundamentos teóricos e práticos dos profissionais que atuam na saúde. Dessa forma, o nível local de atenção à saúde e os profissionais nele inseridos dispõe de certa autonomia e governabilidade para o desempenho de suas ações. Logicamente que se deve levar em conta que, apesar do caráter político, as ações dos profissionais não decorrem apenas das intenções pessoais dos trabalhadores de saúde, mas também dos condicionantes históricos e sociais do contexto em que se inserem e atuam. Este contexto estaria envolvido por diversos fatores como: constituição da política de saúde, organização do serviço local, formação/educação permanente dos profissionais, equipe adequada, pré-disposição dos gestores e trabalhadores, condições de trabalho, dentre outros.

A formação de recursos humanos para a Saúde pressupõe, como ponto de partida, a discussão em torno do Modelo de atenção à saúde que se pretende desenvolver e, nesse contexto, pensar nas competências e “habilidades” profissionais necessárias para que estes sejam aportes fundamentais na concretização de tal modelo. Como descrito no Capítulo 1 do trabalho, a ESF traça uma lista de ações que devem ser desenvolvidas pelos profissionais que atuam neste âmbito, no entanto, será que a formação acadêmica dos profissionais da equipe dá conta das exigências colocadas pela Estratégia? E as demais áreas da saúde (ao todo são catorze) teriam a contribuir? A universidade é o fundamento da formação profissional e, no caso da saúde, a inclusão de temas como a violência nos currículos dos cursos de graduação -

para além de dados epidemiológicos e de abordagens das seqüelas físicas por ela ocasionadas - é fundamental para a mudança do modo de pensar e fazer a saúde coletiva brasileira.

Em relação aos sujeitos da pesquisa, os 05 entrevistados médicos relataram ter realizado formação na área de Família e Comunidade, a qual se coloca como uma vertente da Saúde Coletiva. No entanto, isso não significa que estes estejam totalmente sensibilizados para temáticas apreendidas pela Saúde Coletiva como, por exemplo, a violência contra a mulher. Assim, mesmo com formação no paradigma do ideário do Movimento Sanitário que pressupõe conhecer os princípios e diretrizes básicas de atenção à saúde, o tema da violência contra a mulher não lhes chama a atenção necessária para o seu reconhecimento a partir de princípios como a integralidade e a equidade. Para Carvalho (2005) uma das maiores dificuldades da Reforma Sanitária brasileira tem sido a fragilidade no enfrentamento da questão da mudança do processo de trabalho e da participação dos trabalhadores de saúde na mudança setorial. Na mesma direção, Merhy (1997) sugere que a mudança do modo de produzir saúde, na perspectiva da Reforma Sanitária

é uma tarefa coletiva dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada (MERHY, 1997, p. 72).

Assim, ao compreender a saúde a partir de seu conceito mais amplo e das diretrizes e fundamentos essenciais impulsionados pelo Movimento Sanitário, há também o reconhecimento da importância da articulação de diversas áreas de conhecimento para pensar e atuar no campo da saúde. No tocante as situações que envolvem a violência, algumas áreas da saúde em seu processo de formação profissional mantêm um maior contato com a temática como serviço social, enfermagem e psicologia. Dessa forma, a inserção destas áreas profissionais nos serviços de atenção básica – a partir da organização dos serviços - poderia contribuir tanto no diálogo do serviço sobre a temática da violência contra a mulher como na atenção as necessidades e demandas das usuárias.

- **Indefinição do papel da saúde na atenção as mulheres em situação de violência**

Outro fator que merece destaque é o “papel” da saúde em relação a violência contra a mulher. Tendo em vista os estudos realizados sobre a temática, tanto teóricos quanto empíricos, observa-se que a indefinição do papel da saúde no trato da questão está intrinsecamente relacionado a invisibilidade da temática nos serviços de saúde. Como o tema não é visto, este não é discutido pelos gestores e profissionais como algo presente no cotidiano e, dessa forma, também não é considerado como uma questão que mereça ações no campo da formação profissional, ou ainda, para possíveis práticas profissionais voltadas para o campo da prevenção da violência. Como sugere Minayo (1994b, p.14), o papel preventivo da violência no campo da saúde coletiva “exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de várias disciplinas, setores, organizações e comunidades”. Ou seja, a prevenção da violência não se dará somente pelo setor saúde, mas sim juntamente com outros setores sociais considerando que a prevenção deve atuar, em primeiro lugar, na sensibilização e na transformação da consciência social.

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. O campo da saúde não se limitaria a realização de encaminhamentos ao setor policial, mas sim teria uma função específica onde poderia acolher aqueles casos, tão presentes no cotidiano das mulheres que, por diversos motivos, não necessariamente pretendem resolver o problema na política ou no judiciário. O que faz recolocar questões sobre o papel da saúde, da equipe como um todo ou de algumas áreas profissionais com maior contato com a temática, as quais não podem ser respondidas com o presente trabalho.

- **Perspectiva das políticas públicas na atenção às mulheres em situação de violência**

As orientações gerais, sejam em termos de acordos assinados ou de objetivos colocados nos planos governamentais que envolvem questões de gênero e questões específicas para as mulheres, pouco refletem nas ações de programas, projetos e principalmente nos serviços assistenciais. Quando aparecem, tais categorias são pouco discutidas conceitualmente e, menos ainda, são transformadas em ações assistenciais, além do mais, faltam indicadores de avaliação e monitoramento dessas ações. Na saúde, por exemplo, a violência contra a mulher não é um “marcador” ou indicador de avaliação, nem de atenção básica, nem de outros níveis de atenção, o que se tem são dados dispersos das Delegacias de Mulher, das mulheres que utilizam os Protocolos de Violência Sexual e que utilizam o CEVIC. Como visto, a notificação compulsória para os serviços de saúde não é uma realidade presente para os profissionais que estão na linha de frente da atenção. Não há o conhecimento de que existe a normatização que obriga a notificação, e tão pouco, o conhecimento necessário para tal procedimento. Não se pretende aqui delegar que o acesso a estas informações seria de responsabilidade única dos profissionais, mas sim trazer algumas observações em relação as disparidades entre o que é preconizado pela política pública e o que é realizado nas práticas cotidianas das UBSs, visto que esse caminho se apresenta como um percurso difícil, que não se concretiza, ou se realiza muito timidamente. Tem-se a impressão que os acordos assumidos internacionalmente apenas respingam teórica ou discursivamente nas políticas públicas, mas pouco reflete no espaço da prática, da atenção dos serviços, como mostram os dados da pesquisa.

Nesse sentido, a contribuição de Bandeira (2005) vem enfatizar que a perspectiva de gênero nas políticas ainda não ressoou no plano governamental, pois se deve considerar que quando a perspectiva de gênero é adotada as políticas trazem impactos diferenciados em homens e mulheres. Ao levar tal afirmação para o campo da violência contra as mulheres que, na leitura da realidade tem-se a violência nas relações conjugais como predominante, nota-se que o homem não é visto como sujeito possível de atenção, a não ser a punição quando está na posição de agressor e a mulher o denuncia. Especificamente na saúde, como visto no Capítulo 2 do trabalho e reiterado pela pesquisa empírica, pouco se trabalha na perspectiva de gênero, as ações priorizadas são caracterizadas como específicas para as mulheres. Apesar

dos avanços que se deram a partir dos anos de 1980 em nível de políticas públicas para as mulheres, observa-se que no município de Florianópolis ainda há o predomínio de ações voltadas as dimensões materno-infantil e saúde reprodutiva da mulher com o enfoque no pré-natal e nos exames preventivos de câncer de colo de útero e mama. A própria política de saúde fragmenta quando, mesmo em se tratando de saúde da família, segmenta ou direciona a atenção para os ciclos de vida ou enfermidades, exemplo disto são os programas de saúde da criança, saúde do adolescente, saúde do trabalhador, saúde da mulher, do idoso, hipertensão e diabetes, dentre outros.

A perspectiva de gênero nas políticas em geral e também na política de saúde não nega e nem substitui as especificidades das mulheres, mas se coloca como uma perspectiva necessária pelas diferenças que perpassam a constituição dos gêneros. Na saúde, a perspectiva de gênero pressupõe o princípio básico da equidade em saúde que estaria contemplado se existissem ações para mulheres e para homens tendo em vista suas assimetrias e igualdades. Não há políticas para homens, a não ser ações bem específicas como, por exemplo, exame preventivo de para câncer da próstata. No tocante a violência conjugal, a abordagem do homem enquanto sujeito de ações poderia contribuir, principalmente, no campo da prevenção das violências, campo onde a saúde coletiva atua.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou, além da sistematização do conhecimento relacionado ao objeto proposto, (re) conhecer a necessidade de discussões contínuas acerca da temática da violência na agenda da saúde, especificamente da violência contra a mulher. Organizar os conhecimentos até então produzidos, sejam as teorizações, as normatizações, acordos ou legislações, e a tentativa de relacioná-los com o cotidiano da atenção às mulheres em situação de violência nos serviços básicos de saúde de Florianópolis /SC, permitiu o encontro com um cenário historicamente cheio de debates, críticas e contradições e, ao mesmo tempo, pouco visível.

Nesse cenário, a partir dos fins da década de 1970 emergem esforços de organismos internacionais e até organizações profissionais e acadêmicas para o desenvolvimento de estudos e pesquisas com vistas a promover a sensibilização do setor saúde para atuar junto às mulheres que vivenciam situações diversas de violência, buscando transformar as necessidades dessas mulheres em demandas para a Saúde. Nesse sentido, o presente trabalho se insere nesse movimento de busca pela visibilidade da temática da violência no setor Saúde e melhoria das práticas de atenção integral e equânime à saúde da mulher. Ainda, o compartilhamento dos resultados obtidos a partir da pesquisa desenvolvida junto aos serviços básicos de saúde de Florianópolis/SC vem contribuir para a reflexão sobre as práticas em saúde no cotidiano de Atenção Básica à Saúde orientada pela ESF. Para tanto, tomou-se como base de investigação a relação entre o atual modelo de atenção à saúde e as ações destinadas às mulheres em situação de violência.

No que se refere ao modelo brasileiro de Saúde Coletiva, estudos como o de Carvalho (2005) apresenta que a essência teórica deste modelo remete para duas correntes contemporâneas que não se contrapõem, mas aprofundam determinados aspectos que lhes diferenciam: a *Vigilância da Saúde* e a *Em Defesa da Vida*. A corrente da Vigilância da Saúde, liderada por Eugênio Vilaça Mendes, se desenvolve a partir dos fins de 1980 trazendo como foco em seus debates as políticas e práticas sanitárias para a década de 1990. De acordo com Mendes (1996, p.243), a Vigilância em Saúde tem como norte a construção social de uma nova prática sanitária que “se institui como unidade de inteligência para avaliar e monitorar a situação de saúde segundo condições de vida de diferentes grupos sociais”, além disso, envolve operações não-médicas sobre os determinantes dos problemas de saúde. Ao considerar que a saúde é produto de

um processo social resultante de fatores econômicos, políticos, ideológicos e cognitivos, sugere-se que a vigilância da saúde deva ser apreendida por um olhar interdisciplinar, e que as práticas sociais em saúde devam dar-se na ordem da intersectorialidade, o que também remete para a mudança na organização tecnológica do trabalho em saúde. As estratégias de intervenção da vigilância em saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações: a promoção da saúde, a prevenção das enfermidades e acidentes e a atenção curativa sendo necessário para sua construção estar alicerçada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersectorialidade. Esta última tem como função essencial fazer com que os pilares se encontrem, ou seja, tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos e não distanciados dos problemas que emergem na concretude dos territórios (Mendes, 1996). No entanto, apesar de trazer grandes contribuições para o SUS, para Carvalho (2005) esta corrente apresenta certa limitação acerca das questões mais subjetivas que envolvem a saúde e sua tendência é hiper-dimensionar o papel das macro-determinações sociais e das ciências – através do saber epidemiológico – nas práticas em saúde.

A corrente em Defesa da Vida também surge nos fins dos anos de 1980 a partir de um grupo de sanitaristas vinculados ao Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e de trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. A partir do desenvolvimento dos estudos, em meados da década de 1990, as linhas de investigação foram se diversificando, porém, mantendo como uma das características marcantes a estreita vinculação entre a teoria e a prática. As principais linhas de investigação desta corrente se concentram no campo da gestão e processo de trabalho em saúde, liderado por Emerson Merhy; da gestão, sujeitos e modelos de atenção por Gastão Wagner; e poder, organização e gestão hospitalar delineada por Luis Cecílio. Essa corrente, a partir do início dos anos 2000, ganha papel central nas estratégias do MS como, por exemplo, na Política Nacional de Humanização e no projeto de Educação Permanente da Secretaria de Gestão e Trabalho em Saúde. Diante disso coloca como principais propósitos a criação de mecanismos para a incorporação de novos sujeitos na luta pelas mudanças setoriais; qualificação da gestão do setor da saúde; e promoção de mudanças visando intervir no processo de trabalho em saúde (CARVALHO, 2005). No que se refere ao processo saúde doença, o mesmo autor analisa que a corrente em Defesa da Vida trabalha com um modelo social de determinação do processo saúde/doença em que são enfatizados aspectos ideológicos, culturais e psicológicos da vida em

sociedade valorizando-se, aí, temáticas como a produção do sujeito e a emancipação social. [...] não desconhece a importância de saberes vinculados às Ciências Naturais [...] criticando, porém, a reivindicação de verdade (“cientificidade”) que permeia o discurso destas disciplinas (Campos, 1992; 1999 apud Carvalho, 2005, p.124).

A partir da análise destas duas correntes da Saúde Coletiva brasileira observa-se que ambas apresentam dimensões que permitem o debate da atenção a mulheres em situação de violência no âmbito da saúde. Ao abordar as dimensões relacionadas ao entendimento da saúde enquanto produto do processo social, a primeira corrente sugere que a violência é uma das expressões desse processo e quando chega aos serviços de saúde se torna uma demanda do setor que deve ser apreendida por um olhar interdisciplinar e delineadas pela ordem da intersetorialidade. A segunda corrente, ao priorizar o trabalho em saúde, sugere investir na formação, na educação permanente dos profissionais de saúde, tendo em vista que a mudança de modelo também está no espaço da micro-política.

Ao refletir sobre a relação de mudança do modelo de pensar e fazer saúde no Brasil, principalmente com as conquistas do Movimento Sanitário, e o impacto destas na atenção à saúde da população, observa-se que, de forma paradoxal, enquanto aparece um discurso de ampliação conceitual do que é a saúde - explicitada não como um conceito abstrato, mas definida historicamente pela sociedade num dado momento de seu desenvolvimento tem-se a impressão de que na essência a realidade das práticas em saúde não conseguiu acompanhar, na mesma intensidade, as diretrizes colocadas pelo atual modelo de Saúde Coletiva. Para Minayo e Souza (1998) o modelo de Saúde Coletiva buscou compreender a saúde como uma questão complexa que se fundamenta em torno de determinações sociais e condicionantes culturais, no entanto, nenhum outro tema provocou “tantas reticências para sua inclusão como o impacto da violência no setor”. Para as autoras um dos motivos viria do campo específico da saúde em que se perpetua o monopólio do modelo biomédico, em que a racionalidade busca incorporar o social apenas como uma das causas ou variável “ambiental” do surgimento das doenças representando, ainda, a freqüente fragmentação e desarticulação entre o conhecimento científico e a intervenção social. Dessa forma, a inclusão da violência no setor limitou-se, inicialmente, ao Código Internacional de Doenças (CID) como “causas externas” de mortalidades. Isso fez com que, até

pouco tempo atrás, o setor saúde só tenha olhado para a violência como mais um evento a ser computado.

Assim, para discutir a relação entre o modelo de saúde e a atenção às mulheres em situação de violência no âmbito desse setor, com ênfase no nível de atenção básica, o presente estudo também investigou o processo de operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência nas UBSs do município de Florianópolis. E, a partir desta operacionalização, analisou como a temática da violência contra a mulher aparece no cotidiano das UBSs e como os profissionais inseridos neste âmbito estão preparados para trabalhar com tal demanda. A investigação da temática nos serviços de atenção básica do referido município possibilitou apreender que, apesar da violência contra a mulher ser considerada por organismos representativos do setor como uma questão de saúde, a realidade destes serviços aponta para dificuldades do setor em relação à atenção as mulheres em situação de violência enquanto demanda possível de ser apreendida na saúde. Os apontamentos da pesquisa realizada junto as UBSs de Florianópolis vêm confirmar o que o MS problematiza sobre a dificuldade dos serviços básicos de saúde – em todo o país - em intervir em situações cotidianas que envolvem manifestações de violência contra mulher. A invisibilidade do tema nas UBSs pesquisadas, bem como entre os profissionais nelas inseridos é outra questão bastante relevante e que vem coincidir com estudo realizado por Schraiber et al (2002) junto a serviços básicos de saúde da cidade de São Paulo/SP. Também, o Plano Estadual de Saúde do Estado de Santa Catarina de 2006 identifica que a invisibilidade da temática é uma realidade que se coloca como um problema prioritário de todos os municípios do Estado, principalmente pela precariedade na estrutura e organização assistencial e inexistência de políticas e ações relacionadas à abordagem da violência contra a mulher (Santa Catarina, 2007).

No tocante a qualificação profissional, a partir do presente estudo observa-se que os profissionais inseridos na atenção básica à saúde do município de Florianópolis/ SC não se sentem qualificados para identificar a violência contra a mulher e abordá-la enquanto questão de saúde. Apesar das políticas públicas e instrumentos normativos existentes destinados ao enfrentamento da problemática, nota-se que estes não são utilizados enquanto norteadores das práticas sendo que cada profissional aborda as situações de acordo com suas possibilidades e, na maioria das vezes, com pouca qualificação profissional para o atendimento. Essa falta de

qualificação dificulta o atendimento na perspectiva da integralidade como categoria norteadora da atual política de saúde e, em particular, da política de atenção à saúde mulher. Também, deve-se levantar questionamentos a respeito dos instrumentos, como normatizações, legislações e cartilhas, no sentido de que estes podem não dar conta da necessidade de instrumentalização dos profissionais, pois não aprofundam questões relativas ao trabalho em saúde, ou seja, não sugerem como deve ser a abordagem, como deve ser orientado o procedimento e, quando sugerem, fica apenas no nível da identificação da violência, e no máximo sugere que deve ser encaminhado ao setor policial ou hospitalar quando a violência se apresenta de forma explicitada.

A indefinição do papel do setor saúde no trato da violência contra mulher, principalmente do nível básico de saúde, é uma questão ainda pouco pensada. Sabe-se que a saúde tem um papel fundamental, porém, os apontamentos em relação a “qual é o papel” ainda são insuficientes para arriscar qualquer definição. Nesse sentido, remete-se para grandes questionamentos não sendo possível dar respostas com este trabalho como: quais as necessidades de saúde que emergem das situações de violência contra a mulher? Quais as possibilidades de atendimentos a essas necessidades no nível de atenção básica? E nos outros níveis de atenção? A equipe preconizada pelo MS para a atenção básica dá conta da demanda? E a perspectiva de gênero? Ainda, de acordo com as contribuições de Minayo (1994b, p.15), dada a longa experiência da Saúde brasileira na intervenção comunitária, a Prevenção das violências é um âmbito onde o setor pode lograr êxito, caso se articule ao serviço social, serviços de orientação familiar e também aos profissionais de saúde mental. Além do mais, para a mesma autora “a complexidade real da experiência e do fenômeno da violência exige a ultrapassagem de simplificações e a abertura para integrar esforços e pontos de vista de varias disciplinas, setores, organizações e comunidades”. Dessa forma, a articulação das políticas de saúde com outras políticas, a intersetorialidade e a interdisciplinaridade seriam base para a integralidade, tanto dos serviços quanto da atenção buscando trabalhar com os protocolos na perspectiva da integralidade e da equidade em saúde, não só no setor saúde, mas também em outros setores como assistência social, educação, segurança pública, dentre outras. Porém, qualquer um desses esforços só tem sentido se refletirem no terreno das práticas em saúde.

Para tanto seria de fundamental contribuição o estabelecimento de instâncias que orientem e definam melhor as ações do setor em relação as necessidades das mulheres e dos homens.

Também a introdução de temáticas sobre questões de gênero, sendo uma delas a violência, no processo de educação permanente dos profissionais de saúde, com ênfase na sensibilização destes para que possam compreendê-la, cuidá-la e preveni-la, assim como a implantação de “protocolos” de atenção viáveis traduzidos em métodos, técnicas de atendimento e organização do serviço centrados nas necessidades das usuárias. Não basta apenas emitir cartilhas e normas para que os profissionais da atenção básica saibam como identificar e encaminhar para outros setores situações que envolvem a violência, mas sim, demarcar quais as possibilidades de atuação da saúde e quais as possibilidades de desenvolvimento de ações intersetoriais entre os níveis de atenção à saúde e entre a saúde e os demais setores, como educação, assistencial social, segurança pública, dentre outros. A violência é um tema delicado que pode mexer com as próprias violências do profissional, enquanto ser humano, daí é um tema que merece atenção, necessita de outras formas pedagógicas de transmitir conhecimento para o profissional para além daquela transmissão mecânica trazida pelas cartilhas e legislações que, muitas vezes, ficam na gaveta e não são postas em prática.

A partir da demanda colocada para os serviços básicos de saúde, compreende-se, de acordo com os apontamentos de Schraiber e D’Oliveira (1999), que o caminho para a discussão da função da atenção básica pode partir da identificação da violência por este nível de atenção, principalmente quando os casos ainda não apresentam incidentes mais graves; o acolhimento como espaço de expressão para as angústias e questões que não se resumem à busca e cura de patologias; e o encaminhamento responsável focado na orientação e acompanhamento do percurso a ser seguido, principalmente, respeitando a opinião quanto à recusa de seguir determinada abordagem. Para isso, requer-se a sensibilização dos profissionais e dos gestores da política de saúde, na lógica da educação permanente, fazer com que as diretrizes e apontamentos da política pública de saúde, bem como suas normatizações, sejam efetivados enquanto instrumentos norteadores da prática cotidiana dos profissionais na atenção à violência contra a mulher. Por fim, aponta-se a urgente necessidade dos serviços existentes criarem e ampliem espaços para a reflexão das práticas e construção de um trabalho integrado e intersetorial nas diversas esferas do poder público – Municipal, Estadual e Federal - potencializando a possibilidade de alinhar uma política de ação que ganhe força na agenda nacional e que venha a alocar a violência contra a mulher a partir da perspectiva de gênero como um tema transversal às políticas sociais.

REFERÊNCIAS

BANDEIRA, Lourdes. Brasil: fortalecimento da secretaria especial de políticas para as mulheres para avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas. **A pobreza e as políticas de gênero no Brasil**. CEPAL/SPM, 2005. Disponível em http://200.130.7.5/spmu/docs/integra_public_lourdes_bandeira.pdf . Acessado em 10/06/2007.

BEIJING. Resumo elaborado pelo Coletivo Feminino Plural/RS, a partir da Cartilha de Marta Suplicy. Núcleo Interdisciplinar de Estudos sobre Mulher e Gênero Instituto de Filosofia e Ciências Humanas/IFCH/UFRGS. Disponível em <http://www.nucleomulher.ufrgs.br/Beijing1.htm> . Acessado em 29/06/2007.

BRANDÃO, Elaine Reis. **Violência conjugal e o recurso feminino à polícia. Horizontes plurais: novos estudos de gênero no Brasil/** Cristina Bruschini e Heloísa Buarque de Hollanda (orgs). São Paulo : FCC/Editora 34, 1998.

BRASIL. **Lei nº 8.142** de 28 de dezembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. **Lei nº 8.080** de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

BRASIL. Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde. SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida. Brasília, 1996. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/10conferencia.pdf> Acesso em 14/06/2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Gestão de Políticas Estratégicas. Área Técnica Saúde da Mulher. **Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual contra mulheres e adolescentes**. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Violência intrafamiliar: orientações para práticas em serviço**. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. **Programa Saúde da Família/Ministério da Saúde/Secretaria Executiva**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. **Direitos Humanos e Violência Intrafamiliar: Informações e orientações para Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001c.

BRASIL. **Avaliação e implementação do PSF em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003a.

BRASIL. **Lei 10.778 de 24 de novembro de 2003**. Publicada no D.O.U. em 25.11.2003, 2003 b.

BRASIL. **Lei 10.714 de 13 de agosto de 2003**. Publicada no D.O.U. em 14/08/2003, 2003 c.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Plano Nacional de Políticas para as Mulheres**. Brasília, 2004a. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres> - acesso em 28 de maio de 2006.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia de assuntos jurídicos. **Decreto nº 5.099**, de 3 de junho de 2004b. Disponível em : <http://www.presidencia.gov.br/CCIVIL/ Ato2004-2006/2004/Decreto/D5099.htm> . Acesso em 22/03/2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004 c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília : Ministério da Saúde, 2004 d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 198/GM/MS. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. 2004f.

BRASIL. **Em questão**. Editado pela Secretaria de Comunicação de Governo e Gestão Estratégicas de Presidência da República, publicado em 2005. Disponível em www.saude.gov.br, acesso em 05.03.2006.

BRASIL. **Secretaria Especial de Política para as Mulheres**. Brasília, 2006a. Disponível em <http://www.presidencia.gov.br/spmulheres/Oquee/index.html> Acesso em 28 de maio de 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 648, DE 28 DE MARÇO DE 2006. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, 2006c.

BRASIL. Lei 11.340. **Lei Maria da penha**. Brasília, Presidência da República, 2006b.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Quadro de Adesão dos Estados e Municípios ao Plano Nacional de Políticas para as Mulheres. Disponível em http://200.130.7.5/spmu/atendimento/atendimento_mmulher.php?uf=SC . Acessado em 25/07/2007.

BOSELLI, Gianne. **Dimensões da Violência contra a Mulher: construindo bases de dados**, 2006. Disponível em

http://www.cfemea.org.br/pdf/dimensoesdaviolenciacontraamulher_gianeboselli.pdf . Acesso em 16/10/2006.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. MERHY, E.E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo : Hucitec, 1997, p.229 -266.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. **Papel da Rede de Atenção Básica em saúde na formação médica – diretrizes**. Documento preliminar. ABEM, abril de 2005. Disponível em http://www.abem-educmed.org.br/pdf/doc_prof_gastao.pdf . Acessado em 02/07/2007.

CAMPOS, Gastão Wagner Sousa. **Vigilância Sanitária: responsabilidade pública na proteção e promoção da saúde**. Disponível em http://www.anvisa.gov.br/divulga/conavisa/cadernos/eixo1_texto01.pdf . Acessado em 02/07/2007.

CARVALHO, Sergio Resende. **Saúde Coletiva e promoção da saúde: sujeito e mudança**. São Paulo: Hucitec, 2005.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. **Os sentidos da integralidade**. Roseni Pinheiro e Ruben Araújo de Mattos (Orgs). Rio de Janeiro : IMS-UERJ-ABRASCO, 2001.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CRESS 12 REGIAO. Lei Maria da Penha que prevê regras mais rígidas para homens agressores. **Jornal do CRESS Santa Catarina**. Agosto de 2006. Consenso Editora, 2006.

CUT. **Gênero – de onde vens, para onde vais?** Florianópolis : Escola Sul da Cut, 1998.

DURAM , Sérgio. Em 6 meses da Lei Maria da Penha, o número de denúncias cai 18,8%. **Conselho Regional de Serviço Social SP**. Pyxis Editorial e Comunicação. Fonte: O Estado de S.Paulo. Data: 28/5/2007.

EUROPA. **Recomendação do Comité de Ministros aos Estados Membros sobre a Protecção das Mulheres contra a Violência**. Disponível em [http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_Rec\(2002\)5_Portuguese.pdf](http://www.coe.int/T/E/Human_Rights/Equality/PDF_Rec(2002)5_Portuguese.pdf) . Acesso em 03 de abril de 2006.

FERNANDES, Emilia. Cada mulher brasileira, uma cidadã. **Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência domestica e de gênero: construindo políticas publicas**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

FLEURY, Sonia. A análise necessária da Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**. Outubro de 1998.

FLORIANOPOLIS. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Secretaria Municipal de Saúde. Setor de Atenção à Saúde. Florianópolis, junho de 2006a. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/protocolos/protocolos.php> Acesso em 22/10/2006

FLORIANOPOLIS. Plano Municipal de Saúde – Gestão 2002-2005. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em <http://www.pmf.sc.gov.br/saude/> . Acesso em 22/11/2006b.

FRANCO; Túlio Batista et al. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. V.2, n. 15. Rio de Janeiro: Fiocruz, Abril-Junho de 1999.

FRANCO; Túlio Batista e MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. MERHY, Emerson Elias et all (orgs). São Paulo: Editora Hucitec, 2003.

FURLANETTO, Cleidiamar Aparecida Furlanetto. **O acesso a medicamentos no âmbito do Sistema Único de Saúde: demandas para o serviço social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2004.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3ª Edição. São Paulo: Atlas, 1994.

GREGORI, Maria Filomena. **Cenas e queixas: um estudo sobre as mulheres, relações violentas e a prática feminista**. Rio de Janeiro : Paz e Terra; São Paulo : ANPOCS, 1993.

GOMES, Márcia Constância Pinto Aderne e PINHEIRO, Roseni. Acolhimento, vínculo e integralidade: o poder do discurso sem poder? Um estudo sobre as práticas cotidianas em saúde da família em grandes centros urbanos. Texto parte integrante da **Dissertação de Mestrado** da autora principal. Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro: ed mimeo, 2005.

GROSSI, Miriam Pillar. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal. **Masculino, feminino, plural: gênero na interdisciplinaridade**. Organizado por Maria Joana Pedro e Miriam Pillar Grossi. Florianópolis : Ed. Mulheres, 1998.

GUERRERO. **La violencia desde la perspectiva de la salud pública. Salud y equidade: una mirada desde las ciencias sociales**. Roberto Briono; Maria Cecília de Souza Minayo; Carlos Coimbra Jr. (Coord). Rio de Janeiro : Fiocruz, 2000.

MATTOS, Ruben Araújo. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.9, n4, 2004. Disponível em: www.lappis.org.br. Acesso em: 01/09/2006.

MENDES, Eugenio Vilaça. **Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde**. Uma agenda para a saúde. Hucitec, cap. 4, p. 233-297, 1996.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. **Praxis em salud im desafio para lo publico**. Buenos Aires: Lugar Editorial. São Paulo :

Hucitec, 1997, p. 71-112.

MINAYO. C. S. **A saúde em estado de choque**. Rio de Janeiro: Espaço Aberto, 1986.

MINAYO, Maria Cecília Souza. **O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3^a ed. São Paulo : HUCITEC-ABRASCO, 1994a.

MINAYO, Maria Cecília Souza. A violência social sob a perspectiva da Saúde Pública. **Cadernos de Saúde Pública**, 10 (supl. 1). 07-18. Rio de Janeiro : Fio Cruz, 1994b.

MINAYO, Maria Cecília Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. Violência e Saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciência e Saúde – Manguinhos**, IV (3). Rio de Janeiro, 1998.

MINAYO, Maria Cecília Souza; SOUZA, Edinilsa Ramos. É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**. vol.4 no.1. Rio de Janeiro : 1999.

MUNIZ, Jacqueline. Os direitos dos outros e outros direitos: um estudo sobre a negociação de conflitos nas DEAMs/RJ. **Violência e Política no Rio de Janeiro**. Luiz Eduardo Soares (org). Rio de Janeiro : Reume Dumaré: ISER, 1996.

OPAS. **Declaração de Alma Ata**. Alma Ata (URSS), 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf> . Acessado em 31/07/2007.

OPAS. **Los Sistemas Locales de Salud**. Conceptos - Metodos - Experiências. Washington, D.C: **OPAS/OMS; 1990**. (Pub. Científica N° 519) www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5485

OMS/OPAS. **Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen**. Organización Panamericana de la Salud, Washington, 2002.

OMS. Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. Rumo a um Modelo Conceitual para Análise da comissão de Determinantes Sociais de Saúde. **Ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde**. Genebra, OMS, 2005. Disponível em http://www.determinantes.fiocruz.br/pdf/texto/T4-2_CSDH_Conceptual%20Framework%20-%20tradu%C3%A7%C3%A3o%20APF.pdf Acesso em 16/10/2006 e 19/06/2007.

PAIM, J.S. 7 ALMEIDA FILHO, N. **Saúde coletiva: uma “nova Saúde Pública” ou campo aberto a novos paradigmas?** Revista de Saúde Pública, 32(4), 1998.

PEREIRA, Potyara A. P. Cidadania e (in) justiça social: embates teóricos e possibilidades políticas atuais. **Serviço Social, política social e trabalho**. São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

PINHEIRO, Roseni. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção de integralidade. Pinheiro, R.; Mattos, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção ao cuidado de saúde**. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2005.

SAFIOTTI, Heleieth. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. 2002. Estudos Feministas, número 1-2, julho/ dezembro. Labrys, 2002. Disponível em http://www.unb.br/ih/his/gefem/labrys1_2/heleieth1.html.. Acessado em 20/04/2007.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. Diretoria de Políticas de Saúde. Gerência de Desenvolvimento de Políticas de Saúde. **Plano Estadual de Saúde – 2006**. Florianópolis : SES, 2007. Disponível em www.saude.sc.gov.br . Acessado em 06/07/2007.

SANTOS, Eva Terezinha. **O acolhimento como um processo de intervenção do Serviço Social junto a mulheres em situação de violência**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flavia Lucas Pires. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface, Comunicação, Educação**, vol 3, n. 5, 1999.

SCHRAIBER, Lilia Blima & MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Saúde do Adulto: programas e ações na unidade básica**. Lilia Blima Schraiber, Maria Inês Baptistella Nemes e Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (org's). 2ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2000.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência contra a mulher: estudos em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública** nº 36, vol 4. São Paulo : USP, 2002. p. 470-7.

SCHRAIBER, Lilia Blima et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**. V 6, n 10, p.41-54, 2003.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Palestra proferida: **violência contra a mulher e saúde: a perspectiva de gênero e a invisibilidade para a pesquisa e os serviços de saúde**. Florianópolis. Centro de Ciências da Saúde/UFSC, 2007.

SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação e Realidade**, vl.20, n. 2, p.71-99. Porto Alegre: Pannonica, 1995.

SIMIONATTO, Ivete. Mercosul e Reforma do Estado – implicações nas políticas sociais públicas. **Relatório de Pesquisa**. Universidade Federal de Santa Catarina/Departamento de Serviço Social. Florianópolis, 2001, mimeo.

SOARES, Luiz Eduardo, Bárbara Musumeci; CARNEIRO, Leandro Piquet. Violência contra a mulher: as DEAMs e os pactos domésticos. **Violência e Política no Rio de Janeiro**. Luiz Eduardo Soares (org). Rio de Janeiro : Reume Dumaré: ISER, 1996.

TEIXEIRA, Andréa Maria de Paula. Reforma e contra-reforma da Previdência Social no Brasil hoje. **Revista Kátalysis**, nº 5. Florianópolis: Editora da UFSC, 2001.

TELES, Maria Amélia de Almeida. **Breve história do feminismo no Brasil**. São Paulo: Brasiliense, 1999.

TRIVINUS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, A. M. Serviço Social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. **Revista Serviço Social e Sociedade**, nº 54. São Paulo: Cortez, 1997.

VILLELA, W., MONTEIRO, S. Atenção à Saúde das Mulheres: historicizando conceitos e práticas. VILLELA, W., MONTEIRO (Org.), S. **Gênero e Saúde: Programa Saúde da Família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO-Associação Brasileira de pós-graduação em Saúde Coletiva, 2005.

USP. **Agência USP**. Disponível em www.usp.br/agen/ . Acessado em 05/03/2006.

Sites consultados:

Ipas Brasil: <http://www.ipas.org.br/>

Ministério da Saúde: www.saude.gov.br

Organização Panamericana de Saúde: www.opas.org.br .

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres:
www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sepm/

ANEXO

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1 – Identificação:

Profissão:

Tempo de coordenação:

Tempo de atuação na Atenção Básica à Saúde:

2 – Estrutura e organização da ULS:

População adscrita:

Número e composição das equipes:

3 – Questões norteadoras:

1 – A violência contra a mulher faz parte do cotidiano da ULS?

2- Onde as situações de violência contra a mulher são identificadas na ULS?

3 - Quais os profissionais que acolhem a demanda?

4 – Quais os tipos de violência contra a mulher que aparecem com mais frequência na ULS?

5 - Nas situações em que são identificadas situações de violência contra a mulher, qual o procedimento adotado pela ULS?

6 – Estas situações são discutidas pela equipe em algum momento?

7 – Quais as informações que os profissionais desta ULS dispõem para o atendimento destas situações?

8 – As equipes de PSF desta ULS receberam algum tipo de capacitação/treinamento/orientação para o trabalho com tais situações.