



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**Salvador-BA
2013**

CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Normélia Maria Freire Diniz

Co-Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadirlene Pereira Gomes

**Salvador-BA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

F581v Silva Filho, Cláudio Claudino
Violência doméstica contra a mulher: representações sociais de profissionais na estratégia de saúde da família / Claudio Claudino da Silva Filho--Salvador, 2013.
151p.: 28 cm

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2013.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz

Banca examinadora: Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz, Dr^a. Marizete Argolo Teixeira, Dr^a. Climene Laura de Camargo, Dr^a. Telmara Menezes Couto.

Referências

1. Violência doméstica. 2. Assistência integral à saúde da mulher 3. Saúde da família 4. Ação intersetorial 5. Enfermagem I. Título. II. Universidade Federal da Bahia.

CDD 362.883

CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER:
REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Dissertação Aprovada em 29 de Fevereiro de 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz *Normélia Maria Freire Diniz*
Doutora em Enfermagem (UNIFESP), Professora da Universidade Federal da Bahia

Dr^a. Marizete Argolo Teixeira *Marizete Argolo Teixeira*
Doutora em Enfermagem (UFBA), Professora da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Dr^a. Climene Laura de Camargo *Cl Camargo*
Doutora em Saúde Pública (USP), Professora da Universidade Federal da Bahia

Dr^a. Telmara Menezes Couto *Telmara Menezes Couto*
Doutora em Enfermagem (UFBA), Professora da Universidade Federal da Bahia

Às (Aos) profissionais de saúde da Estratégia Saúde da Família em São Francisco do Conde-BA, pelo empenho na luta diária rumo à integralidade na assistência às mulheres em situação de violência doméstica;

À “Mainha” (Maria do Socorro de Melo da Silva) e à “Tia Maris” (Marislan Deusdedith Neves), por impulsionarem este estudo a partir do amor de mãe e da fortaleza da amizade;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz, pela paciência com que me conduziu neste estudo e me acolheu como seu orientando...

...DEDICO

AGRADECIMENTOS

Ao final de dois anos INTENSOS em todos os sentidos, e sendo este estudo fruto de esforços coletivos, destaco e agradeço aos principais co-responsáveis por sua concretização:

À Deus, por conceder-me o direito à vida e ao desafio de existir;

À minha Família, sobretudo às Enfermeiras Aline Jerônimo e Marianna Melo, pela certeza, depois de tantas idas e vindas entre Petrolina/Juazeiro e Salvador, que sempre estariam lá, fortes, unidos, sendo meu “porto seguro” para todas as horas de exaustão física e psíquica e também agora, neste compartilhamento de mais uma etapa cumprida;

À Mainha, pelo exemplo de determinação em tudo o que faz, pelo gosto em estudar, e pela honestidade; por compreender o isolamento para o Mestrado, e por burlar a ausência física com um carinho surpreendente, capaz de percorrer diariamente 762 km entre Iguaracy-PE e Salvador-BA pra me dar forças e continuar;

À minha orientadora, Prof^a Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz, pela maestria acadêmica, ensinamentos, sensibilidade, e destreza com que lapidou meus anseios, muitas vezes exagerados, tornando-os adequados e tornando-me uma pessoa melhor;

À minha Co-orientadora, Prof^a. Dr^a. Nadirlene Pereira Gomes (“Lene”), pelo estímulo desde o 3º semestre da graduação, me preparando e contagiando com seu apreço pela pesquisa e pela vida... Reafirmo que me espelho em você principalmente como ser humano iluminado que és, inquieta e ávida por sempre ajudar ao próximo;

À Prof^a. Dr^a. Climene Laura de Camargo, pelo acolhimento no Projeto de Pesquisa matriz pelo qual respondia, e pelas valiosas contribuições na construção desta dissertação;

À Prof^a. Dr^a. Michele Mandagará de Oliveira, pelo olhar fabuloso durante o Exame de qualificação do Projeto de dissertação;

À Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos, por sua disponibilidade em auxiliar nosso estudo apesar da distância física;

Ao Prof. Dr^a. Daniel Henrique Pereira Espíndola, pelos ensinamentos quanto à Teoria das Representações Sociais;

Às Prof^{as} Dr^{as}. Marizete Argolo Teixeira e Dr^a. Telmara Menezes Couto, pela receptividade em poder contribuir na banca final da dissertação;

Às Professoras(es)/Pesquisadoras(es) do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (PPGENF-UFBA), pela qualidade acadêmica do curso de

Mestrado, e pela militância para tornar a Enfermagem uma profissão cada vez mais atenta à complexidade da condição humana;

Às Colegas do Grupo de Estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida” (CNPq), liderado pela Prof^a Dr^a. Normélia Diniz (Rosana, Telmara, Adriana, Cíntia, Milca, Gilvânia), pela cumplicidade em estudarmos juntos a problemática da violência;

À Prof^a. Dr^a. Sílvia Lúcia Ferreira e demais colegas de meu primeiro grupo de estudos na UFBA (Prof^a. Dr^a. Isa, Ana Luiza, Aline Xavier, Karina, Ane, Rosa Cândida, Ítala), pela receptividade inicial na instituição, e pela total compreensão quando da tomada de novos rumos;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro e incentivo à carreira acadêmica;

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), pelo apoio financeiro no Projeto de Pesquisa Matriz ao qual esta dissertação esteve vinculada;

À Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde-BA, em particular à equipe da Secretaria Municipal de Saúde em nome da sua titular, Prof^a. Dr^a. Marília Santos Fontoura, pela ousadia em perceber a investigação científica como forte aliada nos processos de gestão no sistema municipal de saúde;

Às(aos) alunas(os) de iniciação científica tutoriadas(os) por mim, Aiara Nascimento Amaral Bomfim (Bolsista FAPESB), Rafael Damasceno de Barros (Bolsista CNPq), e Yasminie Mota Silveira (Voluntária), pela cumplicidade nas visitas à São Francisco do Conde, e pela disponibilidade em aprender a aprender;

Às Amigas de Mestrado, companheiras de ingressos na turma 2009.2 (Andréia Rodrigues, Emanuelle Góes, Gleide Oliveira, Rayssa Paranhos, e Telma Oliveira), pelos momentos prazerosos e por tornar esta caminhada ainda mais gratificante;

À Amiga-Irmã M.Sc. Simone Santos Souza (“Simoninha”), pela surpreendente capacidade de ser competente em tudo que se dispõe a fazer com muita SIMPLICIDADE, pelo afago a cada aula e pela motivação imprescindível para que eu continuasse; Agradeço a Deus por ter me lembrado que pessoas generosas, como você e seus pais encantadores, ainda são maioria no mundo!

À Teógenes Bagano Guimarães (“Téo”), pela morada compartilhada em Salvador entre tantos meses de risos, conselhos, bons exemplos, desabafos, conflitos, possibilitando aprendizados tão ricos como nos conteúdos ministrados durante o Mestrado;

Aos(às) novos(as) amigos(as) de Salvador, a exemplo de Jordem Rocha Miranda Di Giovanni (J G), Tacao Toyosumi, Artur Sardeiro, Tiago Rocha, Lucien Pires, Romario Penna

Forte, Clenilson Carvalho, Alexandre Ramos, Ricardo Carvalho, Lena, “China”, Jarbas, Anderson, Lica, Jaci, Cícero, Luiz Henrique Caldas, e muitos outros nessa terra que transbordou acolhimento para além do período carnavalesco;

À Enfermeira Gabrielle Miranda Nunes, pela lealdade com que perpetuou nossa amizade, frutificada em momentos de descontração e leveza revigorantes, e por constituir-se exemplo de superação;

Aos integrantes da Secretaria Municipal de Saúde de Juazeiro-BA, em especial ao titular da pasta Ubiratan Pedrosa Moreira (“Bira”), Rogério Cássio Leal Rodrigues, e Mário Sérgio Oliveira Machado, pela liberação durante o Mestrado, compreensão nos momentos mais atribulados, e pela sensibilidade e maturidade com que percebem a qualificação de seus profissionais. Percebi trabalhando com vocês (Luciana, Levi, Nivaldo, Lourdes, Daniella, Eliete, Geandry, Ianni, Renata, e muitos/as outros/as) que os títulos acadêmicos como este, tornar-se-ão efetivamente dignos quando aliados à batalha diária por uma assistência à saúde pública de qualidade, nesta família comprometida com um SUS mais humano!

**SEM TODAS(OS), NÃO SERIA MERECEDOR DESTA CONQUISTA...
RECEBAM MEU SINCERO CARINHO!**

“É muito melhor arriscar coisas grandiosas, alcançar triunfos e glórias, mesmo expondo-se a derrota, do que formar fila com os pobres de espírito que nem gozam muito nem sofrem muito, porque vivem nessa penumbra cinzenta que não conhece vitória nem derrota”

Theodore Roosevelt

“Nenhum país, nenhuma comunidade, está imune à *violência*, mas também não estamos *impotentes* diante dela”

Nelson Mandela

SILVA FILHO, Cláudio Claudino. **Violência Doméstica Contra a Mulher:** representações sociais de profissionais na estratégia de saúde da família. 2013. 151 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem. 2013 (Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Normélia Maria Freire Diniz; Co-orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Nadirlene Pereira Gomes).

RESUMO

Esta dissertação teve como objeto de estudo as representações sociais de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a violência doméstica contra mulheres e a assistência prestada, sendo integrante do Projeto matriz “*Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde*”, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB). O objetivo geral foi analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência prestada. Os objetivos específicos foram identificar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher; e descrever as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência prestada. Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa, a partir do eixo teórico da Teoria das Representações Sociais. Os sujeitos do estudo foram 52 profissionais que atuam na ESF em São Francisco do Conde-BA. Respeitaram-se as premissas éticas e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o nº 01/2011, realizou-se a coleta através do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) e da entrevista. Os dados provenientes do TALP foram processados através do EVOC-2003 e os dados qualitativos foram organizados com base na Análise de Conteúdo de Bardin. O estudo permitiu mostrar que a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre violência doméstica contra a mulher encontra-se sustentada por elementos no Núcleo Central que guardam relação com o poder legitimado socialmente ao homem sobre a mulher (“abuso”, “covardia”, “intolerância”, “desrespeito” e “submissão”), e com sentimentos que mostram a fragilidade da mulher em vivência de violência doméstica (“medo”, “desespero” e “tristeza”). A ESF mostrou-se como um espaço privilegiado para identificação e enfrentamento de situações de violência doméstica, mas os profissionais reconhecem esta expressão da violência principalmente vinculada a manifestações físicas, representação que repercute em atendimentos pautados no biológico. O enfrentamento da violência doméstica para a mulher é representado como centrado na autoestima, apoio familiar e denúncia, sendo que as(os) colaboradoras(es) desconhecem os serviços para encaminhamento dentro da Rede local, o que limita o atendimento de saúde na perspectiva da integralidade. Sinaliza-se a necessidade de aperfeiçoamento no processo de reconhecimento e abordagem da violência pelos profissionais na atenção primária à saúde, valorizando o diálogo, a escuta, e o reconhecimento do outro como sujeito de direitos.

Palavras-Chave: Violência doméstica; Assistência integral à saúde da mulher; Saúde da família; Ação intersetorial; Enfermagem.

SILVA FILHO, Claudio Claudino. **Domestic Violence Against Women:** social representations of professionals in the health strategy of the family. 2013. 151 p. Dissertation (M.Sc.Nursing) - Federal University of Bahia, School of Nursing. 2013 Advisor: Prof. Normélia Maria Freire Diniz, D.Sc.; co-advisor: Prof. Nadirlene Pereira Gomes, D.Sc.).

ABSTRACT

This dissertation had as its object of study the social representations of professionals from the Family Health Strategy (FHS) on domestic violence against women and assistance given, it being an integral part of the "Vulnerability Factors on the Health of Children and Adolescents in San Francisco do Conde" matrix project, supported by the Research Foundation of the State of Bahia (FAPESB). The overall objective was to analyze the social representations of health professionals on domestic violence against women and health care. The specific objectives were to identify the structure and content of social representations of health professionals on domestic violence against women, and describe the social representations of health professionals on domestic violence against women and health care. It is a descriptive exploratory qualitative approach, from the theoretical and methodological framework of the Theory of Social Representations. The study subjects were 52 professionals working at the ESF in San Francisco do Conde, Bahia, with respect to the ethical and legal premises of Resolution 196/96 of the National Health Council (CNS). After the approval of the project by the Ethics Committee (CEP) under the No. 01/2011, the collection of data was gathered through the Free Word Association Test (TALP) and by interviews. The data from the TALP were processed through the EVOC-2003 and qualitative data were organized based on the content analysis of Bardin. The study allowed to show that the structure of social representations of health professionals on domestic violence against women is supported by the Central Core elements that relate to the socially legitimated power over women ("abuse", "cowardice", "intolerance", "disrespect" and "submission"), and feelings that show the fragility of a woman experiencing domestic violence ("fear", "despair" and "sadness"). The ESF has shown itself as a privileged space for identifying and coping with situations of domestic violence, but professionals often recognize that this expression of political violence is mainly linked to physical manifestations, a representation which is reflected by assistance being given based only in the biological sense. Tackling domestic violence for women is represented as centered on self-esteem, family support and denunciation, and the staff members are unaware of services regarding the adequate routing of patients within the local network, which limits the health care from the perspective of its integrity. It shows the need for improvement in the recognition process and in the addressing of violence by professionals in primary health care, valuing dialogue, listening, and recognizing the other as subject of rights.

Keywords: Domestic violence; Full assistance to women's health; Family Health; Intersectorial action; Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Distribuição das(os) colaboradoras(es) por fase de participação no estudo (f=52).....	33
Quadro 02 – Síntese dos Resultados do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP), São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52).....	40
Quadro 03 - Estrutura das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre “Violência Doméstica Contra a Mulher” - Quadro de Quatro Casas - São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52).....	41
Quadro 04 - <i>Ordem Média de Palavras</i> das Representações Sociais de profissionais de saúde sobre “Violência Doméstica Contra a Mulher”, São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52).....	44
Quadro 05 – Organização dos Temas e Categorias expressos por profissionais de saúde, São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=16).....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID 10	Classificação Internacional de Doenças nº 10
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CRESAM	Centro de Referência à Saúde da Mulher
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DEAM	Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher
DIS	Diretoria de Informações em Saúde
EE-UFBA	Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
EVOC	<i>Software</i> de análise de evocações
FACEPE	Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco
FAPESB	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PSF	Programa de Saúde da Família
SESAB	Secretaria de Estado de Saúde da Bahia
SISNEP	Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
TALP	<i>Test of Free Association of Words</i> (Teste de Associação Livre de Palavras)
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UNIVASF	Universidade Federal do Vale do São Francisco
VIVA	Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	20
2.1 Violência como problema de Saúde Pública.....	20
2.2 Gênero, Violência Doméstica contra a Mulher e Políticas Públicas.....	22
2.3 Violência doméstica contra a mulher e a Estratégia Saúde da Família.....	26
3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO.....	29
3.1 Caracterização do estudo.....	29
3.2 Referencial teórico: Teoria das Representações Sociais.....	30
3.3 <i>Lócus</i> de estudo.....	31
3.4 Colaboradoras e Colaboradores do estudo.....	32
3.5 Questões éticas e legais.....	34
3.7 Coleta de dados.....	35
3.8 Organização e análise dos dados.....	37
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	39
4.1 Caracterização Social e Demográfica das(os) Colaboradoras(es).....	39
4.2 A Estrutura das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica Contra a Mulher.....	40
4.3 O Conteúdo das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica Contra a Mulher.....	50
4.3.1 Tema: Representações de Gênero.....	51
Categoria: O Ser mulher na atualidade.....	51
4.3.2 Tema: Violência Doméstica.....	56
Categoria: Expressão e Repercussão.....	56
Categoria: Enfrentamento (Autoestima, Apoio familiar e Denúncia).....	60
4.3.3 Tema: Assistência.....	63
Categoria: Não Identificação.....	63
Categoria: Fragilidades na Rede.....	67
Categoria: Julgamento.....	69

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73
REFERÊNCIAS.....	75
APÊNDICES.....	90
APÊNDICE A – Documento institucional de apresentação e solicitação de autorização para o desenvolvimento do estudo.....	90
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	92
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados.....	94
APÊNDICE D – Detalhamento da Caracterização sócio-demográfica das(os) colaboradoras(es)	97
APÊNDICE E - Transcrição das entrevistas.....	99
ANEXOS.....	139
ANEXO A – Aprovação de apoio financeiro pela FAPESB para projeto de pesquisa matriz.....	139
ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de São Francisco do Conde-BA	140
ANEXO C – Parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para o desenvolvimento do projeto de pesquisa matriz.....	141
ANEXO D – Parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para o desenvolvimento do projeto de Pesquisa para a dissertação de Mestrado.....	142
ANEXO E - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde-BA.....	143
ANEXO F – Disposição das Unidades Básicas de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde-BA.....	144
ANEXO G – Distribuição das Palavras evocadas pelas(os) colaboradoras(es) por frequência e ordem média – EVOC 2003.....	145
ANEXO H – Dicionário de Termos Evocados – EVOC 2003.....	148
ANEXO I - Distribuição dos Termos Evocados pelas(os) colaboradoras(es) segundo quadrantes do quadro de quatro casas - EVOC 2003.....	150

1 INTRODUÇÃO

Desde tempos imemoriais, a violência se faz presente na história da humanidade. Dos relatos bíblicos à contemporaneidade, passando pelas pinturas rupestres, há evidências de que a violência sempre existiu nas relações sociais em diferentes civilizações humanas.

Para enfrentar o problema, foram traçadas algumas políticas mundiais, entre elas a Declaração Universal dos Direitos Humanos, adotada e proclamada pela Resolução nº 217 da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948 e assinada pelo Brasil na mesma data (ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948). Este tratado internacional diz – nos artigos 1º e 5º - que todos os indivíduos nascem livres e iguais em dignidade e direitos, devendo possuir razão e consciência e agir fraternalmente uns com os outros, sendo proibidos a tortura e o tratamento cruel, desumano ou degradante.

No Brasil, do início da década de 1980 até os dias atuais, os acidentes de trânsito e a violência, que integram o grupo chamado “causas externas de morbidade e mortalidade”, constituem a segunda causa de óbito na faixa etária compreendida entre os 05 e os 39 anos (BRASIL, 2008a), perdendo apenas para os óbitos por doenças cardiovasculares (BRASIL/DATASUS, 2012).

Em 2007, os homicídios e óbitos por acidentes de trânsito corresponderam a quase dois terços das mortes por causas externas, assim distribuídos: 26,8 homicídios por grupo de 100.000 habitantes e 23,5 mortes no trânsito por grupo de 100.000 pessoas. Os homens jovens, negros e pobres são o alvo principal desse grupo (REICHENHEIM *et al.* 2011).

Em 2009 e 2010, foram notificados 100.849 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências em todo o território nacional: 36.604 em 2009 e 64.245 em 2010, praticamente o dobro de notificações. Isso possivelmente se deve ao fato de que os profissionais estão mais sensíveis à notificação compulsória. Chama a atenção o fato de que, entre os casos notificados, 34.376 foram de homens e 66.350, de mulheres, o que mostra a magnitude da violência contra a mulher (BRASIL/VIVA, 2011a).

A Bahia ocupa o quinto lugar no *ranking* dos estados que notificam a violência doméstica no Brasil, com 2.268 notificações em 2009 e 3.771 em 2010, perdendo apenas para São Paulo, Mato Grosso do Sul, Pernambuco e Rio Grande do Sul em número absoluto de notificações (BRASIL/VIVA, 2011a). Segundo informações da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), no período de 2001 a 2011 as causas externas ocuparam o terceiro lugar

em mortalidade proporcional no estado (13% dos óbitos), igualando-se mais ou menos ao número de neoplasias (BAHIA/SESAB-DIS, 2011).

Em Salvador, somente em 2009 58% das mortes dentro do grupo das causas externas foram por agressão (BAHIA/SESAB-DIS, 2011). Percebe-se também um significativo aumento (400% aproximadamente) no número total de homicídios entre 2001 e 2010, segundo dados da Secretaria Municipal de Saúde. Exemplificando: em 2009 houve uma média de sete homicídios por dia na capital soteropolitana, números estatisticamente mais altos do que os de outras capitais brasileiras como João Pessoa, Curitiba ou Vitória (GOMES; LOCHE, 2011).

A Região Metropolitana de Salvador é constituída por 11 municípios, entre os quais São Francisco do Conde. Nesta localidade, de 2006 a 2011 (janeiro), os homicídios totalizaram aproximadamente 51% dos óbitos por causas externas, representando, respectivamente, sete e nove vezes mais mortes do que, por exemplo, por tuberculose e por AIDS na localidade acima citada. Entre as mortes por agressão, as armas de fogo ou os objetos cortantes e/ou penetrantes estiveram entre os principais instrumentos letais, totalizando cerca de 90% das agressões no período (BAHIA/DIS-SESAB, 2011).

Podemos perceber que São Francisco do Conde não fica distante do perfil nacional e dos grandes aglomerados urbanos no que se refere às causas externas, onde as agressões são a primeira causa de morte, superando os acidentes de transporte.

A dificuldade na identificação da violência doméstica faz com que estes indicadores de causas externas continuem a ser subestimados, fazendo com que tudo ocorra de forma silenciosa. Dessa forma, não podemos calcular precisamente a carga da violência que incide sobre os sistemas de assistência à saúde e os seus efeitos sobre a produtividade econômica (LEÔNICIO *et al.* 2008).

Em 2003, é implantada a Lei de Notificação Compulsória da violência contra a mulher nos serviços de saúde, com o objetivo de mensurar o fenômeno que se encontra invisível (BRASIL, 2003). A notificação tem um papel estratégico no desencadear de ações de prevenção, proteção, vigilância e monitoramento da situação de saúde relacionada às violências. É um dos mecanismos definidos pelas políticas públicas, sendo um instrumento que pode viabilizar a médio ou a longo prazo a garantia de direitos e proteção social das mulheres em situação de violência (BRASIL, 2010a).

Apesar desta obrigatoriedade, a implementação da Lei vem ocorrendo de forma incipiente no Brasil. Inaugurada em 2006 a fim de obter um quadro mais completo do problema e atender à legislação vigente no País, a Rede de Serviços Sentinela de Vigilância

de Violências e Acidentes (Rede VIVA) foi criada no sentido de complementar o sistema de informações existente para a vigilância dessas causas. No entanto, isso está longe de ser suficiente, visto que é baixa a taxa de adesão por parte dos municípios e inadequados o preenchimento e a alimentação dos dados (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

Em São Francisco do Conde, ainda não foi implantada a notificação compulsória da violência doméstica contra a mulher, o que compromete as estatísticas oficiais consolidadas pelo Ministério da Saúde, que não consideram a violência sofrida (em seus tipos e manifestações diversas) como figurando entre os óbitos por causas violentas.

Vale salientar que até 2009 o município carecia de pesquisas referentes a sua situação de saúde. Foi somente a partir de uma parceria entre a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, o Governo do Estado da Bahia e a Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), através do Edital 026/2009 PRÓ-SAÚDE SFC, que as instituições de ensino superior foram estimuladas a submeter propostas de pesquisas com foco na saúde de seus municípios, com a finalidade de formular políticas públicas.

Considerando que em São Francisco do Conde não existem estudos específicos que abordem o enfrentamento da violência doméstica pelos profissionais de saúde, tornou-se imperativo investir em pesquisas para revelar essa realidade. Esta dissertação de Mestrado está vinculada ao projeto de pesquisa intitulado “*Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde*”¹.

Existem alguns grupos sociais considerados mais vulneráveis a situações de violência, como, por exemplo, os deficientes físicos, as crianças e adolescentes, os idosos e as mulheres (BUDÓ *et al.*, 2010). Segundo Minayo e Deslandes (2007), a violência está ligada a um processo de adoecimento, acarretando danos físicos e psicológicos e comprometendo a saúde dos indivíduos que a vivenciam, podendo levá-los à morte (BRASIL, 2010a).

As consequências dos atos violentos passaram a ser estudadas com mais intensidade a partir dos anos 90, quando houve um aumento exponencial da produção técnico-científica (SOUZA; MINAYO, 2010).

Também existem vários dispositivos trazidos pelas políticas públicas que dão notoriedade à violência enquanto um problema social.

Ainda nos anos 80, uma resposta do governo à mobilização social do movimento feminista, que tinha como principais bandeiras a violência e a saúde da mulher, seria assumir

¹ Recursos financeiros aprovados conforme termos do Edital N° 026/2009 (Pró-Saúde São Francisco do Conde (Classificado Beneficiado na Linha 01)), pedido 7609/2009, uma parceria entre a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, o Governo do Estado da Bahia e a FAPESB, coordenado pela Profª. Drª. Clímene Laura de Camargo e demais pesquisadores e pesquisadoras da Escola de Enfermagem da UFBA (ANEXO A).

esse problema como uma questão de saúde e implantar o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, o PAISM (SILVA, 2003). Já em 2004 este programa se consolida sob a forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (BRASIL, 2011b).

São exemplos de políticas públicas vinculadas à questão da violência a criação das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (DEAM) em 1986; o compromisso brasileiro junto à Convenção de eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher, em 1988; a assinatura da Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, em 1995; e a Lei Maria da Penha, para punir de forma mais severa a violência doméstica e dentro da família, promulgada em 2006 (REICHENHEIM *et al.* 2011).

Apesar destes importantes dispositivos, estudos avaliam que a implementação das políticas acima citadas, por diversos motivos, não é realizada na maioria dos municípios brasileiros. Entre esses motivos estão a não organização, estruturação e articulação dos serviços, o que reforça que o atendimento à situação de violência vem sendo incorporado lentamente no cotidiano das práticas de saúde.

O atendimento na rede de saúde pode ser a primeira oportunidade de revelação de uma situação de violência. Leal (2010) assinala que os profissionais de saúde muitas vezes não conseguem identificar mulheres em situação de violência, e quando o fazem não percebem a importância do registro, pois não estão sensibilizados para a necessidade de investigação da vivência de violência doméstica e/ou conjugal.

Esta problemática, que afeta de 20 a 50% das mulheres, não pode ser objeto de estigmatização ou vergonha, e o receio dos profissionais de abordar o assunto muitas vezes denota, antes, um julgamento moral próprio, e não um constrangimento, por parte das usuárias, de expor a situação (LA TAILLE, 2009).

Em pesquisa realizada por Porto e Luz (2004), cujo objetivo foi identificar como, sob a ótica das mulheres em situação de violência, é realizado o acolhimento nas Unidades Básicas de Saúde, pôde-se perceber que há um sentimento de impotência por parte dos profissionais e isto faz com que o atendimento seja voltado apenas para os ferimentos.

A capacitação dos profissionais de saúde para diagnosticar os casos de violência é uma das prioridades do Ministério da Saúde, sendo um dos elementos que contribuirá para a prevenção e busca precoce por orientação e o apoio às mulheres em situação de violência doméstica (BRASIL, 2010a).

Segundo Leal (2010) e Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006), mesmo após o processo de capacitação e a experiência acumulada no atendimento, os profissionais continuam culpando a mulher pela violência sofrida, representando-a como dependente e submissa, o que revela uma reprodução cultural de estereótipos e solidifica percepções sexistas e reducionistas. Assim, embora existam diversas capacitações com vistas a uma melhor preparação dos profissionais para o atendimento às mulheres em situação de violência, estudos mostram que este processo requer métodos apropriados que favoreçam a desconstrução de estereótipos apreendidos culturalmente e um trabalho a partir das subjetividades.

Assim, indagamos: quais as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência por eles prestada?

Nesta perspectiva, nosso objeto de estudo serão as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência por eles prestada.

O estudo tem como objetivo geral analisar as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência prestada e os objetivos específicos são

- Identificar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher;
- Descrever as representações sociais de profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra a mulher e a assistência por eles prestada.

Minha aproximação com a temática de estudo se deu no decorrer do curso de graduação na Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) de forma curricular na cadeira de Metodologia da Pesquisa² e por meio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC)³.

² Esta primeira experiência, publicada no livro *“Saúde e Enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional”* (GOMES; RAMOS, 2008) e intitulada *“Realização de Exame Preventivo do Câncer de Colo de Útero: conhecimento de mulheres petrolinenses”*, mostrou que, apesar do satisfatório conhecimento das entrevistadas, muito ainda se tem a melhorar na assistência às mulheres, não só em relação a este procedimento específico (DOURADO *et al.*, 2008).

³ Projetos de iniciação científica *“Violência Institucional: percepção de mulheres acerca do Exame Preventivo”* (PIBIC-FAPESB/UNIVASF, 2006-2007), financiado pela FAPESB e *“Percepção dos profissionais de saúde do PSF no município de Juazeiro (BA) acerca da violência doméstica contra a mulher”* (PIBIC-FAPESB/UNIVASF, 2007-2008). Estas pesquisas geraram o artigo *“Violência Institucional: análise a partir da assistência prestada às mulheres durante o Exame Papanicolau”*, vencedor do 1º Prêmio Naíde Teodósio de Estudos de Gênero, prêmio concedido pela Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de

Depois, em parceria com a Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina (PE), somaram-se esforços para o fortalecimento da Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Sexual⁴.

Após a conclusão do Bacharelado em Enfermagem, fui convidado a assumir um cargo de gestão pública em saúde, coordenando o setor de Doenças e Agravos Não-Transmissíveis e o Núcleo de Prevenção à Violência e Cultura de Paz de Juazeiro (BA). Chamou-me a atenção o despreparo dos profissionais na Estratégia de Saúde da Família para lidar com a violência, especialmente a doméstica.

Daí a relevância desse objeto de estudo, a saber, a violência, para a Enfermagem, visto ser esta uma profissão singular na promoção da saúde entre grupos socialmente vulneráveis a agravos, além de agir em cooperação com os outros profissionais na busca constante pela melhoria na qualidade da assistência (ARAÚJO, 2009) e na luta pela consolidação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sob a ótica da humanização na assistência e do verdadeiro acolhimento nos serviços de saúde.

Pernambuco (FACEPE), em parceria com o Governo do Estado de Pernambuco, por meio da Secretaria Especial da Mulher, publicado no Diário Oficial do Estado de Pernambuco no dia 11 de Março de 2008.

⁴ Projeto de Extensão intitulado “*Rede de Atenção à Mulher em Situação de Violência Doméstica e Sexual*”, financiado pelo Ministério da Saúde, uma parceria entre o Colegiado de Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF) e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Petrolina (PE), desenvolvido entre outubro de 2006 e abril de 2008. Os objetivos deste projeto eram articular a rede das instituições que assistem direta ou indiretamente às mulheres em situação de violência doméstica e sexual e construir um guia informativo a respeito das instituições envolvidas.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Violência como problema de Saúde Pública

A temática violência tem ganhado considerável visibilidade nos últimos anos devido aos seus impactos socioeconômicos, inclusive sobre o setor saúde. Isso se reflete em mais literatura científica sobre o assunto e no aumento de políticas públicas.

Por causa da violência, os custos se traduzem em bilhões de dólares em gastos anuais com assistência à saúde no mundo todo e, no caso das economias nacionais, mais alguns bilhões em termos de dias de trabalho perdidos, aplicação das leis e perdas em investimentos (CARVALHO, 2007).

Cálculos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) estimam que 3,3% do PIB brasileiro são gastos diretamente com esse fenômeno, valor que sobe para 10,5%, quando aí são incluídos custos indiretos e transferências de recursos. Só em relação a estes custos diretos da violência em nosso país, a cifra é três vezes mais elevada do que o valor investido no Brasil, atualmente, em Ciência e Tecnologia, no investimento na educação superior, formação de pesquisadores, etc. (MINAYO, 2006).

Os atos violentos estão incluídos na denominação categórica de “Causas Externas”. Este grupo compreende os óbitos provocados por fatores externos ao organismo, tais como, por exemplo, acidentes de trânsito, suicídios, homicídios, intervenções legais e outros (WHO/ICD, 2012).

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o aumento da mortalidade por causas externas já está tendo impacto na esperança de vida dos brasileiros, justificando as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). A OMS afirma que a violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em vários países (MINAYO, 2006).

As estatísticas sobre violência dizem respeito antes às suas consequências diretas. Entretanto, devemos considerar também as vítimas indiretas que faz, fenômeno muito mais difícil de ser mensurado. Por exemplo, em caso de homicídio, além da vítima, a família inteira é atingida (BISPO, 2011).

Segundo Souza e Lima (2007), a morbidade por violência no Brasil vem demandando, cada vez mais, uma quantidade maior de leitos hospitalares. Daí a relevância do setor saúde para o enfrentamento da violência, a partir do diagnóstico, registro e notificação dos casos de violência e do acolhimento às vítimas (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

O despreparo destes profissionais para atender integralmente às pessoas em situação de violência é constantemente apontado nos trabalhos realizados pelo país, mesmo sendo a saúde muitas vezes a porta de entrada para os casos de violência. Daí a necessidade de a violência ser incluída como objeto pelos profissionais atuantes no setor saúde, e não apenas enquanto questão de polícia, a que tantas vezes ela é reduzida. Percebe-se, pois, que há muito a ser feito no sentido de garantir uma assistência que leve em conta as particularidades de cada um (GOMES *et al.*, 2009).

A violência contra a mulher, segundo a Organização das Nações Unidas (UNODC/ONU MULHERES, 2011), é considerada a violação dos direitos humanos que mais afeta a saúde das mulheres em todo o mundo. Portanto, os profissionais de saúde devem identificar a violência doméstica, encarando-a como questão de saúde e, por conseguinte, como parte de seu trabalho (LEAL, 2010). Com isso, a violência se torna um problema que diz respeito a nós enquanto técnicos, estudiosos ou prestadores de assistência à saúde.

Começamos, portanto, a entender a necessidade de uma melhor compreensão da violência na área da saúde, pois, segundo Minayo (2006), mesmo não sendo a violência um problema exclusivo deste setor, ela o afeta diretamente, causando impacto não apenas no âmbito individual, mas também implicando perdas para o bem-estar, a segurança da comunidade e os direitos humanos.

A sensibilização em relação à relevância do tema como pauta para a ação de saúde se inicia com a questão da violência contra crianças, com os profissionais de saúde começando a atentar para a chamada "síndrome do bebê espancado" (MINAYO, 2007).

Em 2002, a Organização Mundial de Saúde incorpora a sua agenda prioritária a violência, instigando todas as nações ao seu enfrentamento a partir do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002). No Brasil, a nível de políticas de saúde, ressalta-se a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Tal política assevera que a saúde constitui um direito humano primordial para o desenvolvimento socioeconômico, que o respeito à vida constitui valor ético da cultura e da saúde e que a promoção da saúde deve embasar todos os planos, programas, projetos e iniciativas de redução da violência e dos acidentes (BRASIL, 2001).

Contudo, a incorporação desta problemática à agenda de atuação do setor saúde mostrou-se demorada e inconsistente: é bastante considerar as inúmeras repercussões para a saúde das vítimas, que perpassam as fronteiras do biológico e dizem respeito a aspectos biopsicossociais (MINAYO, 2007). Esta difícil incorporação pode estar associada à dificuldade que têm os profissionais de saúde de admitir seu reduzido “poder” de atuação, uma vez que a violência demanda políticas e intervenções intersetoriais e interdisciplinares para seu enfrentamento e isoladamente não se pode fazer nada. Devemos, ao invés disso, pensar a violência como um processo bem mais amplo, arraigado nas dinâmicas sociais, históricas e culturais de forma insidiosa e muitas vezes simbólica, de difícil percepção (PESAVENTO, 2006).

Apesar de um dos mais impactantes problemas de saúde no perfil epidemiológico nacional, a violência vem sendo pouco incorporada à pauta de atuação do setor e dos profissionais de saúde, que possuem um papel fundamental e estratégico no enfrentamento da violência, não só atuando na atenção e na recuperação das vítimas, mas também na coordenação de ações específicas de promoção à saúde em seu sentido mais amplo.

2.2 Gênero, Violência Doméstica contra a Mulher e Políticas Públicas

A violência doméstica contra a mulher guarda relação com a construção social da identidade de homens e mulheres e ganha visibilidade a partir do movimento feminista, implicando a construção histórica de políticas públicas.

A violência se manifesta, na sociedade contemporânea, na destruição, no aniquilamento da identidade individual e coletiva, na intolerância, na dificuldade de conviver com a diferença, na construção da exclusão social e na prática de atos cruéis contra populações mais vulneráveis (SILVA, 2010). Nesse quadro sócio-histórico de intolerância, as mulheres constituem um dos grupos sociais mais vulneráveis às agressões.

A violência se apresenta de formas diferentes para homens e mulheres: enquanto a violência contra homens está mais vinculada ao espaço público, sendo realizada por outros homens, a violência contra as mulheres é praticada em geral por homem conhecido e com quem ela mantém laços de afetividade no espaço domiciliar, o que caracteriza a chamada violência doméstica (VILLELA, 2010).

A violência doméstica pode ser definida como qualquer ação ou omissão baseada no gênero que tenha o potencial de causar ou que de fato constitua lesões físicas, sexuais ou psicológicas, com impactos morais ou patrimoniais, podendo levar à morte (BRASIL, 2010a).

A violência doméstica contra a mulher distingue-se da violência intrafamiliar por ser mais abrangente, pois enquanto a segunda se caracteriza por ser praticada por um membro da família, ou seja, alguém que tenha laços de consanguinidade com a vítima, dentro ou fora do domicílio, a primeira vai além dos laços do parentesco, podendo ser praticada por outros membros do grupo que convivam no espaço doméstico. Aí se incluem empregados e empregadas, pessoas que convivem com a vítima esporadicamente e agregados (TAQUETTE, *et al.* 2007).

Dos vários tipos de agressões que ocorrem dentro de casa, a violência praticada pelo homem contra sua companheira é a mais comum, configurando a chamada violência conjugal (GOMES, 2009). Esse tipo de violência é praticado, na maioria das vezes, por pessoas do convívio familiar das mulheres, como companheiro, amante, namorado, entre outros, e com os quais muitas vezes se estabelecem relações de dependência, entre as quais a financeira e a psicológica (SCHRAIBER *et al.* 2007; QUEIROZ, 2002). Envolve atos repetitivos, que vão se agravando, em frequência e intensidade, como coerção, cerceamento, humilhação, desqualificação, ameaças e agressões físicas e sexuais variadas (BRASIL, 2010a).

Esse quadro aponta para a intolerância pela qual as mulheres vêm passando nos últimos dois séculos. Ao discutirmos essa cristalização do preconceito contra a mulher, não devemos deixar de mencionar o aspecto cultural, visto que elas foram por muito tempo alijadas das políticas públicas e tornadas invisíveis na história das mais diferentes sociedades, escrita, em sua maioria, por homens, sob a ótica sexista. A cultura machista, portanto, na sociedade atual, é a mediadora de relações interpessoais desiguais entre homens e mulheres (PRESTES; OLIVEIRA, 2005).

Sendo uma problemática representada a partir de um complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais, a categoria gênero pode ser considerada uma perspectiva ou recorte analítico para compreender a violência doméstica contra a mulher enquanto fenômeno social.

Uma das primeiras a tentar explicar a subordinação da mulher e a dominação dos homens foi Joan Scott, que analisou o gênero como elemento constitutivo das relações sociais baseadas nas diferenças entre os sexos e como forma de manifestar poder (SCOTT, 1991). A autora trazia as diferenciações entre *sexo* e *gênero*, pois enquanto o primeiro diz respeito às

características biológicas, o segundo concerne à maneira que estas diferenças assumem nas diferentes sociedades historicamente.

Segundo Gomes e Diniz (2008), a construção de identidades e papéis de gênero, vista a partir de uma ótica patriarcal e machista, se baseia no fato de que os papéis sociais nascem quando nasce uma criança: enquanto o menino representa a força, a menina é estereotipada e a ela são atribuídas a submissão, a fragilidade, o sentimentalismo.

Até a década de 70, no Brasil, a violência entre parceiros íntimos era tratada como um problema privado, que só podia ser resolvido pelos envolvidos. As normas e leis da sociedade permitiam ou não puniam a violência de gênero, como nos casos de assassinatos de mulheres em que se alegava a defesa da honra (BLAY, 2003).

Foi a partir dos movimentos feministas na década de 80 que a violência saiu do âmbito privado e adquiriu visibilidade na esfera pública, o que resultou em uma grande mobilização social, repercutindo na criação de delegacias de polícia especializada em crimes de violência e casas de abrigo (BRUSCHI; PAULA; BORDIN, 2006; MINAYO, 2006).

Nos anos 80, um importante marco histórico e político para a visibilidade da violência doméstica no setor saúde foi a criação do Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher - PAISM (BRASIL, 2011b; SILVA, 2003). Na época de sua criação, a discussão mundial acerca da mulher se pautava predominantemente no controle da natalidade. Por isso, esse programa foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, incorporando no ideário feminista a preocupação com a atenção à saúde integral, responsabilizando o estado brasileiro pelos aspectos da saúde reprodutiva. O atendimento à saúde integral da mulher passou a representar um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos das mesmas (PEREIRA, 2008).

Ao longo dos anos, a perspectiva de gênero trouxe valiosas contribuições e reflexões ao processo saúde-doença das mulheres. Sabe-se que estas últimas adoecem mais e têm mais problemas psicológicos, daí utilizarem mais os serviços de saúde, embora vivam mais que os homens (BRASIL, 2008a; PINHEIRO *et al.*, 2002).

Nos anos 90, além de remeter o problema à área da justiça e da polícia, o movimento de mulheres direciona a discussão da violência contra a mulher para três campos principais: os direitos humanos, a saúde e o desenvolvimento social (NERY; VASCONCELOS, 2011). Os estudos de gênero deram visibilidade à pouca valorização do trabalho feminino e ao aumento na proporção de mulheres chefes de família, sem, contudo, a contrapartida jurídica e salarial vigentes com relação aos homens (IBGE, 2010).

Nessa mesma década, vários acontecimentos despertaram para a necessidade de se combater a violência contra as mulheres. Entre eles, podemos citar a Conferência Mundial para os Direitos Humanos, realizada em Viena em 1993; a Declaração das nações Unidas para erradicar a violência contra a mulher (no mesmo ano); a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher em 1994 (Convenção de Belém do Pará) (NERY; VASCONCELOS, 2011).

A Convenção de Belém do Pará foi adotada pela Assembléia Geral dos Estados Americanos, em junho de 1994, e ratificada pelo Brasil em novembro do ano seguinte. Ela é de grande importância, por surgir da convicção de que se devia tomar uma atitude com relação a essa situação que afeta milhares de mulheres da América, sem distinção de raça, classe, religião, idade ou qualquer outra condição, sendo uma situação generalizada (CONVENÇÃO DE BELÉM DO PARÁ, 1994). De acordo com o § 2º do artigo 5º da Constituição Federal Brasileira em vigor, esta convenção tem força de lei interna (DINIZ, 2006).

Mais recentemente, em termos de políticas públicas, foi criada, em 24 de novembro de 2003, a Lei nº. 10.778, que estabelece a notificação compulsória, em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços públicos e privados de saúde (BRASIL, 2003). Semelhante lei decorre da ausência de dados sobre o número de mulheres vítimas de violência atendidas em serviços de saúde.

Em 7 de agosto de 2006, foi sancionada, pelo Presidente da República, a Lei 11.340, nomeada Maria da Penha, que visa coibir e eliminar todas as formas de discriminação contra as mulheres, como também, prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher, considerada um marco no campo dos direitos humanos e na luta histórica do movimento de mulheres (BRASIL, 2006a).

Em outras palavras, o feminismo contribuiu decisivamente para a mudança de mentalidade no que diz respeito ao problema violência contra a mulher, pois ajudou na visualização dessa problemática como um problema de cunho social e não individual, e de âmbito público, e não apenas privado, competindo a vários setores estratégias de intervenção (CASTRO; RIQUER, 2003; PEREIRA, 2008).

Mesmo com os avanços trazidos pelo PAISM e demais políticas públicas, há a necessidade de ampliação da atenção à saúde da mulher, colocando em evidência outros aspectos relacionados com o bem-estar da população feminina. Não levar em consideração a violência doméstica na prática dos atendimentos em saúde age como uma barreira para a promoção da saúde integral da mulher e todo o núcleo familiar.

2.3 Violência doméstica contra a mulher e a Estratégia Saúde da Família

Os esforços para o reconhecimento da prevalência da violência contra a mulher e sua caracterização como fenômeno social de grande magnitude vêm crescendo e colocando desafios a todos os que lidam com o problema. Por sua complexidade, a resposta à violência, em particular contra a mulher, exige o engajamento e a contribuição de diferentes profissionais, setores sociais e comunitários e dos governos nacional e local (GOMES *et al.* 2009).

A incorporação da temática da violência contra as mulheres à atenção primária mostra que o setor saúde é uma das portas de entrada mais procuradas pela mulher em situação de violência, devido à maior facilidade de acesso a estes serviços (DINIZ, 2006). Oliveira e Fonseca (2007, p. 609) confirmam que “a atenção básica à saúde pode vir a ser uma eficaz porta de entrada para a mulher que está vivendo relações violentas de gênero”.

Os serviços básicos de saúde são importantes para a detecção da violência doméstica, porque geralmente têm ampla cobertura e estão em contato com as mulheres, podendo reconhecer e acolher o caso antes que incidentes mais graves venham a ocorrer (FROTA, 2008). É consenso entre estudos a respeito da problemática da violência que a Estratégia de Saúde da Família possui caráter privilegiado quanto a sua singular potencialidade de detecção deste fenômeno junto à comunidade (ALBUQUERQUE, 2010; CAVALCANTI, 2005; LEAL, 2010; SILVA; COELHO; CAPONI, 2007).

Isso significa que todos os profissionais de saúde e funcionários que atuam nesses serviços devem estar sensibilizados para as questões de violência contra a mulher e de gênero e qualificados para acolher e oferecer suporte às suas principais demandas (BRASIL, 2010a). Entretanto, os estudos vêm mostrando que os profissionais de saúde não reconhecem a violência doméstica contra a mulher enquanto problema próprio do setor saúde, não devendo, pois, ser investigado como parte do atendimento (GARRIDO, 2004; LEAL, 2010). Entre os motivos alegados, as evidências apontam para o fato de que este problema é tratado como estando circunscrito ao âmbito privado; tal atitude resulta em que as suas vítimas muitas vezes não procurem ajuda e nem reconheçam, nos profissionais de saúde, um apoio.

Nota-se ainda que os crimes cometidos por conhecidos da vítima são continuamente reduzidos, por vários profissionais, a segundo plano, menos graves, portanto, que os crimes contra as mulheres praticados por desconhecidos, o que vai totalmente de encontro ao que reza o Código Penal, que considera um agravante o fato de o agressor ser conhecido da

vítima, por uma questão de abuso de confiança. Isso demonstra que, mesmo com os avanços inegáveis, a violência muitas vezes continua sendo legitimada pela cultura patriarcal, arraigada em muitos profissionais que ainda consideram a violência doméstica um fenômeno privado, não merecendo, portanto, atenção (ALBUQUERQUE, 2010; CAVALCANTI, 2005; LEAL, 2010).

Desse modo, boa parte dos profissionais de saúde não está capacitada para identificar os casos de violência doméstica, papel cabível principalmente àqueles atuantes na atenção primária, por seu contato amplo e direto com a comunidade, o que os coloca em posição estratégica para diagnosticar e atuar sobre o problema da violência (LEAL, 2010).

Cavalcanti (2005) considera que os profissionais de saúde devem estar preparados para o atendimento às mulheres, já que estas, muitas vezes, buscam o serviço de saúde não pela violência em si, mas pelas múltiplas consequências que esta pode trazer a sua saúde. O autor assinala ainda a importância da estruturação e da organização dos serviços de saúde.

Para Gomes *et al.* (2009b), a violência doméstica requer a integração de conhecimentos e serviços, uma vez que seu enfrentamento não pode mais se limitar a ações isoladas, pautadas na linearidade, que por si só não dão conta da complexidade do fenômeno.

O termo integralidade tem sido usado para designar um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), expressando uma das bandeiras de luta do chamado movimento sanitário. Na prática dos serviços, tem funcionado como uma forma de indicar, ainda que de modo sintético, características desejáveis do sistema de saúde e das práticas que nele são exercidas, contrastando-as com características vigentes (MATTOS, 2004). Consagrado pela Constituição de 1988, seu cumprimento pode contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde.

Apesar disso, a integralidade a partir da Saúde da Família tem como um dos principais desafios reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde trabalham atualmente. A mudança das práticas de saúde deve ocorrer nos níveis institucional, de organização e articulação dos serviços de saúde, bem como ao nível das práticas dos profissionais de saúde, superando a lógica médica centrada na estruturação das práticas integrais à saúde (PINHEIRO; MATTOS, 2007).

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006), a Estratégia de Saúde da Família constitui uma ferramenta prioritária para a reorganização da atenção básica. Esta Portaria (BRASIL, 2006b, p.10) salienta que

A atenção básica 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 (...). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006b, p.10).

A Atenção Básica tem na Saúde da Família a estratégia prioritária para a sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste contexto, a saúde da mulher é definida como uma das áreas estratégicas de atuação em todo o território nacional (BRASIL, 2006b).

A implantação, no ano de 1994, do Programa de Saúde da Família (PSF) enquanto estratégia de reorganização da assistência primária à saúde, ao servir de “porta de entrada” do usuário no serviço, vem não só otimizar a atenção básica até então majoritariamente prestada pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), mas, sobretudo, efetivar os princípios do SUS que se limitaram às entrelinhas da Lei Orgânica de Saúde. O processo de implantação e implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi influenciado, pela proposição do SUS, pelas características da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e principalmente pela reorganização da atenção básica por meio da estratégia do PSF. O PSF ousa, pois, em seus ideais, tendo em vista o fragmentado e desigual sistema de saúde contemporâneo, ao tentar garantir uma assistência universal, equânime, integral, contínua, e principalmente resolutiva, à população brasileira (SOUSA, 2008).

No caso do enfrentamento da violência a partir da ESF, estes profissionais de saúde têm como grande desafio, na prática cotidiana, considerar o outro como sujeito e não como objeto (BUBER, 2004), mudando a relação de poder técnico-usuário, pois se trata de um ser social, com vida plena e digna como expressão de seu direito (ANDRADE; FONSECA, 2008).

3 DELINEAMENTO METODOLÓGICO

3.1 Caracterização do estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória, em uma abordagem qualitativa, que utilizou como eixo teórico a Teoria das Representações Sociais.

A pesquisa descritiva e exploratória vem sendo utilizada por pesquisadores sociais preocupados em se familiarizar com determinado fenômeno ou certa população, a partir da descrição de suas características. Com vistas a compreender as subjetividades do objeto, elegemos a abordagem qualitativa. Este método de estudo permite uma melhor interpretação dos fenômenos a partir de seus significantes e contextos, supondo, pois, uma visão mais abrangente dos problemas e um maior dinamismo entre pesquisadores e situação pesquisada (GIL, 2010). Minayo (2010) concorda, e acrescenta que a abordagem qualitativa representa a melhor estratégia de apropriação da subjetividade. Por favorecer o vínculo do pesquisador com o ambiente de pesquisa, este tipo de estudo se torna mais preciso (LAKATOS; MARCONI, 2007).

A partir da primeira metade do século XX, alguns pesquisadores passaram a questionar os conceitos de objetividade, validade e fidedignidade, impostos pelo discurso positivista de neutralidade científica (SANTOS, 2010). A pesquisa social surge então com o desafio no sentido de utilizar uma metodologia qualitativa que permita compreender os contextos históricos e culturais da realidade investigada. A abordagem qualitativa assumiu, assim, a vinculação de suas investigações com os problemas éticos, políticos e sociais, defendendo o comprometimento do pesquisador com a prática e com a transformação humana (CHIZZOTTI, 2003).

Nas ciências sociais, a abordagem qualitativa é o principal método utilizado, pois possibilita o entendimento da complexidade das relações de gênero e sua interface com a saúde (CHIZZOTTI, 2003), sendo utilizado por diversos campos de conhecimento, tais como a História, a Antropologia, a Sociologia, a Educação (SANTOS, 2010).

3.2 Referencial teórico: Teoria das Representações Sociais

A Teoria das Representações Sociais consiste no estudo da origem das idéias, da história do conhecimento humano, da construção de mitos e da transformação das idéias em senso comum (MOSCOVICI, 2003). Em resumo, uma representação é constituída por um conjunto de crenças, informações, opiniões e atitudes sobre um determinado objeto social (SÁ, 1998; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008).

As bases desta teoria surgem a partir da obra de Moscovici, “*La Psychanalyse, son image, son public*”, lançada em 1961 na França. Com a Teoria das Representações Sociais, Moscovici valoriza o saber do senso comum, não dualizado com o saber científico, que ele denomina universo consensual e reificado, respectivamente. Partindo do pressuposto de que existem formas diferentes de conhecer e de se comunicar, o universo consensual consiste principalmente na conversação informal, na vida cotidiana, enquanto o universo reificado se cristaliza no espaço científico, com seus cânones de linguagem e sua hierarquia interna. As representações sociais se constroem com mais frequência na esfera consensual, embora ambas não sejam totalmente estanques e apesar de terem propósitos diferentes, são eficazes e indispensáveis para a vida humana (ARRUDA, 2002; MOSCOVICI, 2003; WOLTER, 2011).

Para entender como as representações são construídas nos grupos sociais, são fundamentais os conceitos de Objetivação e Ancoragem. A Objetivação torna concreto aquilo que é abstrato, transformando um conceito em imagem de uma coisa, retirando-o de seu quadro conceitual científico. Trata-se de transformar o que é abstrato, complexo ou novo em imagem concreta e significativa, com base em concepções que nos são familiares. A Ancoragem, quanto a ela, corresponde à incorporação ou assimilação de novos elementos de um objeto em um sistema de categorias familiares e funcionais ao indivíduo. Desse modo, um novo objeto é ancorado quando passa a fazer parte de um sistema de categorias já existentes (TRINDADE; SANTOS; ALMEIDA, 2011).

No referencial da Teoria das Representações Sociais, adotou-se a abordagem estrutural ou a teoria do núcleo central, proposta por Jean Claude Abric. Esta abordagem considera que uma representação social tem como característica ser organizada em torno de um núcleo central, consistindo em um ou mais elementos que dão significado à representação (ABRIC, 2005).

Os elementos presentes nesse núcleo são representações mais cristalizadas, que podem ser ou não transformadas, a depender da natureza do objeto representado, do tipo de relações

que o grupo mantém com esse objeto e do sistema de valores e padrões sociais que constituem o ambiente de vida (SÁ, 1998; GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008).

As representações sociais expressam elementos culturais ou ideológicos acerca de um objeto, de uma situação, de outros indivíduos ou grupos, contemplando o saber do senso comum e orientando a ação (SPINK, 1995).

No caso particular do objeto dessa dissertação, a Teoria possibilitará uma aproximação com os mecanismos psicológicos e sociais de sua produção, suas operações e funções, permitindo relacionar interações sociais, processos simbólicos e condutas (ALVES-MAZZOTTI, 2008) e assim elucidar como os profissionais de saúde da atenção primária representam a violência doméstica praticada contra as mulheres.

A identificação destas representações sociais possibilitará uma reflexão acerca do comportamento destes profissionais nos diferentes contextos de atuação profissional. Logo, em estudos sobre violência e relações de gênero, a Teoria das Representações Sociais é relevante, por possibilitar a apreensão de elementos que influenciam as atitudes e práticas em saúde.

3.3 *Lócus de estudo*

O trabalho foi realizado em unidades da Estratégia Saúde da Família no município de São Francisco do Conde (BA). Para isto, contamos com o apoio institucional da Secretaria Municipal de Saúde deste município por meio da Coordenação de Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde, mediante carta de anuência (ANEXO B).

Localizado na macrorregião Leste da Bahia, o Censo 2010 do IBGE realizado em São Francisco do Conde relacionou 33.183 habitantes, sendo aproximadamente 15.615 homens e 16.088 mulheres (IBGE, 2012).

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) assinala que São Francisco do Conde apresenta Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M)⁵ de 0,714, ocupando a 16ª posição no estado o que, de acordo com a classificação do PNUD, representa um índice de médio desenvolvimento humano (PNUD, 2011; SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2009a).

⁵ O IDH-M é calculado a partir dos índices de longevidade, educação e renda. Seus valores se situam entre 0, nível mais baixo e 1, nível mais elevado (PNUD, 2011).

A atenção primária à saúde no município, por meio da Estratégia Saúde da Família, possui cobertura aproximada de 60,65% (BRASIL, 2012a), com 11 unidades básicas de Saúde da Família, que se responsabilizam por cerca de 5580 famílias. Cinco destas unidades se localizam na área urbana e seis na área rural (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2009b). Participaram do estudo profissionais de oito das onze unidades (cinco da zona urbana e três da zona rural).

Conforme portaria mínima para credenciamento de unidades básicas junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (BRASIL, 2006b), o quadro de profissionais da ESF ligados à assistência direta (fora o quadro de gestores), panoramicamente é composto por 44 profissionais de saúde de nível superior (11 médicos, 11 enfermeiros, 11 cirurgiões-dentistas, e 11 assistentes sociais), 35 agentes comunitários de saúde e demais profissionais de nível técnico/médio (técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliar de serviços gerais e auxiliar de consultório dentário).

Nesta perspectiva, o enfoque na atenção primária à saúde neste estudo se baseia na necessidade de conhecimento das representações dos profissionais de saúde que atuam na Estratégia de Saúde da Família a respeito da violência doméstica, objeto de estudo deste trabalho. A própria Política Nacional de Atenção Básica está incumbida, pelo poder público, de estimular o intercâmbio de experiências e o desenvolvimento de estudos e pesquisas que busquem o aperfeiçoamento e a disseminação de tecnologias e conhecimentos voltados para a atenção primária (BRASIL, 2006b, p.17).

3.4 Colaboradoras(es) do estudo

Os sujeitos foram escolhidos de maneira aleatória, de forma a que o estudo contemplasse representantes das áreas urbana e rural (ANEXO D - Distribuição completa das Equipes do município). A relação de profissionais por unidades de saúde foi fornecida pelo setor de Recursos Humanos da Secretaria de Saúde.

Os critérios de elegibilidade dos sujeitos foram:

1. Possuir vínculo empregatício e/ou desenvolver atualmente suas atividades profissionais no âmbito da Estratégia Saúde da Família no município *locus*;

2. Atuar na Estratégia Saúde da Família no município *lócus* há pelo menos 06 (meses)⁶.

Os colaboradores e colaboradoras do estudo foram constituídos por 52 (cinquenta e dois) profissionais envolvidos com a Estratégia Saúde da Família⁷. Foram entrevistados 05 (cinco) médicos e/ou médicas, 05 (cinco) enfermeiros e/ou enfermeiras, 08 (oito) cirurgiões-dentistas e/ou cirurgiãs-dentistas, 17 (dezesete) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 11 (onze) agentes comunitários de saúde e 06 (seis) assistentes sociais⁸.

Inicialmente, todos os colaboradores e colaboradoras foram caracterizados e responderam ao Teste de Associação Livre de Palavras (TALP). Todavia, a entrevista em profundidade foi realizada com 16 (dezesesseis) dos cinquenta e dois colaboradores: 02 (dois) médicos e/ou médicas, 04 (quatro) enfermeiros e/ou enfermeiras, 02 (dois) cirurgiões-dentistas e/ou cirurgiãs-dentistas, 03 (três) técnicos e/ou auxiliares de enfermagem, 03 (três) agentes comunitários de Saúde e 02 (duas) assistentes sociais (Quadro 01).

Quadro 01 – Distribuição das(os) colaboradoras(es) por fase de participação no estudo (f=52)

CATEGORIA PROFISSIONAL	Número de sujeitos que participaram por fase	
	1ª fase da pesquisa: Caracterização e TALP	2ª fase: entrevista em profundidade
agente comunitário de saúde	11	03
Técnica(o)/auxiliar de enfermagem	17	03
enfermeira(o)	05	04
médica(o)	05	02
assistente social	06	02
Cirurgiã(ao)-dentista	08	02
TOTAL	52	16

Fonte: “Violência Doméstica Contra a Mulher: representações sociais de profissionais na estratégia de saúde da família”, São Francisco do Conde-BA, 2013.

⁶ Definiu-se este tempo mínimo para que os profissionais possuam uma trajetória mínima necessária ao melhor entendimento das dinâmicas e fluxos municipais de atendimento aos usuários do SUS no geral e às pessoas em situação de violência em especial, partindo-se da premissa de que, assim, apontarão para uma representação que melhor retrate a realidade pesquisada.

⁷ Conforme a Política Nacional de Atenção Básica (Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006), “[...] São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família: I - existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes e composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde” (BRASIL, 2006b, p. 24).

⁸ Sendo a violência um fenômeno complexo e que, muitas vezes, requer encaminhamentos diversos para outros níveis de assistência, para além da atenção primária, surgiu a necessidade de ouvir, além da equipe básica preconizada pelo Ministério da Saúde, outros profissionais, devido ao contato destes com situações de violência, em parceria com os profissionais “da ponta”. Em São Francisco do Conde, houve a incorporação pela gestão do (a) assistente social como integrante da equipe básica na Estratégia de Saúde da Família.

Cada Unidade Básica de Saúde no município correspondia a uma Equipe de Saúde da Família, nos moldes da Portaria nº 648/GM de 28 de março de 2006, que "*Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)*" (BRASIL, 2006b, p. 07). Assim sendo, cada equipe é composta por um médico, um enfermeiro, um cirurgião-dentista, agentes comunitários de saúde, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, auxiliares de consultório dentário, além de outros trabalhadores de apoio administrativo (vigia, auxiliar de serviços gerais, gerentes nomeados como cargos de confiança da gestão, etc.). Além destes profissionais, as equipes contavam com uma assistente social incorporada a este município com recursos próprios da gestão.

Na rede de saúde, o assistente social geralmente é um profissional incorporado apenas aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF)⁹. Contudo, em São Francisco do Conde, optou-se por incorporar este profissional, tendo em vista que o PSF tem como proposta alterar o modelo de prestação de serviços de saúde da população na direção do fortalecimento das ações participativas de promoção e proteção integral à vida, trabalho este que combina com a especificidade do serviço social (SANTOS; BIASOLI, 2008).

Santos e Biasoli (2008) destacam que o assistente social e/ou a assistente social, com suas habilidades e especificidades profissionais, podem desenvolver estratégias específicas, sempre por meio de processos educativos, tanto com o indivíduo quanto com as famílias no contexto em que vivem, sendo estimuladores de práticas preventivas, movimentos sistêmicos de transformação individual e familiar.

3.5 Questões éticas e legais

O projeto "*Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde*", ao qual esse projeto de dissertação está vinculado, encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da

⁹ Criado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM nº 154, de 24 de Janeiro de 2008, Republicada em 04 de Março de 2008, o NASF está dividido em oito áreas estratégicas: atividade física/práticas corporais; práticas integrativas e complementares; reabilitação; alimentação e nutrição; saúde mental; serviço social; saúde da criança/adolescente/adulto jovem; saúde da mulher e assistência farmacêutica. Podem compor as equipes: Assistente Social; Educador Físico; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Acupunturista; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Médico Pediatra; Médico Psiquiatra; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional (BRASIL, 2008b).

Universidade Federal da Bahia (EE-UFBA), registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP) e aprovado sob o protocolo de nº 04.2010 (ANEXO C). Este projeto de dissertação também foi submetido separadamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, sendo aprovado sob o protocolo nº 01/2011 deste comitê (ANEXO D).

Como a pesquisa envolve diretamente seres humanos, consideramos os princípios éticos e legais baseados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). Os sujeitos foram, então, informados a respeito das finalidades e contribuições do estudo, dos desconfortos e riscos possíveis e dos benefícios esperados; da garantia de esclarecimento, antes e no decorrer da pesquisa; da metodologia; da liberdade que ele tinha de se recusar a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; da garantia do sigilo assegurando sua privacidade, com o uso de nomes fictícios¹⁰.

Após estes esclarecimentos, solicitamos aos colaboradores de ambos os sexos que consentissem em participar voluntariamente do mesmo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B).

As vias impressas dos Termos de Consentimento, assinadas pelos colaboradores e pelo pesquisador, bem como os formulários preenchidos a mão foram arquivados junto com os materiais do grupo de estudos “Violência, Saúde e Qualidade de Vida”, e por segurança, foram digitalizadas e arquivadas juntamente com o material das gravações.

3.7 Coleta de dados

Como técnica de coleta de dados, utilizamos a entrevista acompanhada por formulário semi-estruturado (APÊNDICE C). Por sua amplitude e flexibilidade, a entrevista possibilita a investigação de determinado assunto e a captação de informações necessárias ao estudo, proporcionando menor distorção da realidade a ser pesquisada (LAKATOS; MARCONI, 2007).

¹⁰ Foram escolhidos dezesseis nomes próprios aleatórios, sem qualquer relação ou equivalência com os nomes reais das(os) colaboradoras(es): Aline, Augusto, Carlos, Catarina, Cristiane, Daniela, Francisco, Gabriele, Inácia, Laura, Luciana, Marcos, Maria, Mariana, Paula, e Socorro. O Sexo atribuído a cada um destes nomes-fantasia, também não possui equivalência com o nome real, sendo esta aleatoriedade intencional para continuar garantindo o sigilo e anonimato (BRASIL, 1996).

As narrativas emergem como um valioso instrumento de análise da complexa realidade da saúde coletiva na contemporaneidade. Entre as suas vantagens, destaca-se a mediação entre o que se diz e o que se faz, ou seja, entre o discurso e a ação (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008), sendo, portanto pertinente ao estudo das representações sociais de profissionais de saúde que atendem a mulheres em situação de violência doméstica.

O formulário de coleta de dados foi subdividido em duas partes. Na primeira parte, foram utilizados a entrevista estruturada e o Teste de Associação Livre de Palavras (*Test of Free Association of Words* - TALP) (APÊNDICE C) com 52 colaboradoras e/ou colaboradores. A entrevista estruturada foi destinada à caracterização dos sujeitos; quanto à delimitação da estrutura das representações sociais, utilizamos o TALP, técnica de coleta de dados que permite identificar os elementos que compõem a representação compartilhada por um determinado grupo sobre o objeto a ser pesquisado (SÁ, 1996).

O estímulo indutor no TALP foi “VIOLENCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER”. Mas com vistas a treiná-los para a espontaneidade das respostas, realizamos um pré-teste com as colaboradoras e/ou colaboradores utilizando a palavra “CARNAVAL”.

Em um segundo momento, realizamos a entrevista qualitativa a partir de um roteiro com questões norteadoras (APÊNDICE C), uma vez que o uso de ferramentas abertas de investigação “facilita a expressão do sujeito em toda sua complexidade e aceita o desafio que implica a construção de idéias e conceitos sobre a informação diferenciada que expressam os sujeitos estudados” (GONZÁLEZ REY, 2005, p. 80-81). Foram entrevistados 16 colaboradoras e/ou colaboradores.

O número de sujeitos para a entrevista em profundidade foi definido pelo processo conhecido como amostragem por saturação ou princípio da exaustão de conteúdo. De acordo com este método, a inclusão de novos participantes no estudo será concluída quando o conteúdo das entrevistas concomitantemente transcritas for repetitiva e não trazer mais nenhuma contribuição em termos de idéias, segundo avaliação do investigador (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Para Minayo (2010), parte-se da premissa de que a metodologia qualitativa não se volta para a quantificação da realidade investigada: logo, o processo de definição de amostragem não se circunscreve à perspectiva estatística de definição amostral (MARTINS, 2004). Em outras palavras, a abordagem qualitativa se preocupa com a realidade que não dá para ser quantificada ou reduzida através de variáveis, pois existe uma relação entre sujeito e objeto, pela qual o sujeito não pode ser traduzido em números (MINAYO, 2010).

O processo de abordagem dos colaboradores e/ou colaboradoras foi iniciado na própria Unidade de Saúde onde trabalham, no município *lócus* deste estudo. Em todas as entrevistas, o colaborador e/ou colaboradora foi previamente contatado (a) em uma primeira visita à Unidade onde trabalha, informado (a) em detalhes do estudo, convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa. Finalmente, no caso de aceitar, ele ou ela indicava o melhor dia e horário para a entrevista.

Esta foi realizada preferencialmente em uma sala da própria Unidade, com a aceitação da gerência, desde que fosse um espaço privativo e livre de interrupções e/ou qualquer outro fator de dispersão.

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de gravador portátil após a permissão dos sujeitos, a fim de permitir a transcrição literal e maximizar a fidedignidade na exposição das falas. O material multimídia gerado a partir das gravações será arquivado durante cinco anos em vários tipos de mídia removível, por questões de segurança digital (*CD-ROM*, *pendrive* e *HD Externo*), permitindo aos pesquisadores e/ou colaboradores recorrer às falas para esclarecimentos adicionais.

3.8 Organização e análise dos dados

Os dados quantitativos obtidos através do TALP foram submetidos separadamente ao processamento estatístico com o auxílio do *software* de análise evocações “EVOC” versão 2003, a fim de revelar a frequência média das palavras mais evocadas em resposta ao estímulo concedido. Desde a década de 80, esse *software* vem sendo utilizado em pesquisas que trabalham com as Representações Sociais (GOMES; OLIVEIRA; SÁ, 2008). O *software* organizou as palavras por ordem de frequência ou número de vezes em que a palavra foi evocada, o que permitiu encontrar a média de evocação, definida como média ponderada das palavras evocadas, possibilitando identificar as Representações Sociais de profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família.

As informações de caracterização dos sujeitos foram armazenadas e apresentadas em gráficos e tabelas, utilizando recursos digitais e quando necessário pacotes estatísticos dos *softwares* “*Microsoft Word e Excel for Windows*” e analisadas por percentual simples/frequência relativa.

Já a análise dos dados qualitativos foi realizada pelo referencial metodológico da Análise de Conteúdo de Bardin, na modalidade Análise Categorical Temática, um conjunto de técnicas de análise de comunicação capaz de formar indicadores que permitam tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de determinado contexto. Para o tratamento dos dados, utilizamos a técnica da análise temática ou categorial baseada em operações de desmembramento do texto em unidades. Esta técnica permite descobrir os diferentes núcleos de sentido e significados que constituem a comunicação. Posteriormente, realizamos o seu reagrupamento em classes ou categorias (BARDIN, 2009).

Surgida no início do século XX nos Estados Unidos para analisar o material jornalístico, esta técnica está fundamentada em três grandes etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados e interpretação (MINAYO, 2010).

Durante a pré-análise, todas as entrevistas realizadas foram selecionadas e agrupadas por caráter homogêneo, pertinência e representatividade, através de leitura exaustiva e intensa do material abordado. É assim que, após as leituras flutuantes, se constitui o corpus e há a formulação e reformulação de hipóteses e objetivos. Tomamos como unidade de contexto as falas que deram origem aos temas compostos pelas respostas das entrevistadas. A exploração do material compreendeu o recorte das falas, a construção da tabela das categorias e das falas e a redução do texto a expressões representativas, de modo a alcançar o núcleo de compreensão do texto. A fase de análise teve como finalidade contribuir para o entendimento das informações adquiridas, já que a Análise de Conteúdo Temática aliada à Teoria das Representações Sociais permite ir além do que está sendo comunicado verbalmente/visivelmente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2010).

Em seguida, a análise dos dados foi realizada a partir de estudos que discorrem sobre as temáticas *Violência doméstica, Gênero, Enfermagem, Assistência integral à saúde da mulher, Saúde da família e Ação interssetorial*, a pesquisa bibliográfica sendo baseada nos Descritores em Ciências da Saúde preconizados pela Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde (BVS/MS).

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1 Caracterização Social e Demográfica das(os) Colaboradoras(es)

Neste capítulo do estudo, caracterizamos os colaboradores.

Foram entrevistadas e/ou entrevistados 17 técnicas e/ou técnicos/auxiliares de enfermagem, 11 agentes comunitários de saúde, 08 cirurgiões-dentistas e/ou cirurgiões-dentistas, 06 assistentes sociais, 05 enfermeiras e/ou enfermeiros e 05 médicos e/ou médicas, totalizando 52 colaboradores (Quadro 01).

A maioria dos profissionais era de mulheres (f=37, 71,1%) entre 23 e 54 anos. O catolicismo foi a religião mais predominante (f=39, 75%).

Quanto ao vínculo empregatício, a quase totalidade dos entrevistados (entre homens e mulheres) (f=51, 98,07%) possui quarenta horas semanais de jornada de trabalho, o que vai de encontro à Política Ministerial para a Atenção Primária à Saúde, já que os profissionais devem se dedicar intensa e exclusivamente à área em que está registrado para tornarem efetivos o vínculo e a confiança implícitas na lógica do PSF.

A maioria dos sujeitos (67,3%, f=35) possuía vínculo empregatício temporário, o que acarreta modificações constantes nos quadros de profissionais e se reflete na insatisfação dos profissionais e na qualidade da assistência ao usuário.

Este quadro flutuante acontece não só entre municípios, mas dentro do próprio município entre as equipes, já que boa parcela das entrevistadas e/ou dos entrevistados 61,5% (f=32) possuía mais de 06 anos de trabalho na Estratégia de Saúde da Família no geral, mas somente 30,7% (f=16) afirmam trabalhar na mesma equipe por mais de 06 anos. Este é mais um fator que interfere no estabelecimento de vínculos entre a equipe e a comunidade.

Em relação à qualificação específica para a violência doméstica contra a mulher durante a formação profissional, 61,5% (f=32) nunca participou de qualquer processo de formação sobre a temática. O estudo mostra que após a formação 65,4% (f=34) não tiveram a oportunidade de discutir a temática durante o trabalho no PSF, de modo que a temática nunca foi abordada durante os treinamentos em serviço. Entretanto, 51,9% dos sujeitos (f=27) afirmam que, pelo fato de ser uma realidade no município, a temática emerge nas reuniões de grupo.

4.2 A Estrutura das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica Contra a Mulher

Neste capítulo estão os elementos que compõem a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre violência doméstica contra a mulher, obtidos por meio do processamento das palavras evocadas no TALP.

Quadro 02 – Síntese dos Resultados do Teste de Associação Livre de Palavras (TALP) - São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52).

Número de sujeitos	52
Número total de palavras evocadas	260
Número de palavras diferentes evocadas	52
Frequência média de evocações	8
Ordem média de evocações	3
Número de sujeitos que indicaram a palavra mais importante	52
Número total de evocações analisadas	260

Fonte: Dados processados no EVOC 2003.

Das 260 palavras evocadas, 52 eram diferentes, o que assinala a baixa dispersão em torno da representação do tema pesquisado, ou seja, a maioria das (os) profissionais de saúde entrevistadas (os) tem representação semelhante sobre a violência doméstica contra a mulher.

A construção do quadro de quatro casas pelo *software* EVOC foi realizada por meio do cálculo e análise combinada da ordem média de evocações, representada no eixo vertical e gerada em torno de 3,0 em uma escala de 1 a 5, e da frequência média de palavras, representada no eixo horizontal e gerada em torno de 3,0 a 8,0 (Quadro 02).

**Quadro 03 - Estrutura das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre
“violência doméstica contra a mulher”, São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52)**

Quadro de Quatro Casas

NÚCLEO CENTRAL			PRIMEIRA PERIFERIA		
Frequência ≥ 8	/	Rang < 3	Frequência ≥ 8	/	Rang ≥ 3
Abuso	26	2,346	Falta de amor	10	3,200
Covardia	13	1,615	Impunidade	23	3,250
Desespero	8	2,625	Indignação	8	3,125
Desrespeito	9	1,667	Machismo	11	3,222
Falta de informação	12	2,833	Paz	7	3,000
Intolerância	6	2,667	Questões familiares	17	3,200
Medo	15	2,333	Questões psicológicas	9	3,167
Submissão	7	2,429	Álcool drogas	6	3,333
Tristeza	10	2,800			
ZONA DE CONTRASTE			SEGUNDA PERIFERIA		
Frequência < 8	/	Rang < 3	Frequência < 8	/	Rang ≥ 3
Falta de caráter	3	2,667	Autoestima	7	3,400
Impotência	5	2,800	Falta de deus	3	3,667
Silêncio	5	2,200	Humilhação	5	3,200
			Questões financeiras	6	3,400
			Vergonha	5	3,250

Fonte: Dados processados no EVOC 2003.

Este quadro contém quatro quadrantes com quatro conjuntos de termos. O quadrante superior esquerdo corresponde ao núcleo central das representações sociais, onde estão descritos os termos mais significativos. No quadrante superior direito (Primeira Periferia) e no inferior esquerdo (Zona de Contraste) estão localizados os elementos intermediários, os termos menos evocados porém relevantes, que tendem a se aproximar ou do núcleo central ou dos elementos periféricos. Por fim, no quadrante inferior direito (Segunda Periferia) encontram-se os elementos periféricos da representação, que foram os menos frequentes e evocados (SÁ, 1998).

Segundo Abric (2005) e Gomes, Oliveira e Sá (2008), o sistema central ou núcleo central é identificado através das palavras que são primeiramente evocadas e possuem alta

frequência de evocação. Este sistema tem como função gerar o significado das representações sociais determinando sua organização e possui como características a ligação com a memória coletiva, normas e a história do grupo; a consensualidade (define a homogeneidade do grupo); estabilidade; coerência e rigidez (resiste às mudanças, pouco sensível ao conteúdo imediato).

De acordo com os autores, o sistema periférico (primeira periferia, zona de contraste, e segunda periferia) é identificado por meio das demais palavras evocadas, possui variedade maior e uma frequência menor; representa o resultado entre as interações das experiências cotidianas dos indivíduos. Sua função é permitir a adaptação à realidade concreta, respeitando a diferença de conteúdo. Tem como características permitir a integração de experiências e histórias individuais, tolerar a heterogeneidade do grupo (ou seja, as contradições), ser flexível (sensível ao conteúdo imediato) e evolutivo.

Os autores afirmam ainda que as periferias do sistema são dinâmicas e acrescentam novos elementos (informações novas) que podem reforçar ou desmentir (mudar) o núcleo central. Poderíamos dizer que, assim como as circunstâncias do dia-a-dia nos afetam e nos influenciam, as periferias afetam o núcleo central e as representações em si. Mas se muda com mais facilidade o sistema periférico (opinião) do que a atitude que está vinculada ao núcleo central.

Os elementos presentes no Núcleo Central, **“abuso”**, **“covardia”**, **“intolerância”** e **“desrespeito”**, guardam relação com o poder legitimado pela sociedade e concedido ao homem a ser exercido sobre a mulher, possibilitando construir uma relação de violência na conjugalidade. A **“submissão”**, elemento também presente no Núcleo Central, é atribuída pela sociedade às mulheres, o que favorece a relação de violência. O **“medo”**, o **“desespero”** e a **“tristeza”** revelam a fragilidade da mulher que passa por situações de violência. Estas representações podem, porém, ser transformadas por meio da informação, o que dá respaldo ao elemento **“falta de informação”**, também evocado no Núcleo Central.

Na primeira periferia, encontram-se os elementos **“machismo”**, **“questões familiares”**, **“falta de amor”**, **“álcool / drogas”**, **“impunidade”**, **“questões psicológicas”**, **“indignação”** e **“paz”**. O **“machismo”**, associado ao modelo patriarcal, é culturalmente reproduzido nas relações familiares, de modo que as **“questões familiares”** e a **“falta de amor”** mantêm este modelo de relações assimétricas, que favorece a violência na conjugalidade. **“Álcool / drogas”** mostra-se como elemento que potencializa a prática da violência conjugal. A **“impunidade”** do agressor e as **“questões psicológicas”** da mulher levam ao sentimento de **“indignação”**. A **“paz”** é um elemento apontado como horizonte a ser buscado.

Na zona de contraste foram evocados os termos “**falta de caráter**”, “**impotência**” e “**silêncio**”. O elemento “**falta de caráter**” sinaliza para a necessidade de uma cultura que valorize o respeito ao outro, visto que o caráter se forma em termos de valores. A violência conjugal desencadeia um sentimento de “**impotência**”, tanto por parte da mulher que a vivencia quanto do profissional que a atende, e guarda relação com a cultura do “**silêncio**”.

Os elementos “**vergonha**”, “**humilhação**”, “**falta de Deus**”, “**autoestima**” e “**questões financeiras**” constituem a segunda periferia da representação dos profissionais de saúde acerca da violência doméstica contra a mulher. O elemento “**falta de Deus**” se ancora no imaginário da religiosidade como elemento que favorece as relações conjugais harmoniosas. A vivência de violência gera sentimentos de “**humilhação**” e “**vergonha**” na mulher, o que interfere na sua “**autoestima**”, dificultando o enfrentamento da violência. As “**questões financeiras**” potencializam tal dificuldade, visto que a maioria das mulheres se encontra em situação de dependência parcial ou total de seus companheiros.

O termo “**Abuso**” foi o mais associado à violência doméstica contra a mulher, dizendo respeito às expressões da violência: física, sexual, psicológica, entre outras. Ele foi evocado 26 vezes (10%), sendo que 15 profissionais o consideraram como 1º e 2º elementos mais importantes (QUADRO 04).

O abuso se aplica a qualquer ação humana onde exista uma pré-condição de desnível de poder, seja ele sobre objetos, seres, legislações, crenças ou valores. O abuso físico, sexual e/ou psicológico são modalidades frequentes nas relações íntimas na conjugalidade (PONDAAG, 2009).

Neste estudo, os profissionais de saúde representam a violência principalmente enquanto vinculada a sua expressão física, ancoradas a partir do imaginário do senso comum.

Quando se pensa em violência, imediatamente emerge no imaginário popular a agressão física. Assim sendo, a agressão física foi rotulada enquanto sinônimo direto de violência, como vemos no exemplo a seguir:

Pra mim a palavra seria agressão. Agressão física, psicológica [...] Qualquer tipo de agressão que deixe sequelas, que aí você entra com a física e a psicológica.

Carlos, Agente Comunitário de Saúde

De acordo com Cortez e Souza (2008), a agressão física perpetrada pelo parceiro íntimo é quase sempre acompanhada de agressões psicológicas e também de sexo forçado (de um quarto a metade das vezes).

Quadro 04 - Ordem Média de Palavras das Representações Sociais de profissionais de saúde sobre “Violência Doméstica contra a Mulher”, São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=52)

Aspecto Estrutural	Elementos	Frequência da Ordem de Evocação					Frequência de Evocação
		1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	
NÚCLEO CENTRAL	Abuso	7	8	8	1	2	26
	Covardia	9	2	1	0	1	13
	Desespero	2	2	1	3	0	8
	Desrespeito	5	2	2	0	0	9
	Falta de informação	4	1	2	3	2	12
	Intolerância	2	1	1	1	1	6
	Medo	3	8	1	2	1	15
	Submissão	2	2	2	0	1	7
	Tristeza	2	1	4	3	0	10
PRIMEIRA PERIFERIA	Falta de amor	1	3	2	1	3	10
	Impunidade	2	3	6	6	3	23
	Indignação	1	2	1	3	1	8
	Machismo	1	1	2	5	2	11
	Paz	0	2	2	2	1	7
	Questões familiares	2	2	4	5	4	17
	Questões psicológicas	0	2	1	3	3	9
	Álcool drogas	1	1	1	1	2	6
ZONA DE CONTRASTE	Falta de caráter	1	0	1	1	0	3
	Impotência	0	2	2	1	0	5
	Silêncio	1	2	2	0	0	5
SEGUNDA PERIFERIA	Autoestima	1	1	0	1	4	7
	Falta de deus	1	0	0	0	2	3
	Humilhação	0	1	2	2	0	5
	Questões financeiras	1	0	0	4	1	6
	Vergonha	1	0	1	1	2	5

Fonte: Dados processados no EVOC 2003.

A violência psicológica se expressa por meio de palavras, gestos, olhares dirigidos ao outro, sem necessariamente ocorrer o contato físico. As ofensas constantes e a tirania constituem uma agressão emocional tão grave quanto as físicas, porque abalam a autoestima, a segurança e a confiança em si (PONDAAG, 2009; SILVA, COELHO; CAPONI, 2007).

As colaboradoras e colaboradores do estudo mencionaram 6 vezes (2,3%) “**álcool/drogas**” como fator precipitante dos atos violentos. Vejamos por exemplo o seguinte relato:

“[...] Nas minhas brigas tudo tinha o alcoolismo no meio. A gente passava semana toda numa boa, mas se ele bebesse qualquer coisa, eu não podia dizer nada [...]. A violência surgia de repente.”

Aline, Agente Comunitária de Saúde

Outro termo mencionado foi “**covardia**”, citado 13 vezes (5%) e descrito por 11 profissionais como um dos dois elementos mais importantes. Isso também guarda relação com o “**abuso**”.

O poder do homem sobre a mulher está ancorado na cultura do “**machismo**”, termo evocado 11 vezes (4,2%) na Primeira Periferia. O machismo representa um dos pilares da cultura patriarcal enquanto forma masculina de exercer o poder sobre a mulher, como mostra o relato a seguir:

“A mulher começou a querer mais a liberdade. [...] E por querer ir bem mais, às vezes a sociedade e o homem em si não estão acostumados, e tentam frear. E pra eles a melhor maneira é pela violência.”

Mariana, Agente Comunitária de Saúde

O “Machismo”, termo evocado na primeira zona de contraste na estrutura das Representações Sociais, mostra que os profissionais de saúde entrevistados de ambos os sexos acreditam que este princípio do patriarcado está presente nos dias atuais, associado à existência preocupante da violência doméstica contra a mulher.

A associação entre o ganho de liberdade pelas mulheres e a ocorrência de violência por seus parceiros está relacionada com a perda de poder pelos homens, já que as mulheres foram histórica e simbolicamente voltadas para a resignação e a discrição, só podendo exercer

o poder desde que delegado pelo homem (BOURDIEU, 2005). Assim sendo, esta perda de poder gera conflitos e reação por parte do homem, donde emergindo a possibilidade de violência.

Ser homem e ser mulher implica, em determinados contextos socioculturais, a adoção de condutas díspares: nestes contextos, o comportamento violento contra a mulher é percebido como ato legítimo, símbolo de poder masculino (BARROSO, 2007). A ordem patriarcal institucionaliza a obediência e a submissão das mulheres e das crianças ao homem-pai de forma naturalizada, solo fértil para os abusos masculinos (BOURDIEU, 2005).

O termo “**submissão**” foi evocado 7 vezes (2,7%), sendo que 04 profissionais o consideraram como 1º e 2º elementos mais importantes. A submissão, que tem raízes nos papéis desiguais de gênero, se apresenta nas falas das entrevistadas enquanto elemento constituinte da relação de violência, como mostra o relato:

“A pessoa vai ficando cada vez mais submissa à situação até que vem a agressão física e a pessoa tá achando que é normal. Então deveria ter um programa que orientasse a família essa situação.”

Gabriele, Técnica de Enfermagem

Segundo Narvaz e Koller (2006), o fato de as mulheres quererem manter a família unida é um fator que contribui ainda mais para a submissão às várias formas de violência vividas por ela. Ou seja, as próprias mulheres, imbuídas deste sentimento de manutenção da família a qualquer custo, podem permanecer em relações violentas apenas para cumprir este arcabouço determinado social e culturalmente.

Chamam a atenção os sentimentos de “**medo**”, “**vergonha**”, “**desespero**” e “**tristeza**” presentes na violência doméstica vivida pelas mulheres. Para Sacramento e Rezende (2006), uma pessoa que tenha sofrido uma agressão tem o psiquismo alterado de maneira duradoura.

O “**medo**” foi evocado 15 vezes (5,7%), sendo que 11 profissionais o consideraram como 1º e 2º elementos mais importantes. O medo é o sentimento de inquietação ante a noção de perigo real ou imaginário, de ameaça, pavor e temor (KOURY, 2009). Pode ser decorrente da exposição do caso, como podemos ver neste depoimento:

“Elas têm medo de se expor pra que as outras pessoas não saibam que elas estão passando por essa situação.”

Daniela, Técnica de Enfermagem

“A mulher tem medo de se expor na sociedade, as mulheres... De colocar que foi agredida pelo seu parceiro ou por qualquer outro homem, no sentido até de se protegerem.”

Marcos, Cirurgião-Dentista

Expor a violência a que são submetidas é motivo geralmente de **“vergonha”**. Este termo foi evocado 5 vezes (1,9%). A vergonha pode estar relacionada com o reconhecimento de que o projeto de ser feliz ao lado do companheiro fracassou (DATASENADO, 2009).

O **“medo”** e a **“vergonha”** favorecem o **“silêncio”** e dificultam a busca de enfrentamento da situação. Souto e Braga (2009) percebem, em sua pesquisa sobre o posicionamento das mulheres em relação à vida conjugal, que o medo contribui para que elas silenciem a respeito do problema da violência doméstica, pois aparece como um modo de intimidá-las, de oprimi-las e controlá-las. Soares (2005) já salientava que o medo enfraquece e paralisa a mulher em vivência de violência doméstica, pois esta percebe o perigo de o agressor se tornar ainda mais violento, principalmente se ela denunciar o caso às autoridades policiais:

“O medo hoje, também está muito dentro disso tudo da violência... O medo de ir procurar seus direitos.”

Aline, Agente Comunitária de Saúde

“Há um medo de represália do marido [...]. A sociedade ainda não abraça essas mulheres quando elas são agredidas.”

Marcos, Cirurgião-Dentista

Estudos têm revelado que o medo é um dos principais obstáculos na luta contra a violência doméstica e familiar (DATASENADO, 2009). Para Freire (2011), o medo que gera silêncio é parte de uma cultura, onde ser silencioso não é necessariamente a ausência de palavras ou iniciativa, mas está vinculado ao seguimento de ordens e à legitimação do poder daqueles que falam e impõem o silêncio ao outro.

O silêncio também pode estar associado à falta de confiança da mulher em confessar a violência doméstica sofrida quando demandam pelos serviços de atenção primária. Esta falta de confiança implica no não reconhecimento pelas mulheres da Equipe de Saúde da Família como possibilidade de buscar apoio. Assim, confiar implica uma forma de fidelidade a uma

linha de conduta, e pode constituir-se em um aliado no desvelamento de situações de violência por mulheres, pois o profissional de saúde pode tranquilizar as mulheres em situação de violência de que não precisam corresponder às expectativas do serviço no que diz respeito à denúncia (WATIER, 2008). Além disso, a confiança potencializa o estabelecimento de vínculos entre profissionais e comunidade adscrita, consolidando as premissas de responsabilidade sanitária preconizadas pelo Ministério da Saúde na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b).

A “**tristeza**”, evocada 10 vezes (3,8%), lembrada entre os dois elementos mais importantes por 3 profissionais, e o desespero, com frequência de evocação de 8 vezes (3,1%), lembrado como um dos dois principais elementos por 4 profissionais, são sentimentos desafiadores, pois geram na mulher conflitos internos, repercussões psicológicas, ideias suicidas, e podem desencadear consequências fatais. Correia (2011) mostra que existe uma associação preocupante entre a vivência de violência doméstica e as tentativas de suicídio de mulheres, o que demandaria atendimento especializado, a exemplo da psicoterapia.

Isso tudo dá origem a uma impotência, ainda maior para as pessoas que são vítimas de atos agressivos, pois com eles surge um sentimento de desesperança, quando a pessoa não vê alternativas para a situação atual, independentemente do agente; a pessoa impotente sente que não tem a capacidade de acionar as alternativas existentes (BRAGA; CRUZ, 2005).

O sentimento de “**impotência**”, evocado cinco vezes, é uma resposta pertinente para o que existe na enfermagem: tal impotência é definida como a falta de controle percebida com relação a uma situação atual ou um acontecimento imediato (NANDA, 2009).

Além do sentimento de impotência diante do problema, ou seja, diante da mulher vítima de violência, Moura e Reichenheim (2005) destacam outras limitações para este atendimento: o receio de ofender as mulheres ao tocar no assunto, a percepção de que não existem recursos disponíveis para oferecer às vítimas soluções efetivas e a crença de que não faz parte de suas atribuições abordar o assunto. A violência familiar é, pois, uma abordagem difícil para o profissional da área da saúde. Esse agravante estaria relacionado, em muitos casos, à pouca ênfase que se dá sobre o assunto nos cursos de graduação, pois as grades curriculares destes ainda estão arraigadas a aspectos do binômio saúde/doença.

Mesmo que a violência contra a mulher venha ganhando visibilidade social reconhece-se a necessidade de nos aprofundarmos na compreensão da complexidade desse problema. Por ser uma questão que envolve tabu, aspectos morais, sociais e ideológicos, a vítima da violência conjugal, em geral, convive com o isolamento social e o silêncio impostos por mecanismos psicológicos de defesa diante da violência, com sentimentos de fragilidade e

impotência diante do abuso de força física e psicológica pelo parceiro masculino (GUEDES; SILVA; COELHO, 2007; PONDAAG, 2009).

A informação é um elemento chave para a desconstrução dos papéis sociais de gênero. O acesso ao conhecimento, de maneira geral, permite aos indivíduos a capacidade crítica e é responsável por verdadeiras revoluções históricas, uma vez que os tornam mais críticos e que isso contribui para que lutem pelo ideal de melhores condições de vida (FREIRE, 2011).

O termo “**Falta de informação**” foi evocado 12 vezes (4,6%), sendo que 05 dos profissionais o consideraram como 1º e 2º elementos mais importantes.

No que diz respeito à violência doméstica contra a mulher, estudos mostram que as mulheres que têm acesso a informações sobre seus direitos e sobre as políticas existentes para o enfrentamento da violência doméstica têm maior facilidade para se perceberem em uma relação de violência e assim buscarem formas de sair dela. O conhecimento da existência da Lei Maria da Penha e dos dispositivos de proteção à mulher favorece o enfrentamento de tal fenômeno (PASINATO, 2009).

As “**questões familiares**” e “**questões financeiras**”, evocadas 17 vezes na primeira e 06 vezes na segunda periferia, respectivamente, se entrelaçam, dificultando o rompimento do ciclo da violência pela mulher, como podemos ver no relato a seguir:

“As mulheres tinham que procurar fazer alguma coisa da vida, trabalhar, estudar, são jovens, [...] Ser independente financeiramente. Acho que também a coisa do trabalho, de ser independente, porque tem muitos casos que a mulher apanha, mas que volta de novo porque tem filho, não tem onde morar, porque quem paga é ele [...] quem dá a comida é ele. Acho que a dependência financeira e a coragem mesmo, de não ter medo.”

Cristiane, Enfermeira

Como podemos ver, as dificuldades socioeconômicas constituem um dos fatores que contribui para a permanência da mulher em uma relação de violência (DEEK *et al.*, 2009). No entanto, a dependência financeira por si só não explica as motivações que fazem com que uma mulher continue na relação conjugal, sinalizando para a necessidade de uma compreensão mais aprofundada acerca do fenômeno por parte dos profissionais de saúde, sobretudo no que tange à decisão da mulher em não se separar do marido.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, sociedades nas quais o homem detêm o poder econômico, o que o faz dominar e subjugar os demais residentes do domicílio, têm maiores probabilidades de apresentar casos de violência doméstica (MOTA; VASCONCELOS; ASSIS, 2007). O fato, portanto, de as mulheres muitas vezes serem dependente financeiramente dos parceiros, juntamente com a falta de apoio da família, contribui para que as mulheres permaneçam na situação de violência.

Embora reconheçam a denúncia como forma de enfrentar a violência doméstica, a “**impunidade**” e a “**indignação**” devidas à não resolução do caso nas esferas jurídica e policial foram elementos mencionados na primeira periferia 24 e 8 vezes, respectivamente, como frustrantes e temerosos, sobretudo no que se refere à falta de proteção da mulher, como vemos a seguir:

“A lei tem suas falhas, porque a mulher vai dar uma queixa, ela tá sendo ameaçada, [...] Até essa coisa de fato efetivar ela volta pro mesmo espaço, onde tá o agressor dela [...] Ela dorme com o inimigo, [...] Aí depois que mata é que vai correr atrás do homem pra prender.”

Maria, Assistente Social

De acordo com a Lei Maria da Penha são garantidas medidas de proteção à mulher: a polícia e a justiça têm um prazo de 48h para agir (BRASIL, 2006a). A fala aponta justamente a necessidade de efetivação desta Lei.

Alguns entraves para a efetivação da Lei Maria da Penha têm sido verificados pelo Observatório Nacional desta lei: são exemplo disso as precárias condições de funcionamento das DEAMS e Juizados, a falta de pessoal, a demora no encaminhamento das solicitações, a dificuldade de garantir o vínculo empregatício da mulher nos casos em que ela precisa se ausentar da cidade ou vai para a casa abrigo, entre outros (OBSERVE, 2011).

4.3 O Conteúdo das Representações Sociais de Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica Contra a Mulher

A análise das entrevistas (Apêndice E) realizadas com profissionais de saúde da Estratégia de Saúde da Família permitiu, por meio da Análise Temática proposta por Bardin (2009), identificar temas e categorias, organizados e apresentados no quadro a seguir:

Quadro 05 – Organização dos Temas e Categorias expressos por profissionais de saúde, São Francisco do Conde-BA, 2013 (f=16).

TEMAS	CATEGORIAS
Representações de Gênero	O Ser mulher na atualidade
Violência Doméstica	Expressão e Repercussão
	Enfrentamento (Autoestima, Apoio familiar e Denúncia)
Assistência	Não-Identificação
	Fragilidades na Rede
	Julgamento

Fonte: “Violência Doméstica Contra a Mulher: representações sociais de profissionais na estratégia de saúde da família”, São Francisco do Conde-BA, 2013

4.3.1 Tema: Representações de Gênero/Categoria: O Ser mulher na atualidade

Para os profissionais de saúde (de ambos os sexos) atuantes na EFS, ser homem e ser mulher está ancorado em papéis de gênero: este é um resquício de uma cultura patriarcal velada, em que se atribui ao homem as atividades vinculadas ao espaço do público, e à mulher a responsabilidade pela procriação, o cuidado da família e o trabalho fora de casa, o que constitui a dupla jornada de trabalho.

No tocante ao papel masculino, as profissionais de saúde e os profissionais mostram que culturalmente os homens têm o dever de provedores, segundo mostra a fala a seguir:

“Tem a cobrança da sociedade, que necessariamente o marido tem que prover o sustento.”

Socorro, Enfermeira

Estudos apontam para o aumento de lares chefiados por mulheres. Segundo a Pesquisa Mensal de Emprego do IBGE, entre as mulheres que trabalham 30% são chefes de família (IBGE, 2010). E mesmo diante dessa realidade, a representação social do homem enquanto provedor continua a existir.

Essa inserção da mulher no mundo do trabalho fora de casa gera uma sobrecarga, como podemos observar nas seguintes falas:

“Eu vejo a mulher sobrecarregada porque a mulher tem tripla jornada [...] no âmbito familiar, as atribuições enquanto mãe, enquanto esposa, e ela tem a jornada do trabalho fora de casa. [...]”

Socorro, Enfermeira

Os profissionais de saúde reconhecem a sobrecarga de trabalho que têm as mulheres, exercendo diferentes papéis dentro e fora do lar. Para Albini e Labronici (2007), a dupla jornada de trabalho advém do grande desafio imposto à mulher de permanecer no mercado de trabalho e conciliá-lo com a vida privada, na tentativa de atender às diversas solicitações do mundo público e do privado, dentro do qual se inserem as atividades domésticas.

As funções biológicas de gestar, parir e amamentar construíram, em determinadas culturas, o papel social de responsabilidade da mulher com os cuidados da prole. O papel de mãe, cristalizado no imaginário social, leva a mulher a assumir, sem questionar, as atividades relacionadas com o cuidado dos filhos, do companheiro e da casa.

A função de procriação da mulher foi socialmente representada pelas colaboradoras e colaboradores do estudo, que vêem no corpo feminino um mero papel reprodutor.

“[...] Quando eu era criança, ouvi muito se dizer que orgasmo era coisa de homem, que a mulher não tinha orgasmo. [...] Mulher quando esquece que é menina está pronta pra procriar, pra engravidar, perpetuar a espécie, biologicamente. Quando ela renuncia isso, em nome de uma ascensão social, ela está se violentando inconscientemente.”

Francisco, Médico

A fala traz à tona a representação do prazer como atributo exclusivo do masculino e a responsabilidade da mulher de engravidar para, assim, assegurar a “perpetuação da espécie”. A vinculação da figura feminina à condição materna vem sendo questionada historicamente pelo movimento de mulheres.

Para Villela (2010), mulher, reprodução e sexo são idéias que descrevem funções cujos valores e significados têm variado ao longo da História.

De acordo com a autora, durante os últimos séculos o papel social atribuído às mulheres era principalmente o da reprodução. Entretanto, a partir dos anos 50, passa a haver

um enorme esforço no sentido de limitar o número de filhos por mulher, especialmente nos países pobres. Baseados nas teorias de Malthus, que assinalam que o rápido crescimento populacional pode levar o mundo à escassez de alimentos, esforços nacionais e internacionais começaram a pressionar o governo para que fossem estabelecidas políticas que desestimulassem a reprodução. Esses interesses macroestruturais casam bem com a aspiração de muitas mulheres de poder contar com meios de regulação de fecundidade. Assim, ao lado de ações de assistência à gravidez, parto e puerpério nos serviços de assistência às mulheres, começa a haver a distribuição de contraceptivos.

A idéia de controle do corpo feminino tem como base o modelo biomédico, vinculado às ciências ligadas à Medicina, que valoriza a biologização, a patologização e a medicalização.

“[...] ainda vejo mulher que acha normal menstruar. Hoje a mulher menstrua mais, tem poucos filhos, isso tem consequência. A ascendência social da mulher foi ganhando espaço, com isso foi ganhando um “bocado” de doenças. [...] A mulher não abortava. Endometriose nem existia porque a mulher engravidava sempre e menstruava pouco. Isso é uma violência, biologicamente, é uma violência.”

Francisco, Médico

Percebe-se que há uma visão limitada acerca do corpo feminino, cuja representação se restringe ao aspecto biológico reprodutor. Pinheiro e Luz (2007) salientam que essa visão não converge com o princípio da integralidade, uma vez que a racionalidade científica conduz a uma fragmentação do indivíduo pelos profissionais de saúde: muitas vezes, aí, separa-se o ser físico de suas razões, sentidos e sentimentos. Cabe pontuar que estes profissionais foram formados pelo paradigma cartesiano positivista, o que leva a uma visão mecanicista do corpo como biológico e não social, e também a uma relação reducionista de causa/efeito do adoecimento dos sujeitos (SANTOS, 2010). Esse paradigma mecanicista não dá conta da subjetividade, reduzindo o olhar ao biológico.

Goffman (2004) afirma que tudo aquilo que impede o ideal de se manifestar é extirpado, suprimido. Para Le Breton (2007), “a diferença gera a contestação” (p. 75). Assim sendo, a mulher que fugir ao ideal de mãe, dona do lar, cuidadora dos filhos, entre

outros papéis em que está submissa, tende a carregar uma marca e a ser estereotipada pela sociedade.

De acordo com a representação dos profissionais, as mulheres são culpadas por não acompanhar o crescimento dos filhos e a rotina familiar.

“A nossa sociedade continua sendo machista. A questão de culpar a mulher por determinadas situações que ela enfrenta: “Os filhos hoje não são tão bem educados, porque a mulher hoje está muito fora de casa” [...]”

Laura, Assistente Social

Embora os profissionais representem a culpa social das mulheres por dividirem o seu tempo entre o cuidado com os filhos e a jornada de trabalho fora de casa, em nenhum momento veio à tona qualquer reflexão a respeito do emprego como necessidade de subsistência da mulher. Independentemente de escolha ou necessidade, não se percebe a co-responsabilidade do homem nos “afazeres domésticos”. Vejamos:

“A mulher já consegue trabalhar, mas esta tem sido uma escolha pesada porque o homem, ele simplesmente trabalha [...]”

Socorro, Enfermeira

As mulheres que cuidam dos filhos e sustentam seus lares fazem parte de uma dinâmica familiar atual, em que o dito “modelo antigo” de família nuclear convive com o “modelo novo” (NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004).

Fonseca (2005) chama a atenção para o fato de que a noção atual de família é muito mais complexa do que moradia e laços consangüíneos: hoje se fala muito mais em dinâmicas e relações familiares do que em um modelo ou uma unidade familiar.

Fugindo ao modelo de homem como provedor absoluto, a família contemporânea é marcada pelo individualismo e pela diversidade: aí, as fronteiras de identidade entre os dois sexos são fluidas e permeáveis, com possibilidades plurais. Por exemplo, mãe e pai solteiros, casais homossexuais masculinos ou femininos, parceiros masculinos mais jovens, casal sem filhos por opção, mulher chefe de família, homens “donos-de-casa”, mulheres nas forças armadas, entre outras possibilidades (NEGREIROS; FÉRES-CARNEIRO, 2004).

Estudo revela que 50,6% das mulheres que sustentam seus lares não tinham cônjuge e moravam com os filhos (IBGE, 2010). A entrada da mulher no mercado de trabalho também é cheia de estereótipos de gênero, em função da representação deste espaço como sendo inerente ao masculino. Desse modo, a mulher é rotulada de não competente para o desenvolvimento de atividades consideradas exclusivamente masculinas.

“Se você entra num campo onde o trabalho é mais pelo lado do homem, aí entra uma mulher, então a visão vai toda pra ela. É como se todo mundo olhasse qual a hora que ela vai errar. O homem erra o tempo todo, mas na hora em que a gente escapole um pouquinho, por qualquer motivo, a mulher é mais cobrada.”

Mariana, Agente Comunitário de Saúde

O depoimento anterior aponta para a discriminação que a mulher sofre no mercado de trabalho, o que gera desigualdades no tratamento dispensado a homens e mulheres. As desigualdades entre homens e mulheres no mercado de trabalho continuam a existir. Em 2009, 35,5% das mulheres aproximadamente estavam inseridas no mercado de trabalho como empregadas com carteira de trabalho assinada, percentual inferior ao observado na distribuição masculina (43,9%). O estudo mostra ainda que as mulheres estudam mais para ocupar os mesmos cargos que os homens, já que 61,2% das trabalhadoras tinham 11 anos ou mais de estudo, enquanto para os homens este percentual era de 53,2%. Apesar destes anos a mais de estudo, o rendimento de trabalho das mulheres, estimado em R\$ 1.097,93, continua inferior ao dos homens (R\$ 1.518,31) (IBGE, 2010).

A menor remuneração, juntamente com a dupla jornada exercida pelas mulheres, representa um fator que as torna mais vulneráveis a doenças:

“Eu acho que muitas mulheres vêm adoecendo por causa desta sobrecarga de trabalho.”

Socorro, Enfermeira

A atividade laboral interfere diretamente na vida das mulheres em função da sobrecarga de trabalho causada por longas jornadas, o que as obriga a permanecerem afastadas do convívio familiar. No dia-a-dia, elas convivem com ambivalências e conflitos, ao terem que decidir como conciliar seus diversos papéis; terminam por deixar de lado o cuidado

com elas mesmas e com a própria sexualidade: elas se esquecem até de ser mulheres, tudo em prol das muitas atividades que realizam (SPINDOLA; SANTOS, 2004).

O adoecimento, percebido pelos entrevistados de ambos os sexos tem origem na sobrecarga de trabalho dentro e fora do lar, que para determinadas mulheres de classes menos favorecidas é ainda maior. Isto, entre as mulheres pobres, pode ser explicado a partir da ótica das iniquidades em saúde.

A Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (2008) recomenda que sejam realizadas intervenções nos mecanismos de estratificação social para combater as iniquidades em saúde, incluindo aí políticas que diminuam as diferenças sociais, como aquelas relacionadas com o mercado de trabalho, a educação e a seguridade social.

4.3.2 Tema: Violência Doméstica

O Tema Violência Doméstica abrange as seguintes categorias: Expressão e repercussão e Enfrentamento.

Categoria: Expressão e Repercussão

Nesta categoria, os sujeitos do estudo revelaram as representações sobre violência a partir do local de manifestação, ou seja, violência doméstica, bem como suas formas de expressão:

“[...] violência doméstica contra a mulher é das pessoas do convívio doméstico [...] não na rua.”

Augusto, Cirurgião-Dentista

“ [...] pra mim violência é toda forma de agressão [...] tem várias faces [...] não é só física [...]”

Francisco, Médico

“[...] É todo tipo de violência que ocorre no âmbito familiar, seja de ordem psicológica, ordem física, de ordem emocional, que ocorre contra a mulher.”

Socorro, Enfermeira

“[...] Uma delas vivia em cárcere. Ela tinha que fugir quando ele não estava em casa para poder cuidar de si.”

Laura, Assistente Social

As falas convergem para o elemento “abuso”, o mais evocado no Núcleo Central na Estrutura das Representações Sociais.

Os profissionais de saúde representam a violência como um processo que se inicia a partir de expressões mais veladas, culminando com as agressões físicas, conforme relato a seguir:

“Violência física é o último estágio, [...] Tem uma violência silenciosa, que é a repressão, e as pessoas vão se sentindo presas, não têm poder de reação... A violência começa por aí, vai culminar na violência física, mas nem sempre ocorre de imediato [...]”

Francisco, Médico

Segundo Carmo e Moura (2010), a violência conjugal se dá de forma cíclica, e se dá em três fases: *etapa de tensão*, quando a violência simbólica (psicológica, moral, etc.) acontece e a mulher nutre esperanças de que a situação vá se solucionar de forma espontânea. A segunda fase, a *etapa de explosão*, é um estágio mais curto, marcado pela ocorrência da violência física propriamente dita: é a fase em que o autor promete que não agirá novamente daquela maneira. Já a terceira fase, a *etapa de reconciliação*, é a fase dita lua-de-mel, o recomeço, marcado por desculpas, arrependimento e novas promessas de mudança.

Chama a atenção o fato de, entre os entrevistados, profissionais de uma das categorias referirem vivência de violência doméstica e conjugal. É o que mostram os depoimentos:

“Meu pai [...] era muito agressivo. Ele batia muito na minha mãe [...] desde quando eles namoravam [...]. Foi tanto que durante a gravidez ele batia nela. [...] Tanto apanhava minha mãe quanto apanhava eu. Ele era uma pessoa muito agressiva.”

Mariana, Agente Comunitária de Saúde

“Foram 30 anos da minha vida que eu não vivi, eu vegetei [...]. Durante três anos a gente ficou convivendo em quartos separados, mas a violência ficou pior. Machucar, hematomas [...]. Deus sabe o quanto eu me manti [...] Eu me sentia mais infeliz porque meus filhos viam [...]. Nunca fui de prestar queixa [...] Ele ainda disse: “se você der queixa de mim e a delegacia me achar, quando eu chegar em casa eu te bato, eu te mato.”

Aline, Agente Comunitária de Saúde

Percebemos, pois, que a violência está presente em qualquer classe social e em qualquer nível de escolaridade. Sabendo que as representações sociais são construídas culturalmente e ancoradas a partir de saberes compartilhados entre grupos sociais (MOSCOVICI, 2003), as vivências por parte de profissionais podem influenciar suas representações e práticas.

Segundo Arruda (2011), representação consiste em uma rede dinâmica de significados, onde o papel da comunicação e da linguagem (verbal, gestual, e corporal) são elementares, uma vez que a vivência é um dos meios que possibilitam a elaboração representacional.

De acordo com os profissionais de saúde, a vivência de violência doméstica dificulta o cuidado da mulher com a saúde, como vemos a seguir:

“[...] Ela fugiu de casa, para poder ir para a palestra, porque ela não quer ter mais filhos, e ela queria uma forma de evitar filho sem que o marido percebesse que ela tava fazendo isso, entendeu? Mais ou menos um cárcere.”

Laura, Assistente Social

A fala traduz a dificuldade que têm as mulheres mantidas em cárcere privado de cuidar da saúde. Sabe-se, contudo, que a vivência de violência desencadeia uma série de problemas de saúde que muitas vezes não são identificados pelos profissionais.

As repercussões da violência para a saúde das mulheres são amplamente mencionadas na literatura. O Ministério da Saúde, nas normatizações técnicas voltadas para profissionais de saúde, assinala que mulheres que vivenciam situações de violência são tidas como “poliqueixosas”, com queixas vagas e sintomas crônicos não esclarecidos em resultados de exames. Este quadro pode estar refletindo dores e traumas vivenciados, traduzidos por meio da psicossomatização (BRASIL, 2008a, 2010a).

A violência não atinge apenas a mulher, repercutindo também nos filhos. Vejamos isso nos depoimentos a seguir:

“Antes dele (pai) tocar a mão nela (mãe), eu já sabia que ela ia apanhar, eu já ficava na cama tremendo. Aí teve uma vez que ele entrou no quarto e eu estava tremendo, e me perguntou o que eu estava sentindo, aí eu disse: “estou com medo de você bater em mãinha” [...] Tanto apanhava minha mãe quanto apanhava eu [...] Tive que ter acompanhamento no colégio porque eu era muito agressiva.”

Mariana, Agente Comunitária de Saúde

Estudos mostram que existe uma ligação entre variáveis do ambiente familiar e problemas de saúde mental em crianças e adolescentes, e a violência vem sendo apontada como particularmente prejudicial ao desenvolvimento infantil, sendo fator predisponente de problemas de comportamento (ASSIS *et al.*, 2009).

Para Taniguchi (2010), o relacionamento conjugal influencia diretamente no psicológico dos filhos e seus efeitos indiretos são influenciados pelas práticas parentais e pelos relacionamentos entre pais e filhos.

No âmbito do PSF, estas repercussões para a criança trazem implicações para as práticas, pois requerem que os profissionais atentem para situações de violência em diversas oportunidades de interação com mãe e filho, tais como vacinação, puericultura e consulta puerperal.

As atitudes violentas passam de pai para filho, como vemos a seguir:

“Muitas vezes aquele companheiro, agressivo foi um filho agredido.”

Socorro, Enfermeiro

“Criança que é muito agressiva, criança muito desconectada, então às vezes pode ser vítima de uma violência.”

Maria, Assistente Social

Como vimos, o impacto da violência doméstica nos filhos é uma representação presente nas falas dos sujeitos, sendo comuns as referências aos aspectos psicológicos. Esta representação converge para o termo “questões familiares”, evocado na primeira periferia.

Categoria: Enfrentamento

Nesta categoria, os profissionais representam o aumento da autoestima da mulher, o apoio familiar e a denúncia enquanto elementos importantes para o enfrentamento da violência doméstica contra a mulher.

Autoestima

As entrevistas sinalizam para a importância da autoestima da usuária, como fica exemplificado nos relatos a seguir:

“O amor-próprio dela tem que ser trabalhado, a autoestima.”

Laura, Assistente Social

“A gente tem que esclarecer para ela a importância dela se gostar, dela se cuidar, [...] Que ela não merece isso (violência)”

Luciana, Médica

“É preciso melhorar a autoestima [...] Aí vem aquela parte da psicóloga, de você tá dando um ‘estimulozinho’.”

Catarina, Enfermeira

Estudos apontam que quando uma mulher é agredida, fica mais vulnerável, sua autoestima baixa. Autoestima é um juízo pessoal de valor, exteriorizado nas atitudes que o indivíduo tem com relação a si próprio. Ou seja, a percepção que a mulher tem de seu próprio valor e a avaliação que faz de si mesma em termos de competência interfere em sua autoestima (MARRIEL *et al.*, 2006).

Potencializar a autoestima da mulher não é uma atribuição privativa de uma categoria profissional (psicologia), podendo ser uma competência multidisciplinar a ser desenvolvida pela equipe.

Apoio familiar

O apoio da família foi apontado como sendo essencial para a mulher no processo de enfrentamento da violência doméstica, como podemos ver no depoimento a seguir:

“Pra violência não existir, o principal está na questão do equilíbrio familiar, e hoje o que a gente vê é justamente o contrário. Família é a base de tudo pra mim. Muitos problemas que a gente enfrenta são pela falta de equilíbrio da família.”

Socorro, Enfermeira

“O apoio da família é muito importante [...] às vezes elas não podem sair daquela situação porque não têm um apoio. [...] Se tem uma mulher que não tem apoio, ela vai voltar para aquele homem.”

Mariana, Agente Comunitária de Saúde

A partir das falas dos profissionais, nota-se que elas têm uma representação social de que a mulher romperá com mais facilidade o ciclo da violência caso perceba em sua família um ambiente acolhedor, longe de julgamentos e culpas.

No âmbito de estratégia de saúde da família, este apoio familiar pode contribuir para a capacidade de a mulher se construir positivamente frente às adversidades, o que, nas ciências humanas, se denomina resiliência. Pode-se pensar a resiliência como uma nova perspectiva

que contribui para as ações do PSF, segundo os princípios norteadores deste, entre os quais a promoção da saúde (NORONHA *et al.*, 2009).

Diniz, Santos e Lopes (2007) mostram, no entanto, que a família é representada socialmente enquanto valor moral, o que dificulta o rompimento das relações de violência na perspectiva da manutenção da relação conjugal a todo custo. As autoras mostram ainda que profissionais e gestores, ancorados nas construções sociais de gênero, consideram, em geral, a violência doméstica como um problema de cunho privado, ficando outras instâncias, como a justiça, responsáveis pelo atendimento à questão da violência.

Denúncia

Os profissionais consideram a denúncia um elemento importante no enfrentamento da violência, como podemos ver nas falas a seguir:

“A orientação dada foi que ela deveria procurar uma delegacia para registrar mas ela não quis ir.”

Laura, Assistente Social

“A mulher precisa de coragem pra enfrentar o agressor. [...] Coragem pra denunciar.”

Cristiane, Enfermeira

“A gente tem sempre que encaminhar para delegacia pra que ela veja que aquilo não é certo [...]. Eu sempre dou esses tipos de conselhos (denúncia), incentivando pra que ela não seja violentada.”

Luciana, Médica

As entrevistadas e os entrevistados veem na denúncia uma saída para a violência doméstica e por isso a incentivam.

A visão de que a violência é um problema de polícia persiste no imaginário do senso comum, inclusive no dos profissionais de saúde. De fato, em sua origem, a violência constitui um fenômeno social e histórico, e não propriamente do setor saúde, mas começou a tomar

visibilidade na saúde, assim como em outras áreas – policial, jurídica, social e econômica – a partir do momento em que as suas consequências tomaram magnitude (MINAYO, 2007; VIEIRA, 2011). A violência é, portanto, segundo entendemos, um fenômeno multifacetado que requer a atuação de profissionais de áreas distintas (GOMES *et al.*, 2009; KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007).

Estima-se que mais da metade das mulheres violentadas não peçam ajuda e as razões para que permaneçam em silêncio são muitas e variadas: achar que são culpadas pelas agressões sofridas, por exemplo, ou talvez vergonha, o medo de sofrer represálias do agressor, questões familiares e financeiras, entre outras (TAVARES, 2010).

Embora estatisticamente as mulheres de classes menos favorecidas denunciem mais (BRANDÃO, 2006), deve-se ter cuidado ao restringir o ato de não denunciar às questões financeiras. O primeiro equívoco resultante desta associação é vincular a violência à pobreza, numa associação carregada de preconceitos étnicos e classistas. O segundo equívoco é desmerecer a violência sofrida pelas classes média/alta, como o emblemático caso de Maria da Penha. As iniquidades em saúde possibilitam enxergar que mulheres com condições socioeconômicas menos favorecidas e aquelas das classes média e alta lidam com o fenômeno da violência doméstica de maneiras distintas (COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE, 2008).

4.3.3 Tema: Assistência

Categoria: Não Identificação

Embora a violência seja um problema global, com impactos expressivos na saúde da população, muitos profissionais representam o fenômeno como alheio ao seu cotidiano de trabalho na saúde, conforme podemos ver nos relatos a seguir:

“Aqui no município nunca peguei (casos de violência doméstica contra a mulher), até porque o paciente não quer se auto-denunciar.”

Augusto, Cirurgião-Dentista

“Aqui não atendi casos ainda. Só se alguém teve e não me disse.”

Luciana, Médica

Os relatos assinalam que mesmo havendo um tempo longo de convivência entre os profissionais das equipes e a comunidade, a formação dos vínculos de confiança com as mulheres mostrou-se incipiente: isso levou essas mulheres a não se sentirem à vontade para revelar suas vivências de violência doméstica durante os atendimentos no PSF e os profissionais de saúde a se envolverem pouco na identificação de situações de violência.

Sobre essa dificuldade na formação de vínculos do profissional com a usuária, o elemento da confiança assume papel central nas relações interpessoais, ao propiciar a valorização do saber do outro, uma vez que é confiando uns nos outros que o ser humano consegue conviver em sociedade até os dias atuais (WATIER, 2008).

A confiança e o acolhimento, enquanto dispositivos da humanização na assistência em saúde, devem ser entendidos como modos de se produzir saúde e ferramentas tecnológicas de qualificação da escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilidade e resolução nos serviços, entendendo o ato da escuta e a produção de vínculo como ação terapêutica (BRASIL, 2010b).

Confirmando esse fato, Borsoi, Brandão e Cavalcanti (2009) argumentam que as unidades de saúde da família se encontram em posição estratégica na rede para a identificação da violência doméstica contra a mulher, visto que estão mais próximas da comunidade onde atuam, têm mais possibilidade de atender continuamente a população sujeitada, e o vínculo entre a usuária e a instituição que podem ser construídos.

As mulheres ainda são o público que mais frequenta os serviços de atenção primária à saúde, seja para cuidar da própria saúde, seja para atuar como cuidadoras dos demais membros da família (BRASIL, 2011b). Isto, aliado à atuação do PSF, faz com que haja uma série de espaços de atendimento onde a mulher pode ser ouvida, ficando à vontade para falar sobre a vivência de violência doméstica.

Já quando há identificação da violência doméstica pelos profissionais, esta está ancorada à existência de lesão física, como podemos ver nos relatos:

“Algumas chegam com hematomas, teve uma que chegou com queimadura no braço [...] Depois a mãe disse que tinha sido [...] o esposo, e que também já tinha furado ela de faca.”

Luciana, Médica

“Algumas mulheres até dizem que sofrem violência, mas não estão com nenhum tipo de lesão visível.”

Laura, Assistente Social

Percebemos que a abordagem dos profissionais de saúde no instante em que os usuários procuram os serviços de atenção primária reproduz o modelo técnico de queixa-conduta, o que compromete o processo de identificação de outras formas de violência que não a física.

Um dos fatores que dificultam a identificação da violência doméstica é o silêncio. Este fato converge para a estrutura das Representações Sociais, onde o elemento **“silêncio”** foi evocado na zona de contraste, associado ao **“medo”** de falar, este último evocado no Núcleo Central.

De acordo com Schraiber e Oliveira (2008), os silêncios que cercam a violência contra a mulher são reforçados pela própria mulher que a vive, pelos profissionais que eventualmente ela procura e pelas pessoas de seu convívio social. Para estas autoras, as mulheres evitam falar por medo, de vergonha ou culpa pelo ocorrido. Já os familiares ou vizinhos acham que este é um assunto privado. E os profissionais de saúde escolhem o silêncio porque não sabem o que fazer.

Os profissionais dizem também que a proximidade e o vínculo de confiança estabelecido entre os Agentes Comunitários de Saúde e a comunidade são importantes para a identificação da violência, como podemos ver nos depoimentos abaixo:

“A agente comunitária da família foi me procurar e me deixou atenta.”

Maria, Assistente Social

“Um agente comunitário me relatou que ela vez ou outra sofria violência [...]. Já estive outras vezes com ela e ela nunca me relatou. Eu só fiz mesmo o atendimento da puericultura.”

Socorro, Enfermeira

Os profissionais de saúde reconhecem a relevância dos Agentes Comunitários de Saúde na identificação de mulheres em situação de violência, mostrando a dificuldade de abordar tal assunto durante o atendimento.

Desse modo, o fácil acesso e a relação diferenciada face às questões domiciliares das usuárias na atenção primária tornam os Agentes Comunitários de Saúde profissionais privilegiados na identificação da violência (FONSECA *et al.*, 2009).

No registro dos casos identificados, não houve qualquer menção à notificação compulsória de violências preconizada pelo Ministério da Saúde, como no relato abaixo:

“Nem sei como é na verdade a questão de notificação de violência da mulher, eu nem estou atualizada pra falar. Então nunca notifiquei, eu sei que tem que notificar. Mas não sei como funciona.”

Socorro, Enfermeira

O depoimento reitera a ausência de notificação compulsória, o que combina com a ausência de registros no Sistema de Informações de Violência e Acidentes (VIVA) em São Francisco do Conde. A notificação compulsória é imprescindível em qualquer caso de suspeita ou confirmação de violência doméstica contra a mulher, pois somente a partir de estatísticas fidedignas será realizado o real dimensionamento epidemiológico da violência a nível de Brasil, Bahia e São Francisco do Conde. Além disso, a notificação desencadeia ações em rede a partir de fluxos e protocolos, caso o município tenha pactuado com isso (GAWRYSZEWSKI *et al.*, 2007).

A ausência de notificação pode ser entendida judicialmente como omissão, estando previstas sanções nos códigos de ética da Medicina, Odontologia, Enfermagem e outras categorias, Lei das Contravenções Penais, Estatuto da Criança e Adolescente, Estatuto do Idoso e na lei que trata da notificação compulsória de violência contra a mulher (SALIBA *et al.*, 2007).

Estudos sobre a notificação compulsória assinalam a presença de dificuldades tais como o despreparo profissional para a identificação e notificação da violência, a deficiência de fiscalização do ato notificador, a vinculação da notificação à denúncia e, juntamente com isso, o medo de sofrer represálias do agressor (LIMA; DESLANDES, 2011; SALIBA *et al.*, 2007).

Estudos apontam para o fato de que a violência não tem sido incorporada de maneira consistente na graduação nos cursos da área de saúde. Souza *et al.* (2008) mostram que

mesmo diante dos elevados índices de violência na realidade brasileira e das diretrizes do SUS, a incorporação, nos currículos dos futuros médicos e enfermeiros, é escassa, e mesmo quando se dá, assume um enfoque tecnicista, contemplando de maneira insuficiente aspectos biopsicossociais da pessoa que sofre violência.

Categoria: Fragilidades na Rede

Em relação ao enfrentamento da violência neste município, sabe-se que existem alguns dispositivos isolados para apoio às mulheres, sendo os principais: Núcleo de Atendimento à Mulher dentro da Delegacia Civil, Centro de Referência em Assistência Social (CRAS), Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRESAM), Conselho Tutelar, Fórum Municipal, dentre outros. Embora todos estes atendam situações de violência doméstica, ela não é objeto específico de atuação da maioria. Dentro das rotinas, não foi encontrado registro de protocolo ou fluxograma sistematizado entre estes serviços, que oficialize os encaminhamentos para assistência integral às mulheres em vivência de violência doméstica.

O estudo aponta para o fato de que os profissionais de saúde não conhecem grande parte dos serviços que podem auxiliar as mulheres no enfrentamento da violência, como podemos ver nos relatos seguintes:

“Conheço nenhum (serviço para atendimento à mulher em situação de violência), aqui em São Francisco não.”

Cristiane, Enfermeira

“Especificamente para violência da mulher, eu não tenho conhecimento aqui no município de nenhum serviço.”

Francisco, Médico

Ou seja, o fato de desconhecerem os serviços de apoio existentes dificulta a continuidade da assistência para além do setor saúde, tornando as ações fragmentadas e dificultando a intersetorialidade (KISS; SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2007). Sendo a promoção da saúde um dos eixos estruturantes na atenção primária, o fazer intersetorial é,

para Gonçalves *et al.* (2011), premissa para intervir no processo saúde/doença/cuidado, já que o diálogo entre diferentes setores deve possibilitar intercâmbio de conhecimentos e práticas baseadas em um projeto que atenda às múltiplas necessidades de uma comunidade.

Por conseguinte, o conhecimento entre os serviços que apóiam a mulher no município é dever de todo e qualquer profissional que atue com esse público; esse intercâmbio, essa troca de conhecimentos é importante para que eles possam melhor se articular, criando um sistema de referência e contra-referência resolutivo. A iniciativa de articulação poderá semear a construção de fluxogramas e protocolos de atendimento, organizando a atenção às mulheres em situação de violência doméstica a partir da Rede social e assistencial existente no município.

Dos serviços supracitados, muitos profissionais conhecem apenas a Delegacia, como vemos no trecho a seguir:

“Aqui em São Francisco a gente só tem a delegacia.”

Daniela, Técnica de Enfermagem

“Na verdade aqui pouco se têm serviços além da delegacia.”

Carlos, Agente Comunitário de Saúde

Percebemos que alguns profissionais de saúde representam a delegacia enquanto espaço que vai atender às necessidades da mulher em vivência de violência doméstica, desconsiderando a importância das demais instituições.

Mesmo na Lei Maria da Penha, que trata mais enfaticamente de questões legais, tornando mais rigorosa a punição da violência doméstica e no seio da família, menciona-se que o setor jurídico não deve ser o único a que se deve recorrer; deve, sim, haver uma rede de proteção e apoio às mulheres violentadas, integrando os setores e saberes de segurança pública, assistência social, saúde, educação, trabalho e habitação (BRASIL, 2006a).

Esta necessidade de articulação no município é percebida por uma das entrevistadas, como mostra o seguinte texto:

“Eu acho que precisa se montar esta rede, esta articulação do PSF com o setor, com a delegacia da mulher, com o hospital, com o centro de referência da mulher, esta articulação não está bem amarrada. Cada um tem a sua parcela de contribuição.”

Socorro, Enfermeira

Resumindo, os profissionais sustentam que a articulação entre a Estratégia de Saúde da Família e outros serviços é indispensável para o enfrentamento da violência, visto que os encaminhamentos poderão oferecer uma resposta mais satisfatória às demandas da mulher, já que um só serviço não a contempla em suas necessidades.

Gomes *et al.* (2009) argumentam que esta desarticulação faz com que as mulheres revivam cenas de violência ao peregrinarem pelos diferentes serviços. Isto requer, do setor saúde, um rearranjo singular, para enfrentar entre os setores e entre disciplinas tal problemática, já que isoladamente os saberes não surtirão efeito.

Categoria: Julgamento

O atendimento dos profissionais à mulher em situação de violência doméstica é seguido de julgamento, como mostra o relato:

“[...] Ela chegou com as mãos machucadas, realmente depois ela disse que foi ele, que ele agrediu, que já tinha dado queixa na delegacia da mulher, com o tempo que passou já estava de novo junto [...] Ela é muito safada, porque depois disso tudo, nem sei se ela tirou a queixa, porque tá junto de novo, continua com o cara.”

Cristiane, Enfermeira

A re-significação das representações torna-se importante pelo fato de propiciar ao indivíduo o questionamento dos conceitos enraizados em valores culturais, morais e éticos, e superação de preconceitos eventualmente construídos.

O enfrentamento deste julgamento pode ser incorporado nas políticas públicas de educação permanente para os profissionais da atenção primária, visando re-significar as

representações sociais ancoradas sobre a culpabilização da mulher pela violência sofrida. (ALMEIDA; SANTOS; TRINDADE, 2011; TECHIO; LIMA, 2011).

Assim, o estudo permitiu mostrar um julgamento moral a partir de valores próprios, que servem de pano de fundo para práticas de saúde desumanizadas. Estudos mostram que a situação da violência doméstica, bem como outros dilemas éticos da prática profissional, trazem à tona aspectos conflitantes dos profissionais de saúde, onde eles apóiam seus julgamentos (OLIVEIRA, 2009).

A sensibilização do profissional para escutar o outro durante o atendimento é tida pelas colaboradoras e pelos colaboradores como necessária à devida abordagem da violência no atendimento, como podemos ver nos seguintes depoimentos:

“Escutar... Talvez isso não esteja sendo bem trabalhado por nós profissionais [...]”

Catarina, Enfermeira

“A gente precisa estar sensível à situação, precisa estar incomodada. Você não pode ficar vendo aquela situação e ficar fora, você tem que fazer alguma coisa.”

Socorro, Enfermeira

Os profissionais acreditam que, uma vez incomodados com a situação do outro, podem auxiliar mais a mulher em seu processo de enfrentamento.

Para cuidar de uma mulher em vivência de violência doméstica, além de escutar é preciso estar aberto. É preciso ser verdadeiro e não julgar, pois cuidar significa dar liberdade ao outro (CORRÊA; LOPES; DINIZ, 2001). A escuta é um dos dispositivos de humanização na assistência (BRASIL, 2010b).

Os profissionais de saúde devem considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, e não apenas o biomédico. Para Lettiere, Nakato e Rodrigues (2008), o profissional de saúde não deve criar uma fragmentação da ação e do sujeito com o qual trabalha, evitando assim reduzir sua abordagem profissional aos saberes estritamente biomédicos. Estas questões, segundo a autora, têm suas bases na formação bióloga.

As ferramentas da escuta e do diálogo podem ser estabelecidas também a partir das noções relacionais trazidas por Buber (2004). Segundo o autor, o homem é, em si, um ser relacional, ou seja, só existe em relação ao “tu”, na relação “eu/tu”. Portanto, a assistência à

mulher em vivência de violência deve ser dialógica, considerando o saber do outro, sua singularidade e subjetividade. O diálogo enquanto técnica de detecção, escuta e orientação para questões de violência contra as mulheres no atendimento poderá ocorrer cotidianamente nos serviços de saúde, nos encontros entre profissionais e usuários (D'OLIVEIRA *et al.*, 2009).

Para contribuir com o enfrentamento da violência, na relação com o outro, os profissionais de saúde podem recorrer a ferramentas educativas, como sugeriu Freire (2011), já que a conscientização permitirá que as próprias mulheres construam saídas e tomem decisões mais adequadas a suas próprias necessidades.

O aproveitamento dos momentos de educação em saúde, mesmo aqueles que não propriamente voltados para a temática da violência, mostraram-se oportunidades singulares na identificação de situações de violência, possibilitando também o aperfeiçoamento da interação profissional/usuária para além do atendimento individual, como podemos ver no depoimento abaixo:

“A gente falou sobre direitos reprodutivos e foram surgindo outras questões voltadas para a própria mulher (violência) [...] Depois que terminou, era mais ou menos dezesseis mulheres, dez ficaram para falar comigo, e todas as dez era o mesmo caso de violência doméstica.”

Laura, Assistente Social

As estratégias educativas de grupo podem auxiliar tanto na revelação de situações de violência quanto na abordagem de situações já identificadas pelos profissionais e/ou reconhecidas pelas próprias mulheres. Quanto mais horizontal, democrática e participativa for a iniciativa, mais próxima estará de auxiliar a mulher em suas relações familiares e conjugais. Estes grupos não necessariamente devem se voltar para a temática violência, mas podem abordar questões da própria mulher, possibilitando que a mesma se perceba nas suas relações com o outro, como sujeito de direitos.

A responsabilização e o fortalecimento dos vínculos constituem premissas para os profissionais que trabalham na Atenção Primária à Saúde, previstos na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b), já que a adscrição de clientela em um território definido requer dos profissionais que lancem mão de tecnologias relacionais para a abordagem de problemáticas como a violência.

Para a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), por meio do Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz, os pilares da cultura de paz são: respeitar a Vida; rejeitar a violência; ser generoso; ouvir para compreender; preservar o planeta; e redescobrir a solidariedade. E todos estes princípios podem ser incorporados na atitude dos profissionais enquanto tecnologias para o cuidar/cuidado. Definindo:

“Cultura de Paz é paz em ação; é o respeito aos direitos humanos no dia-a-dia; é um poder gerado por um triângulo interativo de paz, desenvolvimento e democracia. Enquanto cultura de vida trata de tornar diferentes indivíduos capazes de viverem juntos, de criarem um novo sentido de compartilhar, ouvir e zelar uns pelos outros, e de assumir responsabilidades por sua participação numa sociedade democrática que luta contra a pobreza e a exclusão; ao mesmo tempo em que garante igualdade política, equidade social e diversidade cultural” (Comitê Paulista para a Década da Cultura de Paz *apud* BRASIL, 2012b)

Assim, a noção de educação paulofreiriana (FREIRE, 2011) pode ser utilizada como ferramenta de promoção da cultura de paz, onde o respeito seja um valor trabalhado por estratégias educativas e capazes de conscientizar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu mostrar que a estrutura das representações sociais de profissionais de saúde sobre violência doméstica contra a mulher sustenta-se em elementos no Núcleo Central que guardam relação com o poder legitimado socialmente ao homem sobre a mulher (“abuso”, “covardia”, “intolerância”, “desrespeito” e “submissão”) e com sentimentos que mostram a fragilidade da mulher em vivência de violência doméstica (“medo”, “desespero” e “tristeza”).

Entre os elementos periféricos, destaque para os fatores associados às origens do fenômeno no âmbito doméstico e a permanência da mulher no ciclo da violência, como “machismo”, “questões familiares”, “falta de amor”, “falta de Deus”, “falta de caráter”, “álcool/drogas”, “impunidade”, “questões psicológicas”. Os elementos “silêncio”, “vergonha” e “humilhação” dão exemplo do adoecimento psíquico das mulheres.

Estas representações foram extraídas das entrevistas qualitativas, que categorizaram os temas representações de gênero, violência doméstica e assistência.

A maioria dos profissionais de saúde entrevistados de ambos os sexos nunca participou de qualquer sensibilização sobre violência durante a formação profissional nem depois, mediante treinamentos. Apesar disso, boa parte reconhece que este é um problema presente cotidianamente nos serviços de atenção primária.

Os profissionais representam os avanços da mulher na atualidade chamando a atenção para o poder que o patriarcado ainda exerce nos dias de hoje e para a dupla jornada de trabalho.

Apesar de a Estratégia de Saúde da Família ser um espaço privilegiado para a identificação e o enfrentamento de situações de violência doméstica, os profissionais ainda se limitam a percebê-la como agressão física, representação que se reflete em atendimentos pautados no biológico, limitando a perspectiva das subjetividades do outro. As repercussões da violência doméstica para a mulher e para os filhos são mencionadas, mas o atendimento se centra nas lesões da própria mulher, a despeito do cuidado neste nível de assistência centrar-se na noção ampliada de família.

O enfrentamento da violência doméstica para a mulher é representado pelos profissionais como centrado na autoestima, no apoio familiar e na denúncia, sendo que os profissionais desconhecem os serviços para encaminhamento dentro da rede local, o que limita o atendimento de saúde na perspectiva da integralidade. A delegacia foi a instituição

mais mencionada, revelando uma centralidade da denúncia como saída para a mulher que sofre violência doméstica.

O estudo sinaliza a necessidade de uma melhor compreensão da violência doméstica contra a mulher pelos profissionais de saúde, visando ao aperfeiçoamento no processo de reconhecimento e abordagem durante os atendimentos na atenção primária à saúde, que ainda ocorrem reproduzindo o paradigma biologista e técnico-centrado. A notificação compulsória de violências, inexistente no município, deve ser incluída na pauta de prioridades para a capacitação.

Demandam-se, pois, qualificações específicas para a temática, e sua maior inclusão nos currículos básicos durante a formação dos profissionais de saúde, quer seja de nível técnico ou superior, abordando de maneira compreensiva a mulher em vivência de violência doméstica. Os conteúdos devem valorizar as tecnologias relacionais por parte dos profissionais de saúde, a saber, o diálogo, a escuta e o reconhecimento do outro como um sujeito de direitos. Por conseguinte, o enfrentamento da violência pelos profissionais de saúde pode se centrar na conscientização como mecanismo de libertação do outro por ele próprio (FREIRE, 2011): esse processo é necessário para que a própria mulher se reconheça como violentada e desenvolva, em colaboração com os profissionais, estratégias de enfrentamento isentas de julgamentos morais.

A Enfermagem tem papel primordial no enfrentamento da violência doméstica a partir da Estratégia de Saúde da Família, pois pode desenvolver promoção, prevenção e proteção à saúde dessas mulheres de forma integrada com os outros profissionais da equipe, a partir da noção de integralidade como horizonte a ser buscado no cotidiano das práticas em saúde.

REFERÊNCIAS

ABRIC, Jean Claude. **A zona muda das representações sociais**. In: OLIVEIRA, Denize Cristina de; CAMPOS, Pedro Humberto Faria (Org.). Representações sociais, uma teoria sem fronteiras. Rio de Janeiro (RJ): Ed. Museu da República; 2005. p. 23-34.

ALBINI, Leomar; LABRONICI, Liliana Maria. A exploração e alienação do corpo da enfermeira: um estudo fenomenológico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 299-304, Set. 2007.

ALBUQUERQUE, Verônica Santos. **Violência sob o olhar e o agir de quem socorre: representações dos profissionais do atendimento pré-hospitalar de urgência e emergência**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2010.

ALMEIDA, Angela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeide Araújo (Orgs.). **Teoria das Representações Sociais: 50 anos**. 1. Ed. Brasília: Technopolitik, 2011, 668p.

ALVES-MAZZOTTI, Alda Judith. Representações Sociais: aspectos teóricos e aplicações à educação. **Revista Múltiplas Leituras**, v.1, n. 1, p. 18-43, jan. / jun. 2008

ANDRADE, Clara de Jesus Marques; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 591-595, Set. 2008

ARAÚJO, Lucimeire Carvalho de. **Violência no cotidiano de famílias de adolescentes negros: enfoques para o cuidar de enfermagem**. 2009, 224p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador.

ARRUDA, Ângela. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cad. Pesqui.**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, Nov. 2002.

ARRUDA, Ângela. **Representações sociais: dinâmicas e redes**. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. 1 ed. Brasília: Technopolitik, 2011, p. 335-369.

ASSEMBLÉIA GERAL DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Adotada e proclamada pela resolução 217 A (III) da Assembléia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro de 1948. Disponível em:

<http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm>, Acesso em 24 jan 2012.

ASSIS, Simone Gonçalves de *et al.* Situação de crianças e adolescentes brasileiros em relação à saúde mental e à violência. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, Abr. 2009.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa, Portugal: Edições 70. Título original: L'analyse de contenu. 2009.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). **Diretoria de Informação em Saúde (DIS)**. Disponível em: <<http://www1.saude.ba.gov.br/dis/>>, Acesso em 20 dez 2011.

BARROSO, Zélia. Violência nas relações amorosas. VI Congresso Português de Sociologia. Lisboa, 2007. p. 1-11. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <<http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/597.pdf>>. Acessado: 24 de maio de 2011.

BISPO, Tânia Christiane Ferreira. **Rompendo o silêncio**: estudo de vitimização de Agentes Comunitários de Saúde no âmbito do trabalho em Salvador-BA. 2011. 202p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva. 2011.

BLAY, Eva Alterman. Violência contra a mulher e políticas públicas. **Estudos Avançados**, São Paulo, v.17, n.49, p. 87-98, 2003.

BORSOI, Tatiana dos Santos; BRANDÃO, Elaine Reis; CAVALCANTI, Maria de Lourdes Tavares. Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.13, n.28, p.165-74, jan./mar. 2009.

BOURDIEU, Pierre. **A Dominação Masculina**. 4. Ed. Bertrand Brasil, 2005, 160 p.

BRAGA, Cristiane Giffoni; CRUZ, Diná de Almeida Lopes Monteiro da. Sentimento de impotência: diferenciação de outros diagnósticos e conceitos. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 350-357, Set. 2005.

BRANDÃO, Elaine Reis. Renunciantes de Direitos? A Problemática do Enfrentamento Público da Violência Contra a Mulher: o Caso da Delegacia da Mulher. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 16, n.2, p.207-231, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Revista Bioética**. Rio de Janeiro, Conselho Federal de Medicina, v.4, p. 15-25, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências**. Portaria GM/MS Nº 737 de 16/05/01, publicada no DOU Nº 96 , Seção 1e – de 18/05/01. 2001. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria737.pdf>>, Acesso em: 24 jan 2012.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para assuntos jurídicos. **Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003**. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados, Brasília, 24 nov. 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.778.htm>, Acesso em: 24 jan 2012.

BRASIL. Casa Civil. Presidência da República. **Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8o do art. 226 da Constituição Federal (...); e dá outras providências. Brasília- DF, 7 ago. 2006a. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm >. Acesso em 24 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Pactos pela Saúde, v. 4. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 63p. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_basica_2006.pdf >. Acesso em 24 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Temático Prevenção de Violência e Cultura de Paz**. Brasília – Organização Pan-Americana de Saúde, 2008a (Painel de Indicadores do SUS 5). Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/painel_indicadores_sus_5.pdf >. Acesso em 24 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 154, de 24 de janeiro de 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. 2008b. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/legislacao/portaria154_24_01_08.pdf>, acesso em 24 jan 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos ; Caderno n. 6). Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Formação e intervenção, Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 242 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde; Cadernos HumanizaSUS ; v. 1)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA). Violência Doméstica, Sexual e/ou outras violências**. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/tabnet/dh?sinannet/violencia/bases/violebrnet.def>>. Acesso em 24 jan 2011a.

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**. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Centro Tecnológico de Informação e Informática do SUS (DATASUS)**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em 24 jan 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cultura de Paz**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31888 >. Acesso em 04 fev 2012b.

BRUSCHI, Alessandra; PAULA, Cristiane Silvestre de; BORDIN, Isabel Altenfelder Santos. Prevalência e procura de ajuda na violência conjugal física ao longo da vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.40, n.2, p.256-64, 2006.

BUBER, Martin. **Eu e Tu**. 8ª ed. Editora Centauro: 2004, 152 p.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin *et al.* Violência e Vulnerabilidade: Um panorama da produção Científica. **Revista Saúde (Santa Maria)**, v. 36, n. 1, p.1522, jan./jun. 2010.

CARMO, Perla Cristina da Costa Santos do; MOURA, Fernanda Gomes de Andrade de. Violência Doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo. *Fazendo Gênero 9, Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 23 a 26 de agosto de 2010. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278278656_Arquivo_violenciadomestic_aadificildecisaoderomperounaocomesseciclo.pdf > Acesso em: 24 jan 2012.

CARVALHO, Silvio Roberto Bastos de. **Estudo Exploratório dos custos da (in) segurança na bahia**: correlações socioeconômicas. 2007. 169p. Dissertação (Mestrado em Análise Regional) - Universidade Salvador (UNIFACS), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano, Salvador, 2007.

CASTRO, Roberto; RIQUER, Florinda. La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol. 19, n.1, p.135-146, 2003.

CAVALCANTI, Vanessa Ribeiro Simon . Vulnerabilidades y/o Visibilidades: Género y Políticas Públicas en Brasil. In: VII Congreso Español de Ciencia Política y de la Administración: Democracia y Buen Gobierno. 21-23 set. 2005, Madrid. **Anais...** Madri, p. 152-163, 2005.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.13, p.31-39, jan, 2006.

CHIZZOTTI, Antônio. A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, Portugal, Vol. 16, n. 02, p.221-236, 2003.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. **As Causas Sociais das Iniquidades em Saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS). Abril 2008. Disponível em: <<http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>> Acesso em: 24 jan 2012.

CONVENÇÃO INTERAMERICANA PARA PREVENIR, PUNIR E ERRADICAR A VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER. "**Convenção de Belém do Pará**" (1994). Disponível em: <<http://www.cidh.oas.org/Basicos/Portugues/m.Belem.do.Para.htm>> Acesso em: 24 jan 2012.

CORRÊA, Maria Suely Medeiros; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Reflexões sobre o cuidar de mulheres que sofrem violência conjugal em uma perspectiva heideggeriana do mundo da técnica. **Rev Esc Enferm USP**, vol. 35, n.3, p. 230-4, 2001.

CORREIA, Cíntia Mesquita. **Vivência de Violência Doméstica em Mulheres que Tentaram Suicídio**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem Salvador, 2011.

CORTEZ, Mirian Béccheri; SOUZA, Lídio de. Mulheres (in) Subordinadas: o Empoderamento Feminino e suas Repercussões nas Ocorrências de Violência Conjugal. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, Vol. 24 n. 2, p. 171-180, 2008.

DATASENADO - Secretaria de Pesquisa e Opinião Pública do Senado Federal. **Pesquisa de Opinião Pública Nacional: Violência Doméstica e Familiar contra a mulher**. Brasília. fev.

2009. p. 1-5. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/noticias/datasenado/pdf/datasenado/DataSenado-Pesquisa-Violencia_Domestica_e_Familiar_contra_a_Mulher.pdf>. Acessado: 24 de maio de 2011.

DEEKE, Leila Platt *et al.* A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saude soc.**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 248-258, Jun. 2009.

DINIZ, S.G. A violência contra as mulheres como questão de saúde no Brasil. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, LIZ A. (Org.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher: Alcances e Limites.** São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2006, p.168-208.

DINIZ, Normélia Maria Freire; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; LOPES, Regina Lúcia Mendonça. Representações sociais da família e violência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 6, p. 1184-1189, Dez. 2007.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas *et al.* Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1037-1050, Ago. 2009

DOURADO, Aline Oliveira; JERONIMO, Aline Silva; SILVA FILHO, Cláudio Claudino; MASCARENHA, Michelle Christini Araújo ; GOMES, N. P. . **Realização de exame preventivo do câncer de colo de útero:** conhecimento de mulheres petrolinenses (Capítulo 8). In: GOMES, Nadirlene Pereira; RAMOS, Paulo Roberto (Org.). **Saúde e Enfermagem: a pesquisa como valor na formação profissional.** 1ed.Rio de Janeiro: Booklink, 2008, v. , p. 112-128.

FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação.** Editora Centauro, 2011.

FROTA, Amanda Cavalcante. **O Processo de Trabalho da Estratégia Saúde da Família: 'O Caso Fortaleza'.** Dissertação (Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde) - Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Mestrado Profissional em Vigilância em Saúde, Fortaleza, 2008.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, vol. 39, n.4, p.450-9, 2005.

FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da *et al.* Violência Doméstica Contra a Mulher na visão do Agente Comunitário de Saúde. **Rev Latino-am Enfermagem**, vol. 17. n.6, novembro-dezembro 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos ; RICAS, Janete ;TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n.1, p.17-27, jan. 2008.

GARRIDO, Edleusa Nery. **Mulheres em situação de violência doméstica**: o que faz a equipe de saúde da família? Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), 2004. Universidade Federal da Bahia, Instituto de Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2004 (Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ceci Vilar Noronha).

GAWRYSZEWSKI, Vilma Pinheiro *et al.* A proposta da rede de serviços sentinela como estratégia da vigilância de violências e acidentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, vol. 11, n.Sup, p. 1269-1278, 2007.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOFFMAN, Erving. **Estigma - notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Guanabara, 2004

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; OLIVEIRA, Denize Cristina de; SA, Celso Pereira de. As representações sociais do sistema único de saúde no município do Rio de Janeiro, Brasil, segundo a abordagem estrutural. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 1, p. 122-129, fev. 2008.

GOMES, Luiz Flávio; LOCHE, Adriana. Homicídios no Brasil têm naturalidade, idade, cor e sexo. **Jus Navigandi, Teresina**, ano 16, n. 2807, 9 mar. 2011. Disponível em: <<http://jus.uol.com.br/revista/texto/18646>>. Acesso em: 23 jul. 2011.

GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire; SILVA FILHO, Cláudio Claudino; SANTOS, Jéssyca Nathielly Barbosa . Enfrentamento da Violência Doméstica contra a Mulher a partir da Interdisciplinaridade e Intersetorialidade. **Revista Enfermagem (UERJ)**, v. 27, p. 14/1-17, 2009.

GOMES, Nadirlene Pereira; DINIZ, Normélia Maria Freire. Homens desvelando as formas da violência conjugal. **Acta Paul Enferm**, São Paulo, Vol. 21, n.2, p.262-7, 2008.

GOMES, Nadirlene Pereira; RAMOS, Paulo Roberto (Org.). **Saúde e Enfermagem**: a pesquisa como valor na formação profissional. Rio de Janeiro: Booklink, 2008, 166 p.

GOMES, Nadirlene Pereira. **Trilhando caminhos para o enfrentamento da violência conjugal**. 2009. 178p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia, Escola de Enfermagem, Salvador, 2009.

GONÇALVES, Alda Martins *et al.* Promoção da Saúde no Cotidiano das Equipes de Saúde da Família: uma Prática Intersetorial? **Enferm. Cent. O. Min.** Vol. 1, n.1, p. 94-102, jan/mar 2011.

GONZÁLEZ REY, Fernando Luis . **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: Os processos de construção da informação . 1. ed. São Paulo: Thomson, 2005. v. 1. 205 p.

GUEDES, Rebeca Nunes; SILVA, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da ; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Violência Conjugal: Problematizando a opressão das mulheres vitimizadas sob o olhar de gênero. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 09, n. 02, p. 362 - 378, 2007.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Pesquisa Mensal de Emprego – PME. Dia Internacional da Mulher. 08 de Março de 2010. **Mulher no Mercado de Trabalho**: perguntas e respostas. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp.pdf>. Acesso em: 25 Jan. 2012.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **IBGE Cidades – São Francisco do Conde-BA**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292920>>. Acesso em: 25 Jan. 2012.

KISS, Ligia Bittencourt; SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 485-501, Dez. 2007.

KOURY, Mauro Guilherme Pinheiro. O que é medo: Um adentrar no imaginário dos habitantes da cidade de João Pessoa, Paraíba. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 402-410, Dez. 2009.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos da metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LA TAILLE, Yves de. Moralidade e violência: a questão da legitimação de atos violentos. **Temas em Psicologia**, Vol. 17, n. 02, p. 329-341, 2009.

LE BRETON, David. **A Sociologia do corpo**. 2. ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2007.

LEAL, Sandra Maria Cezar. **“Lugares de (não) ver?”**: As representações sociais da violência contra a mulher na atenção básica de saúde. 2010. 308p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2010.

LEÔNCIO, Karla Lima; BALDO, Priscila Lapaz; JOÃO, Virgílio Malundo; BIFFI, Raquel Gabrielli. O perfil de mulheres vitimizadas e de seus agressores. *Revista de Enfermagem da UERJ*, v. 16, p. 307-12, 2008.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia Spanó; RODRIGUES, Daniela Taysa. Violência Contra a Mulher: A Visibilidade do Problema Para Um Grupo de Profissionais de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*, Vol. 42, n.3, p. 467-73, 2008.

LIMA, Jeanne de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira. A notificação compulsória do abuso sexual contra crianças e adolescentes: uma comparação entre os dispositivos americanos e brasileiros. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 38, p. 819-832, Set. 2011.

MARRIEL, Lucimar Câmara *et al.* Violência Escolar e auto-estima de adolescentes. *Cadernos de Pesquisa*, v. 36, n. 127, p. 35-50, jan./abr. 2006.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004.

MATTOS, Ruben Araujo de. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1411-1416, Out. 2004.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006. 132p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica. *Ciênc. saúde coletiva*. vol.11, suppl, p. 1259-1267, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Análise diagnóstica da Política Nacional de Saúde para Redução de Acidentes e Violências**. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. v. 1. 350 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010, 269p.

MOSCOVICI, Serge. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes. 2003.

MOURA, Anna Tereza M. Soares de; REICHENHEIM, Michael E.. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, Ago. 2005.

MOTA, Jurema Corrêa da; VASCONCELOS, Ana Gloria Godoi; ASSIS, Simone Gonçalves de. Análise de correspondência como estratégia para descrição do perfil da mulher vítima do parceiro atendida em serviço especializado. **Cienc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 799-809. 2007

NANDA – North American Nursing Diagnosis Association. **Diagnósticos de Enfermagem da Nanda - Definições e Classificação 2009-2011**. 1. Ed. Artmed, 2009.

NARVAZ, Martha Giudice; KOLLER, Sílvia Helena. Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. **PSICO, Porto Alegre, PUCRS**, v. 37, n. 1, pp. 7-13, jan./abr. 2006.

NEGREIROS, Teresa Creusa de Góes Monteiro; FÉRES-CARNEIRO, Terezinha. Masculino e Feminino na Família Contemporânea. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, RJ, ano 4 n. 1, p. 34-47, 1º semestre 2004.

NERY, Inez Sampaio; VASCONCELOS, Tatianne Bandeira de. O Feminismo no Combate à Violência de Gênero: um olhar sobre a contribuição do movimento feminista na implantação das delegacias da mulher. III Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais, Olhares diversos sobre a diferença, 26, 27 e 28 de Outubro de 2011, João Pessoa-PB. **Anais eletrônicos**. Disponível em: < <http://www.itaporanga.net/genero/3/09/12.pdf>>, Acesso em 24 jan 2012.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva *et al* . Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, Abr. 2009.

OBSERVE – Observatório pela aplicação da Lei Maria da Penha. **Identificando entraves na articulação dos serviços de atendimento às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar em cinco capitais**. Projeto Observe/UNIFEM. Relatório Final. Março de 2011. Disponível em: < [http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes\[1\]%20\(1\).pdf](http://www.observe.ufba.br/_ARQ/relatorio_final_redes[1]%20(1).pdf)>, Acesso em 24 jan 2012.

OLIVEIRA, Celin Camilo de; FONSECA, Rosa Maria Godoy Serpa da. Práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para as mulheres em situação de violência sexual. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-612, Dez. 2007.

OLIVEIRA, Luzia Aparecida. **Conflitos morais e julgamentos técnico-científicos**: aspectos implicados no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. 226p. Tese (Doutorado em Ciências) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, São Paulo, 2009.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. OMS, Genebra, 2002. Disponível em: <
<http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd44-15-p.pdf>>, Acesso em 24 jan 2012.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1090-1096, dez. 2008.

PASINATO, Wânia. Projeto “Construção e Implementação do Observatório da Lei 11.340/2006 – Lei Maria da Penha”. **Estudo de Caso Juizados Especiais de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher e a Rede de Serviços para Atendimento de Mulheres em Situação de Violência em Cuiabá, Mato Grosso - Relatório Final**. São Paulo, setembro de 2009. Disponível em: <
http://www.observe.ufba.br/_ARQ/estudodecaso.pdf>, Acesso em 24 jan 2012.

PEREIRA, Adriana Lemos. **Ações educativas em contracepção**: teoria e prática dos profissionais de saúde. 2008. 169f. Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2008.

PESAVENTO, Sandra Jatahy. Memória e História: as marcas da violência. **Revista de História e Estudos Culturais**. Ano III, Vol. 03, n. 3, Jul, Ago e Set 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p.

PINHEIRO, Roseni; LUZ, Madel Therezinha. **Práticas Eficazes x Modelos Ideais**: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2007. 228p.

PINHEIRO, Rejane Sobrino *et al.* Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, Vol. 7, n.4, p. 687-707, 2002.

PNUD - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. **Desenvolvimento Humano e IDH**. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/idh/>>, Acesso em 14 jun 10.

PONDAAG, Miriam Cássia Mendonça. **Sentidos da violência conjugal**: a perspectiva de casais. 234 p. Tese (Doutorado) – Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica, Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Brasília, 2009.

PORTO, Janice Regina Rangel; LUZ, Anna Maria Hecker. Matizes da violência contra a mulher: conhecendo o fenômeno. **Revista Gaúcha Enfermagem**, vol. 25, n. 2, p. 207-18, ago. 2004.

PRESTES, Cristina; OLIVEIRA, Taciane de. Mulher, Violência e Gênero: Uma Questão Histórica-Cultural de Opressão Feminina e Masculina. Universidade Federal do Maranhão, Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas, II Jornada Internacional de Políticas Públicas – Mundialização e estados nacionais: a questão da emancipação e da soberania. **Anais eletrônicos**. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppII/pagina_PGPP/Trabalhos2/Cristina_prestes_Taciana_Oliveira245.pdf>, Acesso em 24 jan 2012.

QUEIROZ, Fernanda Marques de. Violência contra a mulher: o “pessoal é político”. **Rev. Expressão**, Mossoró, v.32, n.1-2, p.29-42, 2002.

REICHENHEIM, Michael Eduardo *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. **The Lancet, Saúde no Brasil**. Maio de 2011. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_the_lancet.pdf>, Acesso em 24 jan 2012.

SÁ, Celso Pereira de. **A Construção do Objeto de Pesquisa em Representações Sociais**. Rio de Janeiro, Ed. UERJ, 1998

SACRAMENTO, Livia de Tartari e; REZENDE, Manuel Morgado. Violências: lembrando alguns conceitos. **Aletheia**, Canoas, n. 24, p. 95-104, dez. 2006.

SALIBA, Orlando *et al.*. Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. **Rev Saúde Pública**, vol.41, n.3, p. 472-7, 2007.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Um Discurso sobre as Ciências**. 7ª Ed. Editora Cortez: São Paulo, 2010.

SANTOS, Helena Cristina Estevam; BIASOLI, Desiree Albuquerque. Contribuições reflexivas sobre a inserção do Assistente Social na equipe mínima do Programa Saúde da Família. **Investigação**. v. 8, n. 1-3, p. 41–50, jan. /dez. 2008.

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Prefeitura Municipal De São Francisco Do Conde. Secretaria de Saúde. **Caracterização Geral do Município de São Francisco do Conde**. 2009a. (Orgs.:Marília Fontoura, Tatiane Araújo, Livia Sanches).

SÃO FRANCISCO DO CONDE. Prefeitura Municipal De São Francisco Do Conde. Secretaria de Saúde. **Relatório de Gestão. 1º Trimestre de 2009**. 2009b. (Org.:Marília Fontoura).

SCHRAIBER, Lilia Blima *et al.* Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 797-807, Out. 2007.

SCHRAIBER, Lilia Blima; D'OLIVEIRA, Ana Flávia P L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital** - núm. 14, p. 229-236, 2008.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica**. Recife (PE): SOS Corpo; 1991.

SILVA, Iracema Viterbo. Violência contra mulheres: a experiência de usuárias de um serviço de urgência e emergência de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, supl.2, p. 263-272, 2003.

SILVA, Luciane Lemos da; COELHO, Elza Berger Salema ; CAPONI, Sandra Noemi Cucurullo de. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 93-103, jan/abr. 2007.

SILVA, João Apolinário da. **Criminalidade nas Cidades Centrais da Bahia**. 317 p. Tese (Doutorado em Análise Regional) - Universidade Salvador (UNIFACS), Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Urbano, Salvador, 2010.

SOARES, Barbara Musumeci. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Centro de Estudos de Segurança e Cidadania. **Enfrentando a Violência contra a Mulher: Orientações Práticas para Profissionais e Voluntários(as)**. Brasília: 2005. 64p.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, Apr. 2008

SOUTO, Cláudia Maria Ramos Medeiros; BRAGA, Violante Augusta Batista. Vivências da vida conjugal: posicionamento das mulheres. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 670-674, Out. 2009.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; LIMA, Maria Luiza Carvalho de. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.11, (suplemento), p.1211-22, 2007.

SOUZA, Edinilsa Ramos de *et al.* O Tema Violência Intrafamiliar em Currículos de Graduação em Enfermagem e Medicina. **R Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, vol. 16, n.1, p. 13-9, jan/mar 2008.

SOUZA, Edinilsa Ramos de; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Inserção do tema violência contra a pessoa idosa nas políticas públicas de atenção à saúde no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 6, p. 2659-2668, Set. 2010.

SPINDOLA, Thelma; SANTOS, Rosângela da Silva. Trabalho versus vida em Família. Conflito e Culpa no Cotidiano das Trabalhadoras de Enfermagem. **Ciencia Y Enfermeria**, vol. 2, p. 43-52, 2004.

SPINK, Mary Jane Paris. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das Representações Sociais. In: GUARESCUI, P.; JOVCHELOVITCH, S (org). **Textos em Representações Sociais**. 2a ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 1995. p. 117-45.

TANIGUCHI, Seicho. **Conflitos conjugais para crianças e adolescentes** (Capítulo 3). In: TOLOI, Maria Dolores cunha. *Sob fogo cruzado: Conflitos conjugais na perspectiva de crianças e adolescentes*. Editora Ágora: 2010, p. 90-114.

TAQUETTE, Stella Regina *et al.* **Mulher adolescente/jovem em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2007. 128 p.

TAVARES, Sara Adriana Lopes Moreno. **Desistindo da denúncia: experiências de mulheres vítimas da violência por parceiros íntimos**. 2010. Monografia (Licenciatura em Serviço Social) - Universidade Jean Piaget de Cabo Verde, Cabo Verde , 2010.

TECHIO, Elza Maria; LIMA, Marcus Eugênio Oliveira (Orgs.). **Cultura e Produção das Diferenças: estereótipos e preconceitos no Brasil, Espanha e Portugal**. 1.ed. Brasília: Technopolitik, 2011, 412 p.

TRINDADE, Zeidi Araújo; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira. **Ancoragem:** notas sobre consensos e dissensos. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. 1 ed. Brasília: Technopolitik, 2011, P.21-33.

UNODC - ESCRITÓRIO DAS NAÇÕES UNIDAS SOBRE DROGAS E CRIME. ONU MULHERES - Entidade das Nações Unidas para a Igualdade de Gênero e o Empoderamento das Mulheres. **Respostas à Violência baseada em Gênero no Cone Sul:** avanços, desafios e experiências regionais – Relatório Regional. Julho de 2011. Disponível em: <http://www.unodc.org/documents/southerncone//Topics_crime/Publicacoes/Respostas_Violencia_Genero_Cone_Sul_Port.pdf>, Acesso em: 24 jan 2012.

VIEIRA, Letícia Becker. **Perspectivas de Mulheres que Denunciam o Vivido da Violência:** Cuidado de Enfermagem à luz de Schutz. 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de pós - Graduação em Enfermagem. 2011.

VILLELA, Wilza Vieira. Relações de Gênero, processo saúde doença e uma concepção de integralidade. **BIS. Boletim do Instituto de Saúde**, v. 48, p. 26-31, 2010.

WATIER, Patrick. **Elogio da Confiança**. Paris: Belin, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). International Classification of Diseases (ICD). Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/icd/en/>>, Acesso em: 24 jan 2012.

WOLTER, Rafael Moura Coelho Peclly. **Serge Moscovici:** um pensador do social. In: ALMEIDA, Ângela Maria de Oliveira; SANTOS, Maria de Fátima de Souza; TRINDADE, Zeidi Araújo (Org.). Teoria das Representações Sociais: 50 anos. 1 ed. Brasília: Technopolitik, 2011, P.21-33.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Documento institucional de apresentação e solicitação de autorização para o desenvolvimento do estudo



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



Ilm^a. Prof^a. Dr^a. Marília Santos Fontoura
 Secretária de Saúde do município de São Francisco do Conde-Bahia

Att: Ilm^o. Sr. José Raimundo Nogueira
 Gerente de Atenção Básica/Saúde da Família

Projeto de Pesquisa:
“FATORES DE VULNERABILIDADE NA SAÚDE DAS CRIANÇAS E
ADOLESCENTES DE SÃO FRANCISCO DO CONDE”
(Edital N^o 026/2009 FAPESB SFC)

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

Prezados/as,

Tendo em vista a aprovação do Projeto de Pesquisa pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), intitulado “*Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde*”, com recursos financeiros aprovados conforme termos do Edital N^o 026/2009 - Pró-Saúde São Francisco do Conde (Classificado Beneficiado na Linha 01), N^o do pedido 7609/2009, parceria entre a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, o Governo do Estado da Bahia e a FAPESB, vimos solicitar autorização para o desenvolvimento das atividades do Projeto de dissertação intitulado “**Assistência às mulheres em situação de violência doméstica na Estratégia Saúde da Família**”, a ser desenvolvido pelo Sr. CLÁUDIO CLAUDINO DA SILVA FILHO, Mestrando em Enfermagem pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), área de concentração “Gênero, Cuidado e Administração em Saúde”, Linha de Pesquisa “Mulher, Gênero e Saúde”. Este projeto de dissertação é orientado pela Prof^a. Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz e co-orientado pela Prof^a. Dr^a. Nadirleone Pereira Gomes, ambas Professoras adjuntas da EEUFBA.

Este projeto de dissertação é um subprojeto da pesquisa aprovada pela FAPESB, e tem como objetivo geral é analisar as representações sociais de profissionais na Estratégia Saúde da Família sobre a violência doméstica contra mulheres e a assistência prestada, e como objetivos específicos: Identificar a estrutura e o conteúdo das representações sociais de

profissionais de saúde sobre a violência doméstica contra mulheres; e Descrever a assistência prestada às mulheres em situação de violência doméstica por profissionais de saúde.

Trata-se de uma pesquisa descritiva exploratória, com abordagem qualitativa e que utilizará como referencial teórico-metodológico a Teoria das Representações Sociais. O *lôcus* do trabalho consistirá em espaços/unidades engajados direta ou indiretamente na lógica da ESF no município de São Francisco do Conde-BA. Os sujeitos do estudo serão 50 (cinquenta) profissionais envolvidos(as) com a ESF, integrantes das equipes de saúde da família, e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Após nova submissão e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), a partir das premissas éticas e legais da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), realizar-se-ão oficinas sistemáticas de aproximação com *lôcus* e sujeitos. Como técnica de coleta de dados, utilizar-se-á a entrevista gravada acompanhada por formulário semi-estruturado. Os dados serão tabulados com apoio do TALP e da Análise de Conteúdo de Bardin, respectivamente, e analisados de acordo com a literatura técnico-científica que trabalha as temáticas *Violência doméstica, Gênero, Enfermagem, Assistência integral à saúde da mulher, Saúde da família, e Ação intersetorial*. Acredita-se que este estudo possa contribuir com subsídios para (re)construção de políticas públicas, sociais e de saúde voltadas à prevenção de violências e estímulo à cultura de paz, a partir da atuação intersetorial.

Ainda que o projeto matriz já esteja aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), salienta-se que o projeto de dissertação apresentado buscará novamente respaldo ético junto ao Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), o qual indicará um CEP para posterior submissão, respeitando assim a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Isto dar-se-á para detalhamento das questões particulares deste subprojeto.

Certos de sua compreensão, desde já agradecemos a atenção dispensada e nos pomos à disposição para maiores esclarecimentos pelos contatos:

Telefone: (71)8801-0873

E-mails: claudiocfilho@gmail.com.

Cláudio Claudino da Silva Filho

Mestrando em Enfermagem (UFBA)

Pesquisador responsável pelo projeto de dissertação

Dr^a. Normélia Maria Freire Diniz

Doutora em Enfermagem (UNIFESP)

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA

Orientadora do projeto de dissertação

Dr^a. Nadirleone Pereira Gomes

Doutora em Enfermagem (UFBA)

Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA

Co-orientadora do projeto de dissertação

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O(a) Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo principal analisar as representações sociais de profissionais na Estratégia Saúde da Família sobre a violência doméstica contra mulheres e a assistência prestada. Trata-se de um Projeto de Pesquisa concernente à dissertação de Mestrado de Cláudio Claudino da Silva Filho, Enfermeiro vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), sob a orientação da Prof^ª. Dr^ª. Normélia Maria Freire Diniz e co-orientado pela Prof^ª. Dr^ª. Nadirlene Pereira Gomes, ambas Doutoradas em Enfermagem e Professoras adjuntas da Escola de Enfermagem da UFBA.

O(a) Senhor(a) poderá participar ou não da pesquisa, bem como desistir em qualquer fase, sem qualquer prejuízo. Caso o(a) Senhor(a) aceite, todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, de modo que os(as) colaboradores(as) entrevistados(as) serão identificados por nomes fictícios durante a análise e exposição eventual de alguns relatos, garantindo o sigilo e o anonimato e assegurando a privacidade em todas as etapas deste projeto.

As informações serão gravadas com o auxílio de um gravador portátil em um local mais confortável e privativo possível, onde o(a) Senhor(a) poderá falar livremente sobre a sua experiência. A coleta dos dados será realizada de acordo com a sua disponibilidade e mediante a sua prévia autorização por escrito. O material da gravação, bem como todo protocolo deste projeto de pesquisa (Termos assinados pelos/as Colaboradores/as), serão arquivados por 5 (cinco) anos e após esse período poderão ser destruídos.

Ao participar desta pesquisa, o(a) Senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa, bem como nada será pago por sua participação. Também não haverá nenhum benefício direto. Esperamos que este estudo aponte elementos para que possamos, a médio/longo prazo, aperfeiçoar a qualidade da atenção às mulheres em situação de violência doméstica na cidade de São Francisco do Conde, tornando especialmente a atenção à saúde destas mulheres, mais humana e resoluta.

Este Termo será assinado em 02 (duas) vias, uma ficará em posse do pesquisador, e a outra do entrevistado, para que você possa solicitar esclarecimentos a qualquer momento da pesquisa ou desistir sem nenhuma penalidade. Caso haja finalização das atividades do projeto de pesquisa antes do período previsto no cronograma, os pesquisadores se comprometem a comunicar prontamente ao Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou o projeto.

Ao final da pesquisa e defesa pública da dissertação de Mestrado, serão encaminhadas cópias da dissertação na íntegra para o Comitê de Ética em Pesquisa que aprovou o projeto, e também para a Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde-BA/Coordenação de Atenção Primária à Saúde. Na ocasião, todos(as) os(as) profissionais serão convidados(as) para conhecer os resultados, em exposição dialogada com os(as) pesquisadores(as). Os resultados desta pesquisa serão publicados sob a forma de artigos em periódicos científicos nacionais e internacionais, divulgados em eventos técnico-científicos, e veiculados junto às

instituições de atenção às mulheres em situação de violência e em entidades de organização de mulheres.

Todos os aspectos mencionados respeitam a Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos. O projeto “*Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde*”, ao qual esse projeto de dissertação está vinculado, encontra-se aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (EE-UFBA), registrado no Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos (SISNEP) mediante Folha de Rosto sob o nº 316.608, e aprovado sob o protocolo de nº 04.2010. Além disso, este projeto de dissertação foi submetido separadamente ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFBA, com o cabível detalhamento de questões particulares que propõe investigar, mediante Folha de Rosto sob o nº 397.630, e foi novamente aprovado conforme protocolo nº 01/2011 deste Comitê.

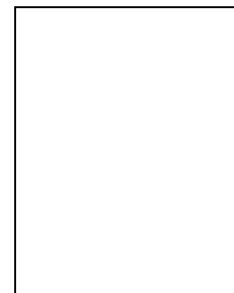
Qualquer informação adicional à este Termo e/ou sugestões, favor entrar em contato com o Mestrando Sr. Cláudio Claudino da Silva Filho (Celular: 71 8801 0873, Endereço eletrônico: claudiocfilho@gmail.com). Dúvidas quanto à vinculação institucional deste projeto à UFBA, poderão ser sanadas no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Telefone: 71 3283 7631, Fax: 71 3332 4452, Endereço Eletrônico: pgenf@ufba.br)

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

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, confirmo ter compreendido todas as informações acima descritas e, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar desta pesquisa.

São Francisco do Conde-BA, _____ de _____ de 2011.



Assinatura do(a) colaborador(a)

Assinatura do(a) pesquisador(a)

APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



PARTE 1 – CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS DO ESTUDO

Data: ____/____/____

1. Idade: _____

2. Sexo: () Masculino () Feminino

3. Cor ou raça:

() preta () branca () amarela () parda () indígena () Não sabe () Não informado

4. Religião:

() Católica () Evangélica () Espírita () Acredita em Deus, mas não tem religião
 () Ateu () Outros () Não informado

5. Situação de Conjugalidade:

() casado/a () solteiro/a () união consensual () viúvo/a () divorciado/a
 () desquitado/a ou separado/a () Não informado

6. Renda Familiar:

() até 2 salários () Mais de 2 a 5 () Mais de 5 a 10 () Mais de 10 a 20 () Mais de 20
 () Não informado

7. Regime de trabalho, tempo de serviço no vínculo atual e na ESF:

8. Formação escolar/acadêmica (detalhar processos em curso, instituição):

- () Fundamental ou 1º grau incompleto
- () Fundamental ou 1º grau completo
- () Ensino médio ou 2º grau incompleto
- () Ensino médio ou 2º grau completo
- () Superior incompleto
- () Superior completo
- () Especialização/ Residência incompleto
- () Especialização/ Residência completo
- () Mestrado incompleto
- () Mestrado completo
- () Doutorado incompleto
- () Doutorado completo
- () Não informado

9. Categoria profissional e cargo exercido: _____

10. A temática da violência doméstica contra a mulher foi, de alguma forma, abordada durante a sua formação profissional (antes e/ou durante o trabalho no PSF)?

() Sim () Não / Fale mais sobre isso. (Como, em que disciplina/conteúdo, carga horária)

11. Você já teve alguma capacitação/sensibilização acerca da temática violência doméstica contra a mulher?

() Sim () Não / Fale mais sobre isso (Quais cursos, modalidades, carga horária).

12. Casos de violência doméstica contra a mulher já foram discutidos em reunião entre os profissionais da unidade no PSF?

() Sim () Não / Fale mais sobre isso.

TALP - ESTÍMULO INDUTOR

(mostrar tarjetas)

13. Que palavras vêm na sua cabeça quando digo a expressão “VIOLÊNCIA DOMÉSTICA CONTRA A MULHER”?

Diga-me 5 palavras (colocar na ordem que ela disser)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

14. Dessas palavras que você me disse, coloque na ordem da mais importante para a menos importante para você (escrever na ordem que o/a entrevistado/a disser)

1 _____

2 _____

3 _____

4 _____

5 _____

15. Agora me diga por que você escolheu as 2 primeiras palavras como as mais importantes? Justifique.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO ACADÊMICO EM ENFERMAGEM



PARTE 2 – ROTEIRO PARA ENTREVISTA (QUESTÕES NORTEADORAS)

1. “Fale sobre Violência Doméstica Contra a Mulher?”
2. “Fale sobre o atendimento às mulheres em vivência de violência doméstica”
3. “Fale sobre os serviços neste município que você conhece, para atendimento às mulheres em situação de violência doméstica?”

APÊNDICE D – Detalhamento da Caracterização sócio-demográfica das(os) colaboradoras(es)

VARIÁVEIS		(f = 52)	%
Categoria profissional	Agente Comunitário(a) de Saúde	11	21,1
	Técnico(a)/Auxiliar de Enfermagem	17	32,7
	Enfermeiro(a)	05	9,6
	Médico(a)	05	9,6
	Assistente Social	06	11,5
	Cirurgião-Dentista	08	15,4
Faixa etária	23 a 29 anos	02	3,8
	30 a 34 anos	11	21,1
	35 a 39 anos	20	38,5
	40 a 44 anos	10	19,2
	45 a 49 anos	05	9,6
	50 a 54 anos	04	7,7
Gênero	Homem	15	28,8
	Mulher	37	71,1
Raça/Cor	Preta	29	55,7
	Branca	03	5,7
	Amarela	--	--
	Parda	20	38,5
	Indígena	--	--
Religião	Católica	39	75
	Evangélica	03	5,7
	Espírita	02	3,8
	Acredita em Deus, mas não tem religião	08	15,4
	Ateu	--	--
Situação de Conjugalidade	Casado(a)	29	55,7
	Solteiro(a)	16	30,7
	União consensual	04	7,7
	Viúvo(a)		
	Divorciado(a)	03	5,7
	Separado(a)		
Renda Familiar ¹¹	Até 2 salários	08	15,4
	Mais de 2 a 5 salários	16	30,7
	Mais de 5 a 10 salários	09	17,3
	Mais de 10 a 20 salários	13	25,0

¹¹ “Rendimento mensal familiar - Soma dos rendimentos mensais dos componentes da família, exclusive os das pessoas cuja condição na família fosse pensionista, empregado doméstico ou parente do empregado doméstico”. (IBGE, 2011).

	Mais de 20 salários	06	11,5
Escolaridade	Ensino médio/técnico incompleto	01	1,9
	Ensino médio/técnico completo	13	25,0
	Ensino Superior incompleto	12	23,1
	Ensino Superior completo	07	13,5
	Especialização/Residência incompleto(a)	06	11,5
	Especialização/Residência completo(a)	13	25,0
Carga horária de Trabalho	30 horas semanais	01	1,92
	40 horas semanais	51	98,07
Vínculo empregatício	Contratado(a)/Temporário(a)	35	67,3
	Concursado(a)/Estatutário(a)	17	32,7
Tempo de Trabalho na Estratégia de Saúde da Família	De 6 meses a 01 ano	03	5,7
	De 01 a 02 anos	10	19,2
	De 03 a 05 anos	07	13,5
	De 06 a 10 anos	19	36,5
	De 11 a 15 anos	09	17,3
	De 16 a 20 anos	04	7,7
	Mais de 20 anos	--	--
Tempo de trabalho na atual Equipe de Saúde da Família que se encontra vinculado	De 6 meses a 01 ano	17	32,7
	De 01 a 02 anos	15	28,8
	De 03 a 05 anos	04	7,7
	De 06 a 10 anos	09	17,3
	De 11 a 15 anos	05	9,6
	De 16 a 20 anos	02	3,8
	Mais de 20 anos	--	--
Participação em algum processo formativo sobre Violência Doméstica contra a mulher durante a formação profissional	Sim	20	38,5
	Não	32	61,5
Participação em algum processo formativo sobre Violência Doméstica contra a mulher durante o seu trabalho no PSF	Sim	18	34,6
	Não	34	65,4
Participação em alguma discussão sobre Violência Doméstica contra a mulher entre a equipe de saúde da família onde trabalha	Sim	27	51,9
	Não	25	48,1

APÊNDICE E - Transcrição das entrevistas¹²

Mariana, Agente Comunitário de Saúde

Meu pai era muito agressivo, ele batia muito na minha mãe. Desde quando eles namoravam e tudo, ele era muito agressivo, e depois que ela engravidou ele continuou. Foi tanto que durante a gravidez ele batia nela. Eu nasci com a clavícula descolada, e tive que ter acompanhamento no colégio porque eu era muito agressiva. As professoras perguntavam a minha mãe porque eu era assim, tão danada. Quando alguém vinha me bater eu revidava, hoje eu me controlo. Ela (a professora) perguntou como tinha sido a gravidez à minha mãe, foi conversando. Então, tanto apanhava minha mãe, quanto apanhava eu. Ele era uma pessoa muito agressiva! Eu estava no terreiro brincando e ele vinha com tudo mesmo e me batia. Eu “era doida” pra assistir televisão, mas só assistia quando ele estava acordado, pois se ele estivesse dormindo, ele levantava (vinha até mim) e eu apanhava. Minha mãe apanhou muito! Era tanto que antes dele tocar a mãe nela eu já sabia que ela ia apanhar, eu já ficava na cama tremendo. Teve uma vez que ele entrou no quarto e eu estava tremendo, e ele me perguntou o que eu estava sentindo, aí eu disse “*estou com medo de você bater em minha*”.

A mulher hoje está conquistando vários espaços, o papel da mulher na comunidade hoje, se diz que o número de mulheres solteiras aumentou; então a mulher está em tudo, ela tanto é mãe, o que já é mesmo, como é pai. O papel da mulher aumentou muito, ela tem sido também muito cobrada. Eu tiro por mim. Se você entra num campo onde o trabalho é mais pelo lado do homem, aí entra uma mulher, então a visão vai toda pra ela. É como se todo mundo olhasse qual a hora que ela vai errar. Então é assim, o homem erra o tempo todo, mas na hora em que a gente escapole um pouquinho, por qualquer motivo, aí a mulher é mais cobrada. Então na verdade é difícil!

O meu trabalho (de Agente Comunitário de Saúde) é mais assim de esclarecimento, sentar, conversar, falar quais os direitos que elas têm, onde elas podem achar ajuda.

Os direitos delas é que, acabou aquele tempo em que a mulher ficava acomodada, calada com a situação de violência que ela sofria. Hoje a sociedade esta mais aberta, há sim uma certa barreira, mas está mais aberta. Então elas devem denunciar aos órgãos competentes, porque tipo, de um tempo pra cá diminuiu, mas algumas situações que eu vivenciei, eu falei pra procurar a delegacia, viu?! Falei mesmo! (risos)

O Direito da mulher é um Direito de ir e vir, assim como o de qualquer outro cidadão. É o Direito de poder trabalhar, o Direito de poder viver mesmo. Porque a gente fala assim em Direito, mas na verdade o que a mulher quer é ser reconhecida como ser humano. Porque simplesmente por parte do preconceito a mulher é vista como uma coisa de segunda, porque geralmente quando a mulher tenta respirar, é pra colocar aquilo que ela tem pra fora dela. Ela tem uma negatividade de outras pessoas, e assim, a violência hoje cresceu mais por causa disso. Porque a mulher, ela começou a se expressar mais, ela começou a correr mais atrás dos ideais dela. Então a forma como a sociedade, não é só o homem não, É a sociedade toda! Ela não tava preparada pra isso. Então assim começou a violência aumentar. Sempre existiu a violência contra a mulher, mas hoje as coisas estão piores por causa disso. A mulher começou a querer mais a liberdade, ela sabe que aquilo, ficar dentro de casa (sinal de reprovação)... e ela sabe que pode ir bem mais que aquilo. E por querer ir bem mais, às vezes a sociedade e o

¹² Transcrição *Ipsis litteris* das gravações das entrevistas, suprimindo erros gramaticais e vícios de linguagem APENAS quando estes dificultavam o entendimento da idéia central dos discursos. Entre parênteses, encontram-se impressões percebidas pelo pesquisador no ato da entrevista, importantes para a compreensão do contexto relatado, e muitas vezes, emitidos de forma para-verbais.

homem em si, que não estão acostumados com aquilo, tentam frear. E a mulher, ela luta contra aquilo. E pra eles a melhor maneira que eles acham é pela violência. E muitas das vezes uma violência chega a ser trágica. Porque às vezes eles vêm e batem, às vezes até mutilam algumas partes e então pra eles a melhor forma realmente, o que a gente vê, é o assassinato. Quantas mulheres são mortas?! Só porque, na verdade, ela não quer ser mais companheira. E antigamente a mulher era acomodada aquilo. A mulher não gostava do homem e ia morar mesmo porque era forçada, a família decidiu, vivia com o homem o tempo todo, vivia como escrava, porque até na parte do sexo ela era utilizada como escrava. Porque (ele) tinha a mulher dentro de casa pra um tipo de sexo e tinha uma amante na rua para outro tipo de sexo. Ela não podia demonstrar nada. Ela tava ali só para servir. Então a partir do momento que a mulher passou a ter consciência e lutar pelos seus direitos, o direito de ir e vir. Não é mais nada do que isso! É o direito de ir e vir. Geralmente pra ela ser reconhecida é preciso ter direitos. É uma violência mesmo à mulher, enorme! O que eu digo pra elas é que elas não baixem a cabeça, não baixem a cabeça! Agora tem que ser uma cabeça erguida também na inteligência, porque a gente sabe que bater com um homem de frente mesmo é muito difícil. Então a gente tem que ter um “jeitinho”. Aquele jogo de cintura pra saber contornar a situação. E às vezes as mulheres pecam ai. É no bater de frente, direto. Às vezes querem medir força com o homem. E a gente sabe que na verdade é muito difícil que isso aconteça. Então é não baixar a cabeça, procurar também o auxílio da família. Isso é muito importante! Porque se a família está ali, a família junta, muita coisa se resolve. Procurar a justiça, se tiver o atendimento, a mulher procura, se não tiver vai até a delegacia mais próxima. Se às vezes acontece dela chegar e não ter o atendimento mais adequado, não pare por ali. Vai no fórum... procura... procura outras coisas. Mas o que não pode acontecer é ficar parado. Isso que não pode acontecer. E procurar um meio pra perder o laço do homem. Porque muitas mulheres às vezes, ela depende muito do homem. Ela não tem um outro meio de sobreviver. E tem filhos. E de imediato é por isso que o apoio da família é muito importante. Porque muitas mulheres sofrem a violência, mas às vezes elas não podem sair daquela situação porque não tem um apoio. E quando se tem um apoio é muito mais fácil. Agora se tem uma mulher que não tem apoio por parte da família, e vem a parte da lei e não ajuda, ela vai voltar pra aquele homem, para aquela situação. Aí as coisa complicam. Eu acho mesmo que de início o fundamental é, assim, a parte mais participativa é a família.

[...] Tem outras coisas também que a família discrimina a mulher. Só porque a mulher é casada com marido e tal, acha que ela tem que sofrer as piores humilhações. A mulher é um ser vivo, ela tem sentimentos. Então é muito difícil. Ela tem que conquistar seu próprio espaço, ser independente. A mulher tem que colocar uma coisa na cabeça: a mulher mesmo... é porque assim... os princípios que eram passados para a mulher eram de submissão. O que hoje nós vivemos em um novo tempo, em um novo século, que essa educação, esses valores são passados na própria família. Então a mulher ela tem que ser independente, porque quando a mulher é independente, quando a sociedade já encontra uma mulher assim que tem os seus objetivos já, o respeito é maior. É bem maior! Então é isso, a mulher ela tem que ter essa consciência que ela não pode ficar submissa a ninguém, e quando eu digo ninguém não é só ao homem não. É até mesmo ao próprio mundo em que nós vivemos. A gente vê muitos exemplos. Você vê uma mulher humilde como é tratada e uma mulher que é independente, ela tem sua casa, emprego, seus bens... ela tem tudo. Você vê de que forma ela é tratada. A mulher tem que conquistar seu espaço, e já que ela quer conquistar seu espaço ela tem que lutar. Agora lutar com inteligência. Não adianta medir forças, não adianta você dizer que pode fazer as coisas, não. Tem que dizer assim: posso fazer, e provar que pode fazer. Mas você tem que fazer. Então o direito da mulher é esse, como eu falei o direito de ir e vir mesmo. A gente quer os mesmos direitos que os outros tem. A gente quer ser respeitada, a gente quer falar, a gente quer que os outros nos ouçam, a gente quer viver numa comunidade. A gente quer participar disso. E não é o que sempre acontece. O direito que a gente quer é de participar, de

poder decidir também. É de contribuir, eu falo por mim. Sei que tem outras visões, outras coisas mais quando eu converso com outras mulheres, que a gente tá ali batendo um papo, a gente quer isso. A gente quer o reconhecimento a participação, a gente quer a contribuição, a gente quer sentar ali na roda e decidir as coisas, a gente quer também que as outras pessoas nos ouçam, a gente tem opiniões mas as vezes ficamos caladas até porque não tem a oportunidade de ser ouvida. E nós sabemos que quando pára pra ouvir elas, sai muita coisa boa. Porque a mulher ela tem um poder de observação maior que o homem, não é querendo (se vangloriar)... Mas a gente sabe que, a gente tem um poder de sensibilidade maior. Em determinadas situações... Por exemplo, a gente sempre se coloca como uma mãe, quando uma mãe está passando necessidade com seu filho, a mulher ela é mais fácil de decidir algumas coisas porque ela não usa só a cabeça, eu acho que nós temos várias outras coisas, a gente tem que usar o coração, a cabeça, tem que usar tudo. Porque nesse momento muita coisa conta, e o homem pensa só com a cabeça, é assim mais individual, e a mulher não, ela tem aquela coisa mais participativa.

Tem vários casos, tem um assim de eu estar num lugar e a pessoa não saber que eu estava, e o marido veio e deu um murro no rosto dela mesmo e quando foi no outro dia que eu fui fazer a visita, que eu cheguei, aí falei: *“Oh mulher, venha cá, o que foi isso no seu rosto?”* Aí ela disse: *“Foi o armário, menina. Meu marido deixou o armário aberto e quando eu saí na porta, que fui passar, o armário pegou em mim”*. Aí eu disse: *“poxa, que armário danado, miserável né (risos)”*.

Teve outro caso de um marido que deu um murro no braço da mulher e ela tava grávida, quase perde o bebê. Ficou em coma vários dias e depois acabou voltando para o marido. Foi assim... o murro ... Teve toda uma agressão só que quando ele acabou de agredir ela, ele veio com um facão, ele ia no pescoço porque ele ia degolar ela, só que ela pra se defender levou o braço, e quando ela levou o braço cortou o pulso e ela tava grávida. E nessa gravidez, a hemorragia e tudo. E quase que ela perde o bebê. E ela passou e ficou no hospital, muito tempo internada e tudo mais. Quando ela retornou, ela voltou pra casa. E vive com ele até hoje. Sofreu outras agressões, hoje ela tem problemas de diabetes e de hipertensão por causa de tudo o que ela viveu. O emocional dela ficou tão abalado que a filha dela tem hoje 30 anos, e tem 30 anos que ela sofre essas agressões. E não aceita que ninguém de opinião. Esse caso aconteceu há 30 anos atrás. As agressões existem até hoje. E se você for dar alguma opinião ou coisa assim ela não quer saber. Ela ainda acha que você tá invadindo a privacidade dela. Ela acha que ninguém tem nada haver com isso, e é verdade. Assim, o pessoal mesmo, ninguém tem nada haver com a vida, mas a gente vê aquela situação acontecendo e muitas vezes você vê tudo aquilo e você quer tomar uma posição, porque você está vendo a situação que tá acontecendo na sua frente você vê e tem que cruzar os braços. E você vai tomar uma decisão, muitas vezes você é condenada pela própria pessoa que está sendo agredida. Sabe?! É muito difícil o que leva uma pessoa a “fazer essa idéia”. Porque às vezes eu converso com as meninas, falam que antes tomar um murro do que ouvir determinadas coisas. E eu coloco que não quero nem tomar um murro, nem tomar um tapa, nem ouvir certas coisas. Porque dói. Tanto ouvir como tomar um tapa. Então eu não entendo a pessoa preferir tomar um murro do que palavras, que dói. Eu sei que tem, mas um murro também dói. Um murro. Você tomar um murro de um homem, aquilo ali a mulher tem que ter força de vontade pra conseguir se reerguer, porque fica pro resto da vida. Ela vai dar a volta que for, mas ela nunca esquece. E às vezes tem situações que acontecem na vida dela depois daquilo tudo, e tem atitudes que ela toma por causa daquele murro. Quando ela não se acomoda ela se ergue. E quando ela se ergue muitas das vezes ela age com determinadas situações por aquilo que ela viveu. É aquilo... se me deu um murro nunca mais vai me dar. Se me disse uma palavra que eu não gosto, eu já vou agir logo, eu digo: “epa!” (expressão referente à “PARE”). Então a violência a gente tem que começar a barrar até nas palavras. Porque antes de um homem dar um murro, agredir uma mulher, ele não começa logo pela agressão física. Ele começa pela agressão

verbal. E ali ela vai crescendo aos poucos... vai crescendo e é por isso que na primeira agressão verbal, já tem que ter uma “freada”. Por que se não “freias” ali, depois pode ser pior. Então se deu o primeiro tapa, agrediu verbalmente e se não for trabalhado em cima daquilo, pode se preparar que pode levar dois, três anos, mas no dia que tiver vai querer bater de novo.

Na verdade eu fico sem saber o porquê uma mulher fica 30 anos na situação de violência. Ela não se valoriza. Porque a partir do momento que um cidadão se valoriza ele não vai permitir que ninguém o maltrate em nenhuma situação. Ela já teve outros empregos mais nunca separou dele. Seis filhos, o mais novo tem 20 anos. Hoje ele mora numa casa, é vizinho dela. Como eles estavam brigando muito e os filhos não suportavam aquela situação fizeram uma casa pra ela, mas não se separaram. Porque ela volta, vai pra lá... dorme. Vive uma vida normal. Faz o almoço dele, faz tudo dele, vivem uma vida normal. Marido e mulher. A diferença é que os filhos foi que fez uma pressão pra ela sair de casa. Ela disse “*eu vou sair*”. É difícil mesmo por incrível que pareça. Mas nunca é tarde pra se separar. Então na verdade eu não entendo o que é que faz com que ela fique com ele e suporte toda essa... não sei se é amor, porque eu não to aqui no coração de ninguém nem posso dizer como é porque eu não amo dessa forma. Eu não amo sendo maltratada. Se me diz uma coisa que não precisava daquilo eu posso até ficar depois, mas no momento eu não consigo. Então eu não entendo o porquê que ela se submete a isso.

Agora mesmo tem um caso na comunidade, ela mora com o rapaz, eles são evangélicos. A primeira vez eles eram doidos pra engravidar, e ela engravidou logo, eram gêmeos. De tanto ela apanhar, os dois bebês morreram. Ele na época era usuário de drogas. Passou. Quando foi agora... ele tinha parado de usar drogas... voltou a usar e roubar. Ela ainda engravidou e teve o bebê, mas apanha de dia a noite. A gente vai conversa com ela que tem que partir dela, não adianta a gente... tento ajudar mostrar os meios... ela tem família tem todo o suporte que pode ajudar, mas ela ta com ele apanha mesmo... apanha! Tanto ela, e estavam falando de mais outros três casos. De você ver mesmo apanhar puxando os cabelos, colocando pra dentro de casa, fechando a porta e batendo mesmo dentro de casa. E não estar “nem aí nem vai chegando”. E são meninas novas, essa mesmo que eu tava falando tem 38 anos. Mas as outras duas tem 23 anos, não tem filho nem nada. E fica se submetendo a essa situação porque não tem filho nem nada. Na verdade eu acho que é muito falta de amor. Eu não sei qual foi a educação que esses pais passaram pra essas meninas porque as coisas são da criação. O individuo já é preparado dentro da própria família, então isso também contribui para os valores que essa jovem tem em sua vida. O que foi que esses pais passaram pra elas? É uma coisa assim, que a gente fala a situação que nós estamos vivendo mas a gente não fala do inicio de tudo. Não se sabe também qual a formação desse homem que bate na mulher, nem da mulher que aceita ser agredida. Então o que eu tenho certeza, é que eu tenho minha filha e se ela receber um tapa a coisa vai ser feia porque são os valores que a gente vai ficar. São os valores. O inicio de tudo é a família. Tanto pro homem que agride a mulher quanto pra mulher que aceita a agressão do homem.

Eu no dia que levei um tapa do meu marido dei uma nele que até hoje tem a cicatriz, e depois nós nos separamos e pronto. Eu não entendo o que leva uma mulher a receber um tapa ou até... né?! Tem que ver os dois lados, a gente fala de violência doméstica contra a mulher mas tem a violência contra o homem também. Tem uma mulher que se o homem abaixar a cabeça elas matam, tem vários exemplos aí. O homem meio “bestinha” e a mulher vem “*você é isso e isso mesmo*”, ela vem e dá o tapa e depois quando o “bichinho” vai e revida, a gente diz: agrediu uma mulher! A gente tem que ver onde estão os valores. Hoje as pessoas acham que tudo é normal. Mas não é bem assim não. A gente tem que saber o que fala, pois é como se diz, uma ação tem uma reação.

Paz pra mim é viver numa sociedade que você sabe que... é não ter violência. É parar com a violência, acabar com a violência, aí a gente tem paz. Quando eu falo em acabar com a

violência não é só a violência contra a mulher não, é todo o tipo de violência. A violência em outros países, contra os jovens, os idosos, contra as crianças, e contra as mulheres. Enfim é acabar com a violência contra o ser humano. Porque a partir do momento que pessoas tem a consciência que ela tem que respeitar o próximo, a ouvir o próximo, a se colocar no lugar do próximo, em qualquer atitude se colocar no lugar do próximo, as coisas começam a caminhar. Mas as pessoas perderam os valores e aí começou “a guerra”, porque o que nós estamos vivendo hoje é uma guerra! E que infelizmente acho que nunca vai acabar não. Porque a partir do momento que se perdeu os valores, você não tem esse reconhecimento, você não se preocupa com o próximo, é muito difícil. Muito difícil mesmo. A parte é a família. A estrutura da família está deixando muito a desejar. Porque isso vem em consequência da família. As famílias acham que tudo hoje... por exemplo a partir do momento que uma criança começa a agir de uma determinada forma e os pais acham que aquilo é certo.. ela começa a se jogar no chão, ela começa a xingar, a colocar o dedo na cara de um adulto, ela vai crescer sem limites e vai se tornar um adulto ... e como vai se tornar esse mundo se essas crianças não tiverem nenhuma estrutura familiar, não ser passado pra elas os valores que devem ser seguidos. Porque a gente vem de uma época que ainda os valores eram passados e a gente ainda vê que nem tudo dá certo, e agora que não são passados mesmo? Se o jovem chega em casa com a carinha fechada e o pai acha que “é coisa de adolescente”, e ele diz “é coisa de adolescente”. Porque o pai tem que entender o adolescente, e ele não pode entender o pai, uma mãe? O pai tá ali é alimentação... estudo... e um pai não pode se queixar não, uma mãe não pode se queixar não? Mas o adolescente pode se estressar? Quer dizer e a preocupação de manter esse filho? Não... comigo não tem esse negócio não... vamos sentar aqui e vamos conversar! Aí deixa lá... Joãozinho está assim mesmo.... Não, ele tem que aprender a respeitar! Não, é porque ele está zangado com uma coisa que tem que descontar nos outros. Tem que saber separar as coisas. E em muitas das vezes isso não acontece. Os pais acham que educar filhos é uma escola e etc... Não! Quem educa “isso” é pai e mãe. Eu tenho 2 filhos, sou mãe solteira, um tem 18 e outro tem 14, e eu agradeço a deus os filhos que tenho. Sou mãe solteira, sempre trabalhei fora e graças a deus eu fico tranquila. Eles não são santinhos não, mas não fazem nada que me envergonhe. Quando eu digo não, eles tem que me obedecer, ter limites. Esse “não” tem que observar pra não interferir em outras pessoas, pois uma ação causa uma reação. A gente tem que ter essa noção. Tem muita gente tirando onda de certinho mas era do lado sujo, a gente não pode julgar as pessoas. Eu fui mãe solteira, farreei mesmo, me casei com 14 anos e me separei com 21. Quando me separei farreei mesmo. Queria viver tudo o que não tinha vivido em minha adolescência. Aí vivi até os 16 anos e depois parei. Hoje em dia eu tenho respeito. Porque eu conquistei esse respeito, então as coisas a gente tem que parar de “*porque fulano fez uma coisa no passado tem que sofrer a vida toda*”. Não, a partir do momento que a pessoa prova, porque não é a sociedade que aceita. Ela tem que se fazer ser aceita. Então olha eu aqui!

A delegacia tem (aqui na cidade), só para atender mulheres. Mesmo sendo na delegacia a sala é separada. Meu namorado é policial, aí ele me conta que elas chegam rasgadas, cheias de tapas, aí os meninos ficam “retados” e saem atrás, mas quando eles chegam lá que pegam ele e trazem elas começam a gritar: “ não... não prendam não. Não foi porque ele quis não, ele não vai fazer de novo”, elas são as primeiras a pedir pra soltar.

Na verdade não me sinto bem não, aqui no PSF. Porque a gente sabe qual é a realidade do Brasil né. A gente sabe que não tem todas as condições pra fazer um bom trabalho.

Bom trabalho é primeiro você começar com uma coisa mais certa. A coisa é o fundamento do PSF, é você poder fazer uma orientação certa. A orientação é a prevenção. A partir do momento que você pode trabalhar isso, que você tem apoio, uma condição de trabalho, as coisas fluem bem melhor. Mas quando começa um trabalho errado que você procura fazer um trabalho de orientação, como por exemplo, você quer fazer um trabalho de gestantes não pode, você que fazer um trabalho sobre planejamento familiar não pode. Você

pode até reunir as mulheres, mas depois vem a parte do planejamento mesmo, e aí como é que a gente faz? Você chega vai pra um lado, vai pro outro, você chega e fala de medicações depois essa mulher engravida... Você que fazer uma palestra com elas e apoio que não vem? Como é que você vai passar? Porque muitas vezes essas mulheres precisam de outras coisas. Sei que a conversa é importante, mas ela precisa de uma estrutura e quando eu falo de estrutura me refiro ao bem material. Às vezes ela está desempregada e não tem o que comer em casa, ela muitas das vezes, o homem só fez engravidar, ela não sabe como é que ela vai tomar a medicação, às vezes passa uma medicação e ela não tem dinheiro pra comprar essa medicação, e aí? Então fica difícil! Você tem as adolescentes e quer passar uma outra coisa pra orientação, mas as vezes tem outras coisas que você quer passar e não tem o apoio, fica difícil. Porque a gente sabe muito bem que nós agentes temos o principio do trabalho a prevenção. Mas a gente vai encontrar com outras situações. E como é que a gente vai lidar com aquilo? Porque quando a gente chega para os órgãos competentes a gente não tem o apoio. Porque é aquele ditado. Se você está com a dor, a pessoa não quer saber de nada não, você quer achar uma solução pra passar a sua dor. E se der um veneno pra passar você vai querer. Depois você vai até refletir, mas no momento você quer que a dor passe. E em muitas vezes a gente chega e encontra situação que não pode resolver e isso tira o nosso estímulo. E quando muitas das vezes... o agente se mete em tudo. Quem toma toda a carga é ele. Porque quando a pessoa chega a desabafar, a falar alguma coisa quem ouve tudo é a gente. Lá em cima ninguém ouve nada. E a gente tá ali correndo atrás pra fazer o nosso trabalho, capenga daqui, capenga dali com os nossos próprios recursos porque a gente mora numa comunidade. Então tem aquela coisa de conhecer todo mundo. Então muitas das vezes a gente faz coisa que não está dentro de nosso trabalho. A gente faz por conta própria. Que a parte profissional poderia estar ali interagindo mais, mas não tem esse suporte, então muitas das vezes eu não acho justo que eu chegue na casa de uma pessoa que está passando por determinada situação. Eu tenho como ajudar, eu simplesmente como agente e uma cidadã comum, e não ajudo. Que eu posso ajudar eu posso, mas eu tenho que tirar “do meu”, quando tem os órgãos aí que tem essa responsabilidade e não faz. Então eu digo a você hoje eu não me sinto bem como agente comunitária de saúde porque o que a gente encontra pela frente é muita coisa, não é só doença, a gente encontra todo o conjunto de fatores e coisas e que a gente não pode fazer nada. E ainda somos cobrados, querem a perfeição do trabalho. Aonde eles não fazer a parte deles, eu sei que somos todos culpados nessa situação a partir do momento que somos sociedade e estamos ali, somos todos culpados. Mas não podemos pegar a culpa e jogar só em cima de um. A gente tem que achar um culpado. Então o culpado tem que ser aquela pessoa. Muitas vezes a gente chega na comunidade e você tem uma gestante que ela tem um marido, o marido dela usa um droga, faz algumas coisas que não é certo. Isso contribui para que aquela gestante perca o seu bebê. Porque em relação à droga não foi o primeiro caso que aconteceu lá, já teve outro caso de meninas que em determinadas situações perderam o seu bebê. E quando chega lá na frente a secretaria diz que culpado é o agente comunitário que estava responsável por aquela gestante e não fez nada. Agora me diga como é que eu vou intervir numa vida pessoal? Vem cá: que ajuda essa gestante teve, enquanto ela tinha o marido drogado? Que ajuda esse drogado teve dos órgãos? A gestante não teve apoio nenhum, o drogado não teve apoio nenhum, e queriam que o ACS fosse o que? Deus? Aí é fácil chegar numa reunião e dizer que teve um óbito e que o culpado foi o ACS. Aí fica difícil, a gente perde o estímulo quando a gente vê determinadas situações que poderiam não estar acontecendo e colocam a culpa em cima de mim.

E outros tipos de trabalho ainda deixam a desejar. Porque você chegar na casa de uma pessoa e ver determinadas situações e não poder fazer praticamente quase nada. Só falar, falar e a gente sabe que no momento as pessoas precisam de algo mais. Você chega, conversa, traz o problema para equipe, mas ela não pode fazer muita coisa, e fica chato. No momento eu não me sinto bem fazendo o trabalho de ACS. Porque eu queria fazer um trabalho mais... que

eu pudesse abraçar mais o problema das pessoas, dar um conforto melhor, mesmo sabendo que não poderei resolver tudo. Você chega na casa de uma pessoa vê uma criança comendo farinha no caneco, aí você diz “*esta comendo farinha?!*”, aí ela diz “*sim, estou comendo farinha porque não tem outra coisa pra comer!*”. Então acho que o PSF poderia ser mais bem trabalhado. Tem que ser mais bem visto nas necessidades de urgência que podem ser feitas no momento, não que vá fazer sempre tudo. O médico mesmo passa uma medicação, se tiver na unidade tudo bem, se não a pessoa não compra. Deveria ter um amparo melhor, eu vejo dessa forma.

Carlos, Agente Comunitário de Saúde

Pra mim a palavra seria agressão. Agressão física, psicológica. Por que é o seguinte... é... situações as vezes, situações de .. ou ao mesmo situações de até outras mulheres. Porque agressão, a violência aí as vezes quando você olha de uma homem para uma mulher, mas as vezes ocorre de mulher para mulher. Ou até dela mesma contra ela mesma! Ainda tem essa! Agressão é uma coisa, mas violência pode acontecer até mesmo dela contra ela. E é a questão, entende na verdade que seria a agressão física, sabe? Qualquer tipo de agressão que deixe seqüelas, que aí você entra com a física e a psicológica. Que deixa seqüelas. Então seria essa a que é causada em casa. Seja por, nesse caso aí seria, parentela, vínculo familiar. Que aí nesses casos “abre” (expande as possibilidades) mais a violência contra a mulher ou a violência (no geral). A doméstica seria em casa. Normalmente entre maridos, filhos enteados, e aí vai o que seria a violência domestica nesse caso.

No meu caso, já me deparei mas é... conseguiu-se resolver de certa forma ... mas já ouvi casos. Porém na minha microárea a incidência é muito menos. A incidência é maior na microárea do colega, meu colega, que fica logo aqui em baixo. Desse lado de cá a violencia doméstica é maior do que no meu lado. Então já me deparei com alguns casos, até com suspeitas, na verdade que terminou depois, percebida aqui recentemente, teve um caso que eu ao averiguar o que era ai depois conversando com a pessoa e investigando não foi!. E o que ela disse foi: “*E ele é maluco de fazer isso?*”. Mas a gente já averiguou vários casos de violência domestica.

Sim... e coloca aí que a violência domestica é... a gente fala muito é o... Estupro e ou a violência sexual contra menores, pedofilia, que infelizmente tem aumentado muito, por vários fatores. Na maioria é... em grande parte tem acontecido dentro de casa. Então há essa relação de violência domestica e é bom pontuar isso.

A partir do momento que algumas pessoas passam a falar a gente vai investigar. E em outros casos percebendo algumas marcas na pele, machucados. Então aí a idéia é investigar, que no caso que eu falei pra você foi uma suspeita. Graças a Deus não foi! Então aí a gente notou um machucado na pessoa e aí foi investigar, aí descobriu que na verdade ela tropeçou e ao tropeçar ela deu uma carreira e aí bateu o rosto na parede. E aí foi o que ela disse: “*Ele é doido? Se fizer isso comigo morre!*”. E pela pessoa que conheço, hummmm. O homem é pessoa de momentos mas... E as vezes por sinais mesmo, marcas e em algumas situações a gente conversando percebe que é o semblante, tristeza, que a gente vai conversando a fundo e penetrando, que quando a gente consegue essa abertura dentro da família, então a gente consegue ir penetrando, penetrando... aí que vai começando a descobrir essas situações. A gente termina sendo amigo colega e irmão e vai conhecendo as coisas.

Um senhor.. hoje já falecido, ele atentou contra a esposa dele com a arma. Chegou bêbado e atentou. Ela ficou hospitalizada durante muito tempo. Esse realmente foi um caso marcante da minha área. Ele deu um tiro nela realmente. Nesse caso a equipe do PSF não teve muita coisa pra fazer, como foi num final de semana. Simplesmente a gente só fez a visita, e o

encaminhamento já tinha sido feito. Ela já tinha sido levada para o hospital e ele foi prezo durante um período e ela ficou no hospital. A gente ficou mesmo fazendo as visitas, que ela precisou de alguns curativos. E na verdade o papel do PSF foi justamente esse: a realização dos curativos dessa senhora e também acompanhar, conversar. Esperamos ela chegar pra fazer o tratamento dela em casa mesmo. E ela também já faleceu.

É como eu já falei, (nosso papel) é conversar, ser um psicólogo mesmo. Eu tenho que fazer psicologia, não tem jeito, não tem pra onde correr! (ar de ironia) Na verdade o que a gente ajuda nessa hora é o conforto. Dar um esclarecimento de algumas coisas que as vezes terminam infelizmente, em alguns casos, se repetindo na própria família. Por causa da própria pessoa que foi agredida ou o agressor. Pois a pessoa termina tomando a situação como normal. Então a gente tenta esclarecer algumas situações tentando impedir que isso não aconteça na verdade. Então o papo que a gente termina fazendo é esse, conversando com as pessoas, dialogando, conselhos, que é mesmo o nosso papel. O trabalho mesmo que a gente faz.

A questão dos conselhos seria falar, além de conscientizar com relação à se ocorrer novamente, como ela deve proceder, além disso coisas pra evitar que isso ocorra, e tentar conscientizar que há algumas pessoas que acha que isso é normal, sabe, a questão conjugal. Em todo casal acontece isso! Então a gente tem que tirar essa idéia: “*Não... nada disso!*”. Então a gente tenta conversar. E no caso de algumas situações que ocorreram a gente tenta conversar, consolar. Até mesmo pra ela entender que ela não é única, mas que isso não tem que acontecer com ela toda vez! Isso é basicamente os conselhos. Pra onde ela ir? O que proceder?

Atualmente a mulher tem desenvolvido um papel um pouco diferente do que quando era só progenitora, que era só de cuidar do filho, isso e aquilo. Hoje a mulher ela tem assumido um papel de sair para o mercado de trabalho, conseguir o seu sustento e não só esperar o homem. E isso é uma coisa que eu apoio e aconselho a qualquer mulher, não só esperar do homem. É você ser independente financeiramente. Não é passar na cara. Então hoje ela está conseguindo, um dos papéis é esse, não só de progenitora, cuidar dos filhos. Apesar de que infelizmente também está deixando (de lado) um pouco essa parte do cuidado a família. E aí a gente não sabe nem com o resolver essa situação na verdade. Porque hoje a família esta ficando um pouco desligada, os filhos hoje perdem um pouco o respeito com a própria mãe. Por que infelizmente pela sobrecarga do trabalho ela tem deixando de ficar com os filhos, e eles têm que ficar em casa com a empregada ou com outras pessoas. Então ela tem perdido a oportunidade de dar educação. Nem ela, nem o próprio pai. Só precisa deixar o salário dos dois igual no mercado de trabalho. Hoje está sendo essa questão de trabalhadora, independência e que isso é só largar um pouco desses “feminismos extremos”. Que esse feminismo tem na verdade fortalecido o machismo. E ela termina perdendo a razão dentro da própria sociedade. Procurar trabalhar, que é isso, que na verdade a casa não fosse sustentada só por ele ou ela, e sim por ambos. Procurasse algo conjunto, em casa, na família, no cuidado com os filhos. Apesar de que infelizmente hoje as mães estão sendo pais. Tem essa situação. Hoje a incidência de mães solteiras está sendo alta e às vezes por opção. O lema é que pra elas é melhor. O trabalho acaba dobrando mas é melhor do que aquele jeito que o pai é ausente. Na maioria dos casos é ausente. Então é melhor você ter o trabalho sozinha do que com alguém que é ausente ao seu lado.

Que atendem a mulher (existe serviços) verdadeiramente não. Agora desculpe, tem o CRESAM (Centro de Referência em Saúde da Mulher). Na verdade aqui pouco se tinha serviços além da delegacia. Agora tem até uma delegacia especializada que atende a mulher. Mas os encaminhamentos basicamente são a delegacia, o CRESAM que tem psicólogos isso e aquilo e principalmente à unidade. Passa por aqui e daqui fazemos os encaminhamentos.

Aline, Agente Comunitário de Saúde

Na minha (história de) violência doméstica é que o alcoolismo estava em primeira parte em tudo, e hoje a gente vê que a violência hoje... é assim é... 100% da separação é causada por alcoolismo, eu cito porque nas minhas brigas tudo tinha o alcoolismo no meio... a gente passava a semana toda numa boa... mas se ele bebesse qualquer coisa... eu podia não dizer nada, qualquer coisa, a violência surgia de repente do nada... o alcoolismo hoje é a principal causa.

Às vezes muitos casais nem tem diálogo, pra que tudo melhore a situação... e tem uns até que mesmo com diálogo... eu mesmo com diálogo, eu não conseguia... eu digo todo dia que foi 30 anos da minha vida que eu não vivi, eu vegetei... foram 3 anos de namoro e 27 anos de casamento... mas eu vejo assim... eu fico até sentida por isso, por que... não ficou nada... só hoje meus filhos... mas... por que sempre fica né... por pior que seja o relacionamento sempre fica alguma coisa... mas no meu não sei porque... mas agora também graças a deus não ficou mágoa, ódio, rancor, nada... não ficou nada... é tanto que as pessoas até me criticam com isso... mas ele é digno de oração, ele precisa de oração... não vou querer mal nenhum pra ele... aí eu digo sempre... porque eu sei se ele sofrer meus três filhos vão sofrer juntos... e eu não quero que meus filhos sofram... eu quero o melhor pra ele... hoje a gente se dar super bem... sempre se deu... superação... a gente ficou três anos convivendo na mesma casa... porém em quartos separados aí a violência eu achei que nessa época ficou pior... Deus sabe mesmo o quanto eu me mantive! (várias pausas e muita emoção em lembrar da violência sofrida).

O meu trabalho no PSF é ótimo me ajudou também muito à superar toda essa situação da violência... como eu falei no começo... que as vezes a gente acha que o problema maior é nosso... mas quando a gente chega a gente vê um bem maior... É foi ótimo... eu aprendi também muito, a cada dia, com as famílias a gente aprende muito, também... apesar da gente levar mais, a gente traz muita coisa... que nos enriquece... trabalhar nas equipe também é muito bom, graças a deus eu nunca tive problema com equipe nenhuma... apesar de agente ter passado vários... (risos). A gente né... queria assim né... que a família continuasse né... pensa que tá numa boa né... sempre alguém tem que viajar... alguém tem que ir pra outra cidade trabalhar... passa em algum concurso... mas a convivência em minha comunidade graças a Deus como eu não sou filha daqui já conhecia todo mundo... aí ficou melhor ainda né... hoje assim eu tenho a comunidade como a minha família... pela confiança que as pessoas também tem em mim... tudo isso é muito bom... E o respeito...

A gente começou, hummm, com um médico, uma enfermeira, e uma técnica de enfermagem... era assim... eu disse as meninas... que antes a gente trabalhava com menos coisas... e a gente tinha muito mais produtividade do que hoje... que a gente tem uma equipe formada com dois técnicos, uma enfermeira, um médico, uma assistente social, uma dentista e uma ACD (Auxiliar de Consultório Dentário), mas assim eu acho que o trabalho deveria ser melhor. Apesar de ter mais vantagem (mais profissionais), ele ficou mais preso, tudo isso... igual aquele ditado, quanto mais você tem mais você gasta... o PSF formou uma família maior, mas a gente ficou com muito mais dificuldade... tempo melhora.. tempo piora... mas assim.. da situação que a gente já passou hoje até que está bem melhor.. hoje a gente já tem um trabalho melhor... quando a gente pode ajudar de um lado ajuda de outro... apesar das dificuldades... hoje está melhor que antes... me dou bem... Como eu já disse boa... me dou bem com todo mundo... eu acho até assim... tenho a confiança deles, graças a deus... se eu... hoje me separar da minha comunidade... ter que sair pra fora, eles vão sentir muita falta e eu vou sentir muito mais... já é uma família!

Eu chego na casa delas (mulheres em situação de violência doméstica) que é assim é bem difícil, né... A gente chega conversando... mas de repente... elas terminam contando... chegam conversando... eu falo assim... gente é difícil e eu sei... quando eu posso aconselhar... converse... que ele não é daquele jeito... mas acontece normalmente... quando a gente já sabe

que é uma coisa constante... a gente já tem uma maneira diferente de conversar com essa pessoa... tem que procurar seus direitos... por que eu já passei por isso... procurar pra saber como foi que eu fiz... e tudo... aí eu converso com elas.

Alguns casos mais graves... assim... Ninguém nunca falou assim... *“ele me bateu, ele me agrediu... rumou alguma coisa”*... sempre fala né... *“porque ele falou isso, xingou disso”*, ele disse que eu era isso... aí as vezes até elas falam assim: *“por que ele é isso... porque ele é aquilo”*. Sim, como é que você fala que ele é isso, de noite vai deitar com ele? Você vai deitar com um “bicho”. Você vai deitar com “essas coisas feias” que vocês falam (risos), eu falei assim, tente ver de outra maneira, tente falar de outro jeito, aí eu peço assim, ore por ele, reze, agradeça pra que as coisas melhorem. Eu nunca digo assim, bata, é... rume uma coisa nele... não... eu digo sempre a elas aprenda também a se defender... é claro se ele tá aqui perto você tem como revidar... por que eu não revido... a gente agüenta, agüenta, mas tem um dia que a você num agüenta... você tem que aprender a se defender de qualquer jeito... e eu aprendi a me defender... assim... com palavras eu também revidava... por que alguns falava eu tinha como dá aquela resposta... pra mim o pior problema na violência do lar entre as famílias... é os filhos... por que os filhos tem que presenciar tudo aquilo... eles crescem num ambiente super triste... E aqui eu me sentia mais infeliz por que meus filho viam, isso pra mim era violência pior...

Vem tanta coisa gente... vem o diálogo... que é o principal... isso é um... é o diálogo que... as palavras que as vezes ofendem pra mim... isso é uma violência horrível... né... o abuso sexual é uma violência também muito triste... que eu falo assim com minhas colegas eu não quero assim que ninguém passe por isso... eu nem falo ... por que essa parte graças a deus... eu eu não tenho... pode até ser meu inimigo... por que eu não tenho inimigo nenhum... então eu falo assim... que eu não desejo isso nem pra o meu pior inimigo... essa violência no lar...

É triste, dói, machuca... então não quero o mal pra você... você não vai desejar o mal para o próximo... E hoje assim... minhas duas filhas está casadas... 29 e 22 e 30... todos grandes, casados, formados, aí eu vejo assim... esses dois estão todos assim casados vivos... casados... a minha maior preocupação assim... que eles não tenham que passar por tudo que eu passei... eu oro tanto... peço tanto a deus... por que é muito triste hoje a violência no lar hoje, e eu sei que a maior causa é o alcoolismo. Hoje está destruindo... aqui mesmo cem por cento a gente chega a gente sabe que é pelo alcoolismo...

O caso assim mais triste... Está relacionado a minha família né... quer dizer é um o primo meio longe... mas é primo. Ele assim... agride muito a esposa dele, já quebrou o braço, já bateu nela, machucar hematomas, e assim, o que me deixa mais triste... assim a gente tenta mostrar a ela a realidade... a gente tenta ajudar... mas ela não quer se ajuda... esse é um fato que me deixa triste sabia, outro caso que me deixa muito triste, corte pra quase perder braço... aí tudo isso me deixa muito triste, violência também por palavrões.

Até agora só tem aqui essa delegacia da mulher, que atende precariamente, é... não tinha delegacia da mulher, como não tem, é montado uma sala numa delegacia, mas só que eu vejo aqui, é assim, muito pouco caso, por que é um lugar pequeno, todo mundo conhece todo mundo... quando chega na delegacia o que eles fazem é dar um conselho a um e dá um conselho a outro... as vezes até ameaça e tudo... eu não vejo nada concreto aqui... mulher volta pra casa... ai no dia seguinte apanha de novo... se ela vai dar queixa ela torna a apanhar... e aí... então aqui, o pouco caso aqui ainda pela violência contra a mulher é grande... E as providências aqui não... não são... pessoas fazer corpo de delito... voltarem dá no mesmo... continua a mesma coisa... pouco caso referente a isso... apesar da gente já ter tido conferência... foi implantado pra delegacia da mulher aí... também... se você vai dar uma queixa na delegacia é por que é amigo de não sei quem, colega de num sei quem... chega lá manda pra casa acaba e pronto... meu caso mesmo, eu... nunca fui de prestar queixa... as minhas queixas só eram mesmo assim... eu ia conversava na delegacia... era passado pra

promotora... me dava uma folha por escrito levava tudo pro fórum... meus casos eu só resolvia hora dessa... e é por que eu tinha que passar pela delegacia... levava pra delegacia por que tinha que levar pra minha advogada... mas eu nunca fiz questão que ele fosse pra delegacia. Simplesmente ia mandar pra casa, vai pra casa todo mundo, e as minhas ameaças e minhas violências? Ia ficar só no conselho? Ia dar pra ele mesmo... volta todo mundo pra casa rindo... e ele ainda disse: “*se você der queixa de mim, e a delegacia me achar, quando eu chegar em casa eu te mato, eu te bato*”, torna a fazer a mesma coisa, quer dizer cadê o apoio? Cadê esse apoio? Essa alta estima, pra ti melhorar? Um conselho melhor... pra que você busque os seus direitos... as vezes até a gente fala aqui... a gente fala aqui mais praticamente no Brasil todo... você vê depois... não sei quantas queixa... vai pra delegacia da mulher e tudo mais... passa uns dias você ver o que uma mulher morta... matou... então jogou tocou fogo... e acabou, que perdeu a vida... então o medo hoje, também está muito dentro disso tudo da violência... o medo de ir procurar seus direitos... de ir em busca... buscar seus direitos... até mesmo sem brigar sem machucar o outro... sem ofender o outro. Ou seja, uma mulher dessa que apanhou em casa... que... tomo porrada fez tudo mais, tá com hematomas, tá com marcas... chega lá... a delegacia da mulher simplesmente te encaminha pra fazer... quando acontece corpo de delito não te dar apoio nenhum, manda você de volta pra casa onde pode acontecer tudo de novo... então... não tem apoio nenhum... pra mim está “pendengando” (peregrinando).

Um apoio ideal pra mim seria uma casa de apoio a elas, de sair de uma situação dessa, as vez ela volta pro lar dela por que ela não tem pra onde ir... pra onde é que ela vai? só tem aquela casinha ali... se tem parente não pode dar um apoio a ela, fazer nada por ela... então... deveria ter uma casa de apoio... quando ela saísse de uma situação dessa, se ela não tem um emprego, ela aprendesse a fazer uma coisa pra ter a sua sobrevivência melhor... entendeu... porque as vez muita acontece isso por isso... por que as vezes só tem aquele marido que dá aquele pão a ela... ela vai pra onde? não tem um emprego... não tem um salário pra sobreviver... com dois três filho, quatro, até cinco, seis,... todo mundo pensa nisso né... por que no meu sofrimento, mesmo.. no meu casamento... eu.. eu... minha mãe não tinha uma vida financeira boa, era separada de meu pai... eu com... tinha dois filhos, ai eu falava assim... sim pra onde eu vou, não tinha emprego não tinha profissão não tinha nada... pra onde eu vou com meus dois filhos... vou viver de que? ai eu só dizia Deus um dia vai me ajudar. porque meus filhos vão crescer... e eu vou conseguir um emprego... e eu consegui. (tempo silêncio) então hoje me sinto assim liberta, feliz... eu digo as pessoas... eu podia tá debaixo de uma ponte mais eu ia tá feliz sabia.. quando a juíza disse a mim assim... eu olhei pra mesa... ai juíza perguntou assim é... eu fiquei com direito a tudo.. né.. casa tudo... por que eu tinha minha filha ainda de menor, ai eu falei assim pra juíza... Ah eu não quero.. eu não quero a casa... ai ela falou.. ai o advogado: menina pense antes.. eu nunca tinha visto o advogado... menina pense antes não sei o que... o advogado só está faltando me carregar, me balançar.. eu falei assim... eu não quero... aí ela me falou assim: por que? eu falei... e eu já tinha ajudado ele... por que já tinha começado a trabalhar... praticamente a casa a gente construiu junto... tudo que tinha eu ajudei a comprar, praticamente eu comprei só... (sorriso), aí eu falei assim... olhe uma casa doutora que não me fez feliz.. essa casa não me serve.. ai um olhou pra um, otro olhou pra outro balançou a cabeça... só fizeram dizer isso a resposta foi isso... as pessoas... todo mundo ficou me acusando, me questionando... por que eu fiz isso.. por que eu saí. eu disse assim... por que vocês não perguntam se eu estou feliz... essa era a pergunta que eu queria que meus amigos me fizessem... não ficar me cobrando casa, móvel, isso pra mim não é nada... o importante pra mim hoje é minha vida minha felicidade... por que muita gente hoje ainda sofre violência doméstica por causa de uma casa, por causa de um móvel de uma televisão... isso pra mim não é nada... hoje o que importa pra mim é minha vida..... debaixo de um aponte debaixo de uma bananeira... mas eu quero tá feliz... eu quero dormir, acordar e dizer eu estou bem... isso pra mim que é importante.

A parte mais importante é a mulher procurar os direitos, direitos e deveres, né dela... por que, as vezes muito até... não por que eu sou mulher, as vezes a gente sabe... tem mulheres as vezes também causa violência né, vezes ela também as vezes agride o marido... a gente sabe que o marido não merece aquilo, mas assim... cada qual no seu cada qual, cada qual tem sua vida o seu jeito de viver... então as vezes se queixam muito que a culpada é ela, que ele não teve culpa, mas... sempre a gente procura algum culpado pra jogar a culpa. As vezes eu vejo assim que o diálogo também na separação resolve muito.

Família pra mim hoje é tudo... É um elo assim muito importante, porque a família por pior que seja a situação sempre ela vai tá unida, sempre vai tá apoiando um ao outro. Hoje eu vejo a família pra mim um tudo. o papel da mulher assim tá sendo muito importante... hoje temos uma mulher na presidência, vamos ver como é que vai ficar esse Brasil... (sorrisos) é... assim a mulher conquistou muitas coisa né, e eu vejo assim... eu acho por a mulher hoje está conquistando seu espaço mais que antes isso também tem causado muita violência no lar, por que os homens não tão aceitando né.. ir em busca do seus direitos seus objetivos... aprender a dizer não (enfática)... né... não dizer sim pra tudo, isso também tá causando muita violência no lar.

Quando fala assim direitos são iguais, alguns têm medo né... os direitos ficar iguais mesmo, (sorrisos), na parte da traição, né (sorrisos), que isso também né... é um problema sério... aí assim... ainda tem muitos machão... né que Não aceitam pela criação... jeito machista.. não o homem da casa sou eu, quem tem que resolver tudo sou eu... quem tem que fazer tudo sou eu... então eles ficaram com muito medo desses direitos que as mulheres... uma das partes é isso.

A integração é muito importante nas equipes do PSF... se não tiver isso o trabalho não vai pra frente... como você falou... é assim hoje a gente ainda vê profissionais, profissionais que não tá assim priorizando muito, é a gente ver que assim ainda não prioriza muito o trabalho do ACS, tem muitos profissionais ainda que chegam pra trabalhar com a gente... assim a gente já teve problemas, colega que era ACS, e passou a ser técnico... e que achava que os agentes não era nada... os agente que não tem muita importância, assim, falava com agente assim com aquele descaso assim.. falava com palavras que sabiam que estavam ofendendo... se não tiver essa integração o PSF não cresce mesmo.

Laura, Assistente Social

Violência doméstica para mim não é só a física, existe também a psicológica, a negligência e ela é... Por isso que eu digo que ela é muito grande aqui, né? Essa coerção, essa maneira de não reconhecer no outro os seus direitos, que é um ser humano de forma igual, não deve ser discriminado. É tudo que ofende a condição de bem-estar da pessoa. Você é detentor de uma renda, você não compartilha isso com a pessoa que você escolhe como companheira, você não planeja, você não estrutura, você simplesmente bota a comida dentro de casa e acabou, é só é aquilo que eu trouxe. Você não dá ao outro a opção de conversa, de conversar, escolher quantos filhos tem, é a quantidade de filhos que eu quero ter. Ou “você é incapaz, é burra, é ignorante”... Por que aqui talvez seja mais gritante do que em outros locais, é mais a psicológica. Por que aqui tem um índice muito grande de meninas que saem do julgo dos pais e buscam independência imaginária nos seus relacionamentos, e acabam saindo de um para o outro em uma condição muito pior, por que a escolaridade não é adequada, não trabalha e vai apenas sair apenas das responsabilidades dos pais para a responsabilidade de um marido que não a reconhece como pessoa. Teve uma mãe uma vez aqui que veio conversar com a gente porque a filha estava sendo mantida em cárcere, o marido não deixava sair por ciúmes! Violência domestica é uma agressão muito grande à mulher.

A gente trabalhava com crianças que antes vendiam em ônibus e também com 21 atores que cometiam infrações. Ai essas crianças tinham que estar inseridas em projetos, estudando, a família recebia uma renda, uma... renda não, uma complementação de renda e aí a gente fazia uns trabalhos sócio-educativo tanto com crianças e com a família e isso deu a gente muita coisa. Assim, e acho até que uma história de uma realidade, pra mim principalmente né, que vinha de uma família tão tranqüila e vários, vários, vários casos de violência que não cabiam no meu contexto. Aí foi aquele choque de realidade que contribuiu muito na formação. Não tive muitos casos felizes no término da minha, do meu curso ... eu tive três, três, duas crianças e um adolescentes que a gente passou a coletar para fazer a intervenção nos casos. Um deles foi institucionalizado, por que o pai deu uma surra muito violenta e ai a família finalmente resolveu denunciar ele, e na verdade, era a irmã por que a mãe das crianças tinha fugido de casa e largou as crianças com o pai.

Precisa primeiro você ter um sujeito que conheça os seus direitos e que busque isso. E isso é um processo de luta porque, primeiro, para a gente assegurar direitos.. é... é esse o caminho né? De você está exercendo nas pessoas a questão da sua cidadania, né? De que ela possa buscar o que ela deseja, é uma luta no sentido de... como eu diria... em busca de... em busca de você assegurar os direitos da mulher, entendeu? Em ser livre, em ter seus caminhos, e a gente esta dentro de uma cultura ainda machista, essa liberdade que existe ela é fantasiosa. Porque a gente continua ... um exemplo, a gente trabalha fora, tá no público, mas continua com as atribuições privadas do mesmo nível de visão de tarefas para os homens, são ainda só no mercado de trabalho. Com muita desigualdade, por isso que eu acho que luta é nesse sentido, de a gente buscar essa garantia das mulheres cada vez mais educadas, mais conscientizadas.

A nossa sociedade continua sendo machista. A questão de culpar a mulher por determinadas situações que ela enfrenta. Porque os filhos hoje não são tão bem educados, por que a mulher hoje esta muito fora de casa, as tarefas não são as mesmas né?... Então essas queixas todas elas continuam, elas não mudam, então não tem avanços significativos. Importante é, mas eu acho que isso só vai crescer se as mulheres, se elas forem mais conscientes, né? Acho que muita gente fala que mulher pelo o fato de nascer mulher já nasce guerreira por conta desses obstáculos que tem, principalmente no que se diz de espaço.

Precisa de planejamento por que essas ações elas precisam ser organizadas, elas precisam ter o seu espaço, né? Nas escolas, nas unidades de saúde, entendeu? O planejamento de como combater essa violência contra a mulher ela precisa ter ações diretas, tem que estar dentro do planejamento. Geralmente aqui, por exemplo, na unidade quando ... da mulher, a gente coloca, a gente trás em termos de palestras, mas não assim de forma tão especifica. Primeiro por que aqui existe um número considerável de violência domestica, existe! Mas não existe uma estrutura adequada, a gente não tem casa abrigo. A DEAM que foi montada, foi montada mas tem várias falhas, várias coisas que ainda precisam ser revistas. A começar pela própria abordagem do agente policial que atende, né? Que não são mulheres, que estão sobre o júri dos homens, “que são descaradas”, “por que deu lugar”, “por que isso... por que aquilo”. Então assim, há que se planejar, há que se organizar para ter uma resposta efetiva dessa situação.

Casos falados não são casos registrados, por que elas não tem coragem. A gente fez uma atividade, que eu me lembre foi sobre planejamento familiar. A gente falou sobre direitos reprodutivos e foram surgindo outras questões voltadas para a própria mulher, né? Nas suas escolhas, nas suas ações e ai depois que terminou era mais ou menos 16 mulheres, 10 ficaram para falar comigo e todas as dez era o mesmo caso de violência domestica de... Sim, uma delas que fugiu de casa, para poder ir para a palestra por que ela não quer ter mais filhos, e ela queria uma forma de evitar filho sem que o marido percebesse que ela tava fazendo isso, entendeu? Mais ou menos um cárcere, ela tinha que fugir quando ele não estava em casa para

poder cuidar de si. E aqui também existe, só que é aquela violência, como se diz, velada, que não se fala.

O atendimento é no sentido de orientar e de fazer algum encaminhamento. Por exemplo, a gente tem aqui o CRAS como suporte e tem o atendimento psicológico, e aí a paciente se ela coloca que isso já está atentando para a questão psicológica é dado encaminhamento mais orientação também que ela deve registrar ocorrência. Porque muitas não registram pela questão da condição financeira que elas colocam: “eu vou viver aonde”, “eu vou morar com quem”. E quando existe... nunca chegou ninguém aqui.. por exemplo na Rita, Rita já chegou aqui num estágio de dor que a gente teve que transferir por causa da surra que ela levou, de olho roxo. Ela foi conduzida até com uma técnica por causa da condição que ela estava, né? E a orientação dada foi que ela deveria procurar uma delegacia para registrar mas ela não quis ir. Agora ela não convive mais com ele, já saiu de casa..., mas ele vive sempre ameaçando. Aí por conta dessa ameaça ela sai da sua própria casa para morar na casa de uma pessoa amiga, “porque ele faz o barraco e não sai do barraco de jeito nenhum, por ele acha que é dele”, ele coagi ela usando a violência. Quando chega até a gente que é um caso, por exemplo, de emergência, a gente encaminha isso por escrito, faz uma referencia encaminhado a outra unidade onde há serviço social, que é o hospital no caso. Mas ela não aceitou registrar a ocorrência. Esse foi o único caso mais específico de violência doméstica. As outras elas realmente dizem, mas não estão com nenhuma, nenhum tipo de lesão visível.

Eu conheço só a DEAM e o CRAS. O CRAS ele só dá o suporte psicológico né? A DEAM daqui eu não sei direito, na época que eles montaram só tinha assistente social, não tinha psicólogo. Acho que é insuficiente, por que uma pessoa que passa por um processo desse de violência, ela tem q ter uma assistência mais específica, que de um acompanhamento mais de perto. Por exemplo, o CRAS, ele acolhe a paciente, mas eles não tem condição de dar a ela um tratamento de um acompanhamento psicológico com sessões, não tem. É só aquele aconselhamento, às vezes eles formam grupos, mas geralmente se dispersa. Não dá uma continuidade, não existe uma fluxo assim “ela chegou aqui na unidade, vai passar por aqui, por aqui vai voltar” como o que você me perguntou [da contra-referência] não existe, não volta para a gente. Nem no atendimento comum, que a gente manda para o medico de emergência não volta, o que eu vejo voltar é quando a gente manda de PSF para PSF, por exemplo, (...)... fora isso eu desconheço qualquer contra-referência.

Mais especializado! Com profissionais capacitados para atender esse público, entendeu? Para ter um grupo de psicólogos para atender, para trabalhar a família, as relações. Eu acho que as relações de família aqui, essa é uma concepção minha, elas são frágeis. É como se eles estivessem apenas agrupados no mesmo teto, debaixo do mesmo teto, mas aquela relação afetuosa são rara de você conseguir. A começar com os cuidados com os idosos. O motorista da ambulância contou pra mim que um idoso, ele, tá com uma suspeita de Mal de Alzheimer e tem uma médica do Monte, ela é especialista, ela é geriatra. Convidei ela, ela foi comigo fazer a visita, pediu alguns exames, orientou a família de que ele não podia sair sozinho e esse paciente continua saindo sozinho. E o motorista da ambulância levou uma bronca porque conduziu ele sozinho. São assim, os vínculos são muito frágeis, entendeu? O cuidado, a atenção, a relação de filhos com mães são muito... e isso vai assim, quando você é criado dessa maneira você acaba transferindo, repassando a forma com que você foi cuidado para o filho. E aí os vínculos são frágeis. Eu nem falo pela questão da formação né? Que hoje tem o contexto de formação de família, né? Não é desestruturada por que não tem o pai presente ou porque não tem a mãe presente, é desestruturada por essa condição que dá no cuidado a esses membros, de atenção, de carinho, de assistir, de assumir seu papel de mãe, de pai ou de avô, de cuidador, seja ele quem for responsável que esteja com a guarda dessa criança. A gente ouviu muito “eu não guento mais essa criança”, na verdade é como dizem alguns psicólogos, o pai e a mãe assumir os papéis como adultos que são, e uma vez, conduzir os afetos tortos em nossos filhos.

(Solução para a mulher sair da violência) Primeiro ponto ela reconhecer que ela é uma ser de direitos, o amor próprio nela ser trabalho, a auto-estima dela. Por que se a gente permita que o outro agrida a gente, há uma condição aí que você dá ao outro de reagir e você não reagir. Então assim, um suporte com assistente social, né? Um núcleo de atenção com psicólogos, mas a gente tem alguns núcleos que a gente vê que dá certo, o Loreta Valadares, que é referência entendeu? Com ginecologista, que a mulher também é vítima também do abuso sexual dentro de casa, mesmo estando em uma relação. Acho que é criar uma rede social que dê atenção, entendeu? Ainda mais no interior que um fica muito um sabendo da vida do outro, e é apontado... Hoje mesmo quando vocês me procuraram a gente estava na primeira reunião para implantar o conselho nacional de saúde. E a gente descobriu que não existe associação no Caique de Cima. A gente já, assim, deduzia porque a gente não tem aqui espaço físico, aí qualquer atividade de grupo que vai fazer fica sempre um pouco precário por que o espaço da sala de espera é insuficiente por que porque você não pode fazer uma intervenção por fica o tempo todo interrompido, interrompido... E quando foi para a reunião eu perguntei quais são os grupos formais, e só tinha um, uma associação que é do conjunto onde tem o movimento sem-teto que já tá sendo contemplados agora com as casa que serão construídas pela CONDER, só. Não existe mais nem um outro movimento, tanto é que a gente não pode formar o conselho por falta de quórum dos usuários de saúde. Aí ficou de refazer novamente essa reunião. Então eles são muito, a mobilização não existe, as pessoas vivem muito para si, e não para a coletividade.

Maria, Assistente Social

É algo hoje que apesar de tão batido, tão explícito, tão... muito massificado, existe os órgãos competentes, o marco legal que da esse aparato as instituições, os órgãos do conselho, de controle social, conselho, que esta aí dando todo esse suporte, né, de acolhimento, de ajuda, acolhimento, tudo...mas que precisa mudar muito ainda, a mulher enquanto sujeito da questão, ela precisa ta bem respaldada, assim, em termo do marco legal, do que ampara ela, né, o que que tem a lei?, a lei tem suas falhas, porque assim, a mulher vai dar uma queixa, ela ta sendo ameaçada, ela vai dar uma queixa, até essa coisa de fato efetivar ela volta pro mesmo espaço, onde está o agressor dela, o ameaçador, a ameaça maior dela, ela dorme com o inimigo, literalmente, aí ela está lá, convivendo com aquilo ali, quantos casos a gente não ouve NE: *“ah, ele já ameaçava”, “ah mas quando fui dar a queixa disseram, que não, que não sei o que, que parara”*, aí mata a mulher, aí depois que mata é que vai correr atrás do homem pra prender, ou, quando o homem não se mata, porque está tão transtornado que acaba se matando, então assim, eu acho que a falha ta aí, a partir do momento que uma pessoa se sente ameaçada em seu ambiente familiar, é vítima de violência, ela teria que ter condições de ela não estar naquele ambiente que ela esta sendo a vítima, então assim, o que garante à ela, ela denunciando ou ela ficando calada? Qual a diferença? Porque calada ela está “comendo” a violência dela lá, ela e o agressor, digamos, algum vizinho, alguém, que ela... quando ela passa pra denunciar, pra fazer garantir os seus direitos enquanto mulher, proteção, vai em busca da proteção, aquela questão burocrática, elas ficam a passos de lesma, não é nem tartaruga (risos), da lesma, e aá, ela vai ali, naquilo, muitas das mesmas, dependendo, ela não consegue ver a solução do problema dela, então assim, eu acho que precisa ainda “aparar” estas questões, é preparar mesmo uma estrutura logística, uma série de brechas que a lei deixa e que permite que essa questões fragmentem, porque se você ler, realmente tem tudo a ver, foi baseada em fatos, numa realidade de alguém que viveu aquilo, mas tem falhas no nosso sistema jurídico, né, na nossa segurança publica, que deixa brechas pra que a vítima se torne cada vez mais vítima, e que ela fique mais vulnerável, e que ela fique realmente refém, a

palavra é refém....a gente se torna refém cada vez mais daquele sistema , refém desse agressor, as vezes ela é obrigada até a negociar a sua vida, hoje eu vi o depoimento de uma mulher que diz assim, muitas vezes quando você quer acabar um relacionamento, você não tem que acabar logo assim não, você tem que acabar devagar, devagar, porque as vezes é perigoso, você imagine, porque você não quer mais, mas muitas vezes a depender daquela pessoa que você está, você tem que saber como é que você vai dizer pra ele, que não dá mais pra ficar com ele, e que você, que a vida é sua, e que você tem direito de recomeçar com outra pessoa. Então, mesmo você acabando o relacionamento, você tem que ficar refém muitas vezes de um relacionamento anterior, pra que você tenha sua vida, garantir a sua liberdade, sua vida que é um dom que Deus lhe deu, e ele que tem que tirar, então a pessoa vem lá e te mata, então você ver a proporção da coisa, então assim hoje, a gente, os papeis se invertem, as vezes algo que seria, né *“olhe, vamos sentar aqui e tal”*, então você fica, e aí o cara some, aparece muito tempo depois, aparece diante da justiça, se entrega, diz que foi vítima de um momento da emoção, aqueles termos.... que advogado adora botar num processo, e ele vai responder em liberdade, enquanto você esta mortinha, caladinha, não tem mais nada a dizer, a família esfacelada, muitas vezes quando envolve o filho pior ainda, porque os filhos vão ficar ai a mercê de instituições, então imagine o futuro desse adolescente desse adulto como é que vai ser, então a violência é tudo um...é um efeito dominó, que na minha vida, eu acho que tem que ter um início um meio e um fim, é tudo um...cercar de todas essas falhas que deixam essas brechas pra que ela permeie, fica, sabe, então você em sua casa, em seu ambiente de trabalho, em suas relações, então, é muita coisa, então eu acho que a sociedade primeiro tem que ta educada pra conhecer, pra se proteger disso ai, pra reivindicar, pra brigar por isso, pra dar seu grito de alerta, né, e não ficar o tempo todo atrelado ou preso a essas questões

Aqui na nossa unidade, enquanto Assistente social, a gente não tem uma demanda especifica, eu sinceramente em 2 anos de PSF eu não tive nenhum caso especifico ligado a violência doméstica então eu não posso falar desse tipo de atendimento né, o que eu posso dizer no geral, é que é algo, que a gente fica... está dentro de casa, entre 4 paredes, e muitas vezes não sai por uma questão que é cultural, como eu já falei lá no inicio, né, é a questão, a sociedade, é a família, muitas vezes é aquela dependência econômica daquela mulher, então, então ela fica ali convivendo com aquilo, morrendo aos poucos, mas tentando sobreviver àquela situação. Mas no atendimento em si eu não tenho muito especifico pra falar, ou ter fundamento, porque não é uma demanda comum dentro da unidade e nunca foi uma do serviço social, até então não, embora a gente tenha reuniões da equipe com os agentes especificamente, os agentes comentários alertando contra isso. Uma coisa que a gente fica atenta, é com a criança, né, crianças, a gente tem um projeto, que é a secretaria de educação em parceria com PSF, que é o PROA, que é o programa deé porque o nome é tão grande... (projeto não localizado pelo pesquisador) eu sei que é pedagógico, psicossocial pra atender alunos e profissionais com deficiência, alunos especificamente deficiência de aprendizado, e muitas vezes a deficiência ta ligada , é uma consequência de uma relação familiar, da vida que ele tem la dentro da casa dele com a mãe e com o pai, e o que que a gente percebe, muitas vezes é uma criança muita calada, criança que é muito agressiva, criança muito desconectada, então as vezes pode ser vítima de uma violência.

Um caso que eu atendi por conta desse projeto, a escola trouxe um relatório para que o PSF entrevistasse essa família, porque a criança de 7 anos não conseguia inserir no aprendizado dela, ela não gostava, ela não conseguia entender as letras, ela não conseguia contar de um a 10, com 7 anos, e aí, na entrevista com a mãe, ai foi que veio a tona varias coisas, inclusive o alcoolismo do pai, e nesse, nessa fala, ela foi falando uma questão do pai, do pais, a agressividade do pai dentro de casa, que era com ela, quando ele bebia, e assim consequentemente como filho, né, porque se o filho presenciava ele também tava dentro daquele cenário, e como ele tinha uma..., a profissão dele era trabalhar com animais, cuidar de boi, da fazenda, então, ele tinha um perfil meio rude né, assim, era um homem que só anda a

cavalo, com espora, com chicote, com facão embainhado assim na cintura, então o perfil dele é um homem do, da roca, é um homem rude, é um homem, trabalhava pesado, ele mata porco, ele mata boi, então você imagine o tipo do homem, então quando ele bebe, ele se torna uma pessoa, claro, o álcool potencializa o lado dele agressivo, e ele se torna ainda mais rude do que ele é naturalmente, e nessa conversa a gente vai vendo a tona outras coisa, ai, ai eu tive que fazer um relatório pra encaminhar la pro equipe do PROA,ai você vê, e dentro dessa família, essa criança aqui, que é deficiente, ela não consegue avançar no aprendizado dele, ai tem essa mulher que c esse marido, ai vem a mulher que conta que na adolescência dela também, ela ficou, o pai não quis ela, disse que não era filha dele, que a mãe que traiu ele..., ai ela foi me contando varias coisas assim, que foram emendando uma historia na outra, ai eu, no final, na conclusão de meu relatório eu botei que na verdade o problema maior, assim, o foco, era pra trabalhar a mãe, porque trabalhando a mãe, na demanda toda que ela tava trazendo, era por onde ia começar o tratamento do menino, porque o menino era consequência dessa mãe, então assim, uma mãe que teve uma infância difícil de rejeição, adolescência, depois vem, ai ela casou porque ela disse que o casamento dela seria o porto seguro, porque o pai registrou, a mãe foi embora pra não se pra onde, ela ficou c a avo, e apanhava muito da avó, então ela viu no homem o amparo dela, vou casar com ele, ele vai me da amor, só que esse amor por pouco tempo, teve o filho, relaxou, ai o álcool também veio, então assim, ela tava num momento ela tava em desespero, então assim,ela começou a mostrar, então assim, a preocupação minha inicialmente, era que o filho fosse vítima de violência doméstica, mas eu pensei na violência assim, que o pai por ser assim muito ...e bater nele, ne, e então ele sofrer muita ameaça do pai, então ele tinha o q, aquele comportamento na escola, os coleguinhas, ele adorava bater nos coleguinhas, um coleguinha vinha correndo ele botava o pé pro coleguinha se arrebentar todo, então ele se diverti com isso, então quando ela começou a relatar a historia dela, ai o que que a gente percebeu, é que ela era, na verdade, era o foco ela era, era assim, era o quadro principal pra se trabalhar era ela, o problema da criança nada mais era do que essa relação, no fundo ela tava ali fragmentada, ela tinha todos os problemas dela que não tinha sido resolvido, não a verdade ela pegava um problema e ia tentando emendar em outro pra tentar resolver, ela ia pulando de uma coisa pra outra, uma gangorra, pra tentar se sustentar, e nisso ela já tava sentindo cair, que era seu casamento, e o marido, o menino era aliado do marido, que o marido xingava a mãe e dizia pro menino, “xingue ela também”, ele levava o filho pra ajudar matar o porco, o boi, o menino já lhe dava com faca, lidava com faca, com 7 anos, o menino é vítima de qualquer maneira dessa cena, dessa família, e ai esses casos, que ai eu comecei a ver, porque eu atendi isso já tem uns 15 dias, encaminhei pra PROA, e o PROA vai me da um retorno, é o programa, mas o que eu levei, a agente comunitária dessa família foi la me procurar, porque eu chamei ela pra conversar, ela disse, eu queria, eu vou botar a pa de algumas coisas, não vou poder lhe relatar tudo pra agente comunitária, mas eu deixei o agente comunitário atento porque assim, é algo pra começar a observar, porque assim como essa família, tem outras, então assim, se uma família tem uma pessoa que é usurária de drogar licitas como o álcool, que é comum da gente ver aqui.

Porque inclusive nesse seminário a gente levantou essa polemica, que hoje não tem uma instituição, o próprio ministério publico, a promotoria da infância e da juventude, pra atuar os bares do município, se durante a semana os jovens já estão nos bares, final de semana você acha que não vai? As festas, que sobe nos palcos, criança, adolescente, e acha engraçado, ai dali tem um cara, um pedófilo, né, tem a droga que rola solta, ai começa com álcool, a bebida, ai depois vem outras drogas, e todos, e todo mundo vendo, ninguém tem nenhuma ação, tanto que tem um fato ai, recentemente, da *lan house*, de um *orkut* que saiu baixando varias situações com fotos de pessoas do município, uma adolescente que postou, pra você ter uma idéia. Então assim, isso ai nada mais é do que fatos que vão acontecendo de forma que as pessoas encaram como natural, que não tem nada que comece a coibir aquilo a avançar, vai tomando, ai quando chega a uma proporção que envolve uma outra instancias, ai incomoda, ai

começa a baixa policia federal, policia civil, “não sei o que, não sei o que”. Aí quando a gente discutiu ontem no seminário, muito tempo, então assim, dentro do nosso município, na minha instancia enquanto PSF , demanda mesmo, eu só tive esse casos, que algo assim, através de outro projeto, mas não deixaa gente ta atento, porque os próprios agentes comunitários a gente já pediu pra observar, né, casos de pessoas, manchas que caiu, tinha até uma propaganda que saiu do ar, veiculando um tempo, lembra? A desculpa que as pessoas davam a violência, agressão? A lata fui pegar, bateu no olho, a outra não sei o que recentemente, eu moro num prédio, que a maioria das pessoas com uma situação organizada, né, paga suas contas tudo em dia, paga seus condomínios, e tudo, seus carros, uma mulher com o olho td roxo, mas ela disse que ela foi assaltada, mas não queria dar queixa porque ela não gosta de delegacia (risos), e não levaram nada dela,a ela só ta com o olho roxo, ai a vizinha dela faz assim: “ah, mas tem que dar queixa, então levaram nada, como é que não levaram nada? Mas pra onde?, Aí ela toda enrolada pra contar como foi, você sabe que tem pessoa que quer saber né, “*mas que lugar?você tava só? que horas?*” e ai a mulher se enrolava mais ainda, então, ai você ver né, tem umas coisas que a gente fingi que não, que ta enganando os outros, que ta se enganando.

O núcleo que funciona é o da policia, na unidade policial, e funcionou, tem um ano, foi inaugurado em março de 2010, no dia internacional da mulher, foi uma homenagem muito bonita, a prefeita X (nome omitido por questões de éticas e legais) criou, e pra gente foi algo assim, que a meu ver foi uma conquista,a gente sabe que existe muitos casos no município, não só de baixa renda, mas de pessoas com renda social satisfatória, regular, que permite ainda ser vítima, situação de violência, mas que não denuncia, por acomodação, por vergonha, questão da família, família muito grande, família conhecida, família política, família é isso, família é aquilo...disse que é melhor passar fome na mansão do que no casebre, então essas coisas.

Augusto, Cirurgião-Dentista

Geralmente a violência sofrida, é... pelo companheiro ou o homem que residem com a mulher e talvez até mulher também, mas é mais comum agressões de homem para com a mulher, né. Ou do companheiro que ela vive, ou do pai, né... Hoje qualquer homem que resida na casa, eu acho que a violência doméstica contra a mulher é das pessoas do convívio doméstico dela, violência que partem das pessoas do convívio doméstico, né... não na rua, mas de pessoas que estão no convívio doméstico dela.

A violência domestica contra mulher é aquela violência seja ela qual for sofrida pela mulher no seu ambiente domestico. Geralmente de homem contra a mulher, mas pode haver também de mulher para mulher né. Então é aquela violência física, violência sexual, verbal, moral né. Que agride a mulher na sua condição física ou na auto-estima, ou na.. ou também é... até social. Impedir de, a você não vai trabalhar porque eu quero que você fique dentro de casa, ou você não vai estudar porque eu quero que você fique dentro de casa. Então é tudo isso... eu considero uma violência, qualquer coisa que agrida a mulher na sua condição sexual, física, moral, social né. Qualquer coisa que gere uma agressão nesses itens é uma violência contra a mulher. Isso de dentro do seu convívio domestico né, pessoas de dentro do seu convívio domestico. Caso haja, a gente registre algum caso de violência, existe uma ficha né, que a gente preenche né. Pra esse caso, pra notificação, isso é uma coisa do sistema pra notificação né. Havendo isso, eu pessoalmente prefiro conversar com a..., nós temos aqui na equipe, sempre tivemos uma Assistente Social né. Eu prefiro encaminhar pra Assistente Social e aí a Assistente Social, ela dá o encaminhamento devido né. Caso não houvesse Assistente Social, eu procuraria aconselhar essa mulher a procurar, ou a delegacia da mulher

se fosse o caso, ou a justiça comum né. Conversaria e orientaria ela a procurar auxílio, mas assim no meu caso se houvesse, que eu nunca tive, eu encaminharia o caso imediatamente a Assistente Social e a Assistente Social dava o encaminhamento.

Assim, se , eh, no caso de suspeita, de violência contra a mulher, eu realmente prefiro encaminhar o assistente social, ah, eh, conversar com a paciente, e dizer a ela que é importante ela conversa com AA assistente social, porque eu acho que é uma profissional mais capacitada p lhe dar com este tipo de situação, já que a gente dispõe desse profissional dentro da equipe do PSF, se a gente não dispusesse com este profissional dentro da equipe do PSF, n sei que conduta eu teria, porque eu sempre trabalhei com a assistente social, dentro do PSF então no caso encaminharia sim, pra assistente social, por considerar um profissional mais capacitado pra lhe dar com este tipo de situação.

Pesquisador: fale mais sobre essa capacitação da assistente social. Entrevistado: bom, a assistente social, ela como profissional esta habilitada a lhe dar com situações a qual eu n estou habilitado, sendo cirurgião dentista, eu posso detectar sinais físicos , de violência, como lacerações em boca, em face, eu detecto esses sinais físicos, mas lhe dar com a questão social envolvida, e ate mesmo a psicológica, eu n me sinto capacitado p tanto, apenas, p conversar com a paciente a ponto dela se abrir a respeito das causas daquela lesão, e a partir daí tentar acolher a paciente e orientar, pra q ela procure, orientar, direcionar p q ela procure a assistente social da equipe e tenha uma conversa a respeito.

Ela precisa ter forças pra falar, pra denunciar a agressão né. Isso é muito pessoal dela né, ela primeiro vai ter forças pra denunciar ou então as pessoas que vêem a agressão denunciar. E depois ela ter a coragem de é... de confirmar né. Eu acho que é muito difícil pra mulher essa questão porque primeiro tem que partir dela, e ela já está sofrendo a violência, está acuada né. Então é muito difícil né, mas infelizmente primeiro tem que partir dela. Segundo o Estado, ele tem que dá um suporte a essa mulher pra ela se livrar do agressor né. Então aí o Estado tem que ter uma rede muito bem montada né, pra tirar essa mulher dessa situação de risco né. Já que ela denuncia, então ela corre o risco de sofre uma violência ainda maior. Então o Estado tem que tá muito bem preparado pra acolher essa mulher que sofreu esse abuso. Então, mas infelizmente tem que partir da mulher, ela precisa ter... E pra isso tem que se trabalhar com prevenção mesmo ou orientação né. Palestras, campanhas educativas, mostrar a mulher que ela deve ter coragem, não ficar calada, que ela tem meios para se livrar desse agressor, que o Estado presta auxílio a ela. Então acho que o Estado tem uma grande responsabilidade com relação a isso né.

o estado ele tem que fornecer meios de de proteção a essa vitima,né então isso é obrigação do estado, NE,a proteção da vitima, então eu me referi a isso, que seria uma obrigação do estado oferecer meios de proteção a vitima, q tipo de proteção ? seja ela conter o agressor m, eu então, caso isso n seja viável no momento, providenciar um abrigo p vitima em que ela fique resguardado, de mais um.., de mais uma agressão, eh,, eu referi a isso com relação a obrigação que o estado tem de acolher e proteger a vitima.

No meu caso especificamente que sou dentista, a maioria das agressões se dão em faces, então havendo uma agressão é fácil de eu suspeitar né. Então assim, eu acho importante a questão de tá atento né, a isso. E também está ligado a questão do PSF que né só... é que a gente não enxerga a saúde só como uma ausência de doença né, isso é até um jargão não é ausência de doença, a gente enxerga a saúde de uma maneira mais ampla até nas relações sociais. Então se aquela mulher está sofrendo com a violência e a gente detecta isso, então como a equipe de saúde da família que atua na comunidade, que trabalha com a comunidade né, com a área adscrita, com aquela comunidade sempre. Então a gente considera isso também um problema de saúde e tenta cada um como um profissional atuar na forma devida. Eu no meu caso, eu desconfiando por alguma lesão de face, de boca né, uma lesão que indique agressão, eu procuro conversar né. O que foi isso aí que a boca tá ferida né? Apesar que nessa equipe, e nenhuma outra aqui no município eu peguei um caso que eu saiba né, apesar de ter

casos de traumas que dizem assim foi um acidente de carro, foi um acidente de moto. Como foi esse acidente? Não, eu cai, bati com a boca, ralei o braço. Aí você olha, cadê a raladura do braço né? Se foi um acidente de carro e moto tem que ter raladura em braço né, não é só em face, ninguém cai só com o rosto no chão, com a boca né. A não ser que fosse de carro aí você bate a face, mas se for de moto, cadê a raladura do braço? Cadê a raladura na perna? Ralou em algum lugar? Então se foi de moto, caiu só a face, aí você fica né, desconfiado, atento. Aí procura conversar com a paciente, como foi isso aí? Foi isso mesmo? Você quer conversar com mais alguém, quer conversar com a Assistente Social? Então a gente procura dá um direcionamento né, tá atento, apesar de não ter tido nenhum treinamento, a gente fica atento a essas coisas, a gente desconfia. Então tá sempre essa a, esse cuidado né, então acho que...

Aqui no município nunca peguei. Eu acho que até porque a pessoa que não quer se auto denunciar, ela deixa passar a lesão e às vezes você chega, um dente anterior necrosado que a gente chama. Necrosou, tá escuro o dente, necrosou, a gente faz uma radiografia tá lá à lesão periapical e ver que o dente tá necrosado. Necrosou por quê? A foi uma pancada que eu tomei. Como foi essa pancada? A não eu cai, eu tive um acidente de carro, eu bati o rosto. Mas aí já passou tempo, não tem outras lesões, você tem que acreditar na palavra da pessoa né, então nesse caso assim, eu nunca desconfiei de nenhum caso de violência contra mulher aqui e nem nunca tive alguém que me relatasse que sofreu violência domestica. E essas coisas a gente não esquece né, quando do paciente relata sempre fica na memória, então não posso dizer que tive nenhum caso.

Nunca tive nenhum caso, que eu suspeitasse, as lesões q chegaram p mim em face elas foram explicadas de modo convincente, e as lesões condiziam com o que o paciente dizia que aconteceu, nada fugia ao padrão que a situação que a paciente me passou, fugisse da...né, que eu desse um outro viés, desse u outro tipo de explicação, pra aquela lesão, era condizente com o explicado, ou um acidente corriqueiro, seja acidente de bicicleta seja um acidente domestico comum, nada levava a diferenciar, mesmo porque o caso que eu peguei assim, de lesão em face, tinha lesão em braço, era condizente com o que foi falado assim, que era uma queda de bicicleta, e tal, tinha raladuras em braço, pernas joelhos, e mesmo sendo dentista em bom, pedir pra observar “e, feriu outro lugar?” tal, e o paciente geralmente relata, “meu joelho, minha pele”, tal, o paciente geralmente mostra, então n era assim nenhuma lesão exclusiva de face e q n condizia com a historia que o paciente me relatou, então, que eu viesse a desconfiar que áqüea lesão em face n fosse um acidente, fosse uma agressão, nunca tive, nenhum caso.

Referência e contra referência, essa questão ainda é muito complicada né, de a gente referenciar um paciente, ter como fazer uma boa referência e ter a resposta dessa referência. Ainda é complicada essa questão, o sistema ainda não tá bem engrenado né, nessas questões mas com o tempo essas coisas vão se resolvendo. É uma questão de adaptação, a coisa ainda é muito nova, tanto no PSF, como no SUS né. O SUS é um sistema muito grande abarca muita coisa, então é uma questão de tempo e vontade né. Só não pode dizer é assim mesmo e acabou né. São atores que estão ali naquela luta diária, então é uma questão de lutar pelo sistema e dá tempo que ele se engrene.

Marcos, Cirurgião-Dentista

Penso que nenhum tipo de violência ela gera algo benéfico em hipótese alguma, quando você passa a ter intolerância tanto psicológicas quanto físicas contra a mulher, você passa de um pré-suposto de que o ser humano macho é superior ao ser humano vamos dizer fêmea, é... do homem e da mulher, eu discordo eu acho que todos os seres humanos devem estar no mesmo patamar, então quando você percebe que o homem pela sua é... digamos, capacidade física tenta colocar a mulher num patamar inferior é algo que não é aceitável na

sociedade contemporânea que agente está, então não se justifica mais que mulheres por exemplo não tenha as mesmas condições sociais, financeiras porque você quando tá num trabalho, você tem diferenciação salarial e uma certa intolerância também contra a mulher, porque eu acho que ela tem a mesma função que o homem e o homem recebe mais que a mulher, mais partindo pra um questões físicas, de agressão físicas, intolerâncias nesse sentido se observa é que infelizmente a sociedade ela ainda, ela ainda tem muito como é que se diz? Permissiva nesse sentido, porque muitas mulheres clamam por... melhores condições, por não se sentirem agredidas e a sociedade abafa, ainda ouve vários relatos e não faz nada, então acho que a lei “Maria da Penha” por exemplo ler é um instrumento muito bom, mas ainda não se coloca em pratica de uma forma geral porque não há uma aceitação da sociedade de que o homem e a mulher, ele deve ter o mesmo patamar social e que a fa... como é que se diz a intolerância ainda persiste porque o homem ainda agride a mulher tanto fisicamente como psicologicamente, então eu acho que trabalhando nesse conjunto todo ainda persiste de uma forma muito na nossa sociedade, essa é uma visão a grosso modo do que eu penso que seja intolerante em relação do homem e da mulher.

Aqui nós não temos muitas experiências nesse sentido, inclusive não chega casos a ao PSF de agressão não foi, eu tenho 2 anos aqui e não foi constatado nenhum tipo de agressão que a mulher venha a relatar, talvez por conta de medo de represaria do marido ate por conta de se expor, medo de se expor na sociedade, eu particularmente já estou na atenção básica já a 9 anos e nunca observei nenhum caso que chegou mim por conta de violência domestica, não, assim sendo muito honesto, nunca observei, eu acho que talvez o medo da represaria do parceiro ou de quem quer que seja e pela intolerância da sociedade nesse sentido, as mulheres talvez tem muito medo de se expor e de colocar que foi agredida pelo seu parceiro ou por qualquer outro homem, no sentido ate de se protegerem e por conta daquilo que eu falei, a sociedade ainda não abraça essas mulheres quando elas são agredidas, então eu acho que por conta dessa conduta eu não vi nenhum caso ainda infelizmente, talvez ate felizmente, mas infelizmente no sentido que as mulheres não expõe isso para a sociedade ai acaba vindo a colocação de submissa, aceita a agressão aquilo que eu tinha explicado como 2º opção, aceita a agressão do marido calada, por conta de manter uma família, por conta e manter um certo “status” pra sociedade e se submete a esse tipo, tanto agressão física como agressão mental e psicológica, então aqui eu infelizmente eu não tive nenhum tipo de experiência nesse sentido, eu falo infelizmente porque agente sabe que esses casos existem mais não vem a tona para que agente possa tomar nenhum tipo de providencia, a outra experiência que agente teve justamente por conta dessa falta de de conversa com as mulheres é que na semana da mulher agente teve um dos temas que eu abordei particularmente foi a discussão da lei “Maria da Penha” porque agente observa, assim existe um certo, agente sabe na sociedade mais que não chega pra gente, então um das coisas que agente tentou fazer foi estimular a as mulheres virem aqui, ou denuncie em casos relatados, ou que elas se organizem enquanto é mulheres mesmo pra qui evitem que esse tipo de ato aconteça na comunidade do Monte, então foi a única experiência que agente teve pra tentar estimular pra que elas se organizem quanto mulheres, mas experiência especifica mesmo, agente não teve, pelo menos não chegou ate mim, ao meu conhecimento.

Sendo bem objetivo eu desconheço, não tenho nenhum tipo de experiência, não vejo nenhum tipo de vivencia na São Francisco do Conde pra atendimento especifico eu não conheço, não sei se tem ou não tem, eu particularmente desconheço, não vejo nenhum tipo de acompanhamento, talvez tenha algo inserido na secretaria de assistente social mais que particularmente eu desconheço, e em outros municípios eu sei que tem por exemplo de minha origem alagoinhas tem a delegacia da mulher que trata de assuntos específicos em relação a isso, tem o ministério publico que atua também em defesa a mulher, tem algumas associações que discutem o tema, tem reuniões de mulheres, mais aqui especificamente no município de São Francisco do Conde eu desconheço.

Por exemplo agente tá aqui a equipe é formada majoritariamente, na verdade só tem eu de homem na equipe e a própria equipe não há um estímulo pra que haja instruções nesse sentido pra que agente faça uma busca ativa de mulheres agredidas que sofram violência, através da equipe e mais especificamente através das agentes comunitárias de saúde que estão no seu dia a dia visitando as famílias e que deve ter consciência mas a equipe aqui não trata a não ser a última experiência que agente teve na semana da mulher de abordar o tema e de por coincidência foi o homem da equipe que sugeriu o tema a ser abordado, então não há não houve nesses 2 anos nenhum tipo de observância nesse sentido de tratar a violência e a intolerância conta a mulher, não tenho nenhum tipo de experiência a não ser a semana da mulher desse ano.

Socorro, Enfermeira

Eu lembro especificamente de um caso que a equipe discutiu de que maneira ajudar, até onde o agente enquanto equipe poderia ir, né? Por agente tem... é um tema bem, muito delicado, por agente muitas vezes não tem o preparo necessário, pra lidar com aquela situação. Então agente tentou discutir de que forma agente poderia ajudar esta paciente. Entendeu? E aí ela fez o atendimento, e até a forma de abordar, por que agente sabia que se tratava de uma violência né, por terceiros, mas ela veio a unidade, mas agente queria que ela falasse. Então agente tentou discutir de que forma ajudar. [Pesquisador] – Fale mais sobre esta ajuda. [Entrevistada] – Na época desta paciente, o que que agente fez, ela foi pro consultório, ela conversou com o médico, depois comigo, comigo muito rápido, o atendimento dela foi mais com o médico e com a assistente social, que tentou direcionar, agora assim, como eu não estou, como foi um assunto, um sigilo de consultório, depois é eu me lembro que a assistente social conversou comigo que explicou a ela, dos direitos dela, enquanto mulher, do seu corpo, enquanto relação entre marido e mulher e até que ponto aquilo ali não estava ultrapassando, virando violência, e tentou esclarecê-la de que ela poderia inclusive ir na delegacia pra se proteger então foi mais ou menos um apoio psicológico por parte, psicológico e orientação. Foi mais neste sentido, por parte da assistente social. Por parte do médico, foi mais com o cuidado com o corpo, pois ela levou um soco no olho dele. Tava roxo. Parecendo uma bola roxa. Ela tava com uma toalinha no rosto, aí ela veio para consultar, veio na verdade por conta da dor e da inflamação. Aí decidiu passar pelo médico. Aí eu também me senti um pouco acanhada e aí médico passou ela para a assistente social. Aí ajuda ficou, né? Que eu me recorde.

Eu como enfermeira da equipe de saúde da família, me sinto angustiada em muitos casos não ter como ajudar. Então, eu, pode até existir formas de ajudar, tá? E deve existir com certeza, mas eu me sinto angustiada por cair com certeza nesta limitação, entendeu? Desta ajuda. Então por isso a primeira palavra seria angústia. E a segunda dependência emocional, por que na minha vivência, eu percebo esta dependência do marido, e não só financeira, mas principalmente a dependência emocional. É, achar que ele tá ali como, ele é provedor da família, ele dá o sustento, que ele tem o direito de agredi-la tanto na questão física, como a de ordem psicológica.

Outra paciente veio em busca de outro atendimento e neste conversando né, elas acabam... eu pergunto.. assim.. conversando agente acaba chegando no assunto da violência. Não especificamente um atendimento para aquele tipo de violência doméstica, ou pro planejamento familiar, ou para um pré-natal, e aí neste atendimento agente detecta que há violência doméstica. Conversando, outro dia mesmo eu atendi uma paciente para planejamento familiar. Aí conversando com ela, *'iai como você tá de saúde? Não tá sentindo só uma dor. Uma dor lombar'.* *'E o que foi?'* *'Não, foi uma pancada que eu levei'.* Esta pancada, aí minha menstruação até veio atrasada há um tempo. Aí eu tava suspeitando que ela

estava gestante. E aí, depois que ela me falou que esta pancada tinha sido o marido que tinha dado um chute nela, eles tinham brigado e ela também tinha agredido ele e aí neste briga ele deu um chute, ela chegou a ir pro hospital. Tava sentindo muita dor. E aí, em seguida a menstruação veio muito forte como uma hemorragia. Foi pra emergência, o médico fez o toque. Fiz uma solicitação de uma ultrassom transvaginal. Ela falou que quando o médico fez o toque estava com coágulos. Só que ela também o médico não falou pra ela que ela estaria em suspeita de aborto. Não falou nada. Entendeu? Aí quando ela voltou eu avisei que ela pôde ter tido um aborto, e fiz a abordagem que em sempre eu faço quando identifico estes casos, sempre de apoio emocional, psicológico, de ela não se sentir dependente dele, por conta de ele trabalha, que ela se sinta bem, sempre oriento, tente conversar com o esposo, e quando é uma coisa que acontece repetidas vezes, eu tento fazer ela refletir, se é isso que ela quer, se esta situação está boa pra ela. Eu sempre mostro pra ela que a escolha é dela. Se ela quer ficar naquela situação ou não. Por que agente também não.... a gente tem a preocupação delas chegar em casa e dizer *“ah, foi a enfermeira que disse”* eu tenho esta preocupação. Eu não tenho que dizer o que ela tem que fazer, por que se não, ela vai dizer que ‘há você falou que...’ Por isso eu tento mostrar pra ela que a situação que ela está, a escolha é dela. De sair daquela situação, ou de permanecer. Ou se sair da situação, não significa acabar com o casamento, ela pode estar conversando com o companheiro para ver se é aquilo mesmo que eles querem. [Pesquisador] – Fale sobre o caso mais emblemático, que quando você houve falar de violência contra a mulher você já lembra dele. [Entrevistada] Assim, eu tenho não atendi a paciente, nunca atendi paciente que eu me recorde agora, não neste PSF, e em nenhum outro, por conta do motivo da violência, mas o que eu me recordo, um relato de uma paciente já ter sofrido violência doméstica e que o marido jogava água gelada, nela, ela dormindo, ele chegava bêbado e jogava água nela e no filho, coloca o filho pendurado nas ripas, filho pequeno, já quebrou o braço dela e já tinha machucado a perna dela, com facas. Esta paciente hoje diz que o filho é bem traumatizado. Me chocou os relatos que ela fez sobre este companheiros, acho que foi o que mais me chuçou. Mas atender, ver a pessoa, principalmente esta do murro que estava a luneta. [Pesquisador] Você já teve contato com algum agressor? [Entrevistada] Já. Já e em outras circunstâncias, não na dá violência. Olhe, este contato com o agressor, eu fui pra fazer uma visita domiciliar, certo? Eu acho que foi uma visita de puerpério, esta paciente nunca me contou que tinha sofrido violência doméstica não. Quando um agente comunitário foi que me relatou que ela vez ou outra sofria violência. Então, em outra situação ele tinha me relatado. Já tive outras vezes com ela e ela nunca me relatou. Aí em outra situação, Fui fazer uma visita, em que ele estava na casa. Né? E aí quando eu orientei pra ele que ela precisava de cuidado, que estava num período muito sensível, que o pós-parto era um período de sensibilidade, tentei orientar, mas não entrei no assunto, até por que ela nunca tinha-me contato. Foi um relato do agente comunitário. Eu só mesmo fiz a parte do da questão do atendimento da puericultura. Porém como eu sabia tentei sensibilizá-lo do cuidado com a mulher, com a esposa dele. [Pesquisador] Você sentiu algum retorno, alguma resposta positiva? [Entrevistada] Não, nenhuma. Acho que deve ter continuado. O que eu soube é que ela deve ter saído de casa. [Pesquisador] Você conhece alguém do seu círculo social ou empregatício que sofreu ou sofre violência doméstica? [Entrevistada] Que sofra não. [Pesquisador] Sobre os serviços, você conhece algum serviço que atenda mulheres em situação de violência? [Entrevistada] No município, serviços? Tem a delegacia da mulher que inaugurou aqui em SFC. Só. Não sei se o CRESAM atende mulheres. Se você me perguntar, lá atende? Sei que lá tem psicóloga, agora se ela faz esta abordagem, se eles trabalham com este tipo de situação, não sei. Mas é pra atender, pois se é o centro de referência em saúde da mulher, e lá tem assistente social, tem psicólogo, então eu acredito que lá atenda.

Recorro a Assistente Social. Quando tenho que fazer este tipo de abordagem, a primeira pessoa que eu me apego, é mais preparada, assim, hoje, eu digo por que eu neste

sentido... trata deste encaminhamentos, até por que o pessoal daqui da região, conhece o centro de referência, daqui do município, é como te falei, como o pessoal conhece a delegacia da mulher, então a primeira pessoa que eu recorro é a assistente social, tanto eu como o médico. [Pesquisador] Qual o retorno que te dá, você sabe quais os encaminhamentos que ela faz. [Entrevistada] Ela encaminha pra delegacia da mulher, ela... nos casos quando precisa de psicólogo.[Quebra da entrevista] Quando agente faz este tipo de encaminhamento, a assistente social encaminha pra delegacia da mulher e quando há necessidade de alguma outra especialidade ela faz este tipo de encaminhamento. Psicólogos... Ortopedista se quebrar um braço... to brincando. [Pesquisador] Pra você o que é trabalho em rede? Pra mim trabalhar em rede é como a Jamile tava falando, né? Que as vezes agente não tem resolutividade por que encaminha e não recebe de volta o retorno, ou não tentam encaminhar. Então trabalhar em rede pra mim é quando , agente tem pra onde fazer estes encaminhamentos, e tem neste resolução e retorno. [Pesquisador] Pra você o PSF trabalha em rede? [Entrevistada] Não. Esta é uma coisa que eu queria saber. Por que? Quem é que vai resolver esta zona, por que não trabalha em rede por que o PSF hoje trabalha , parece que o hospital, eu acho que isso em todo lugar viu? Quando agente chega parece que são dois times jogando um contra o outro, a verdade é esta não vou mentir. Os outros setores né? Alguns agente consegue, outros agente não consegue, né? Então eu acho que hoje, o PSF, ainda não trabalha em rede. Acho que isso é um dos grandes problemas. [Pesquisador] O quê que está faltando na sua opinião? [Entrevistada] ta faltando articulação, por parte de todos. Por que assim, o PSF está ligado a quê, a atenção básica né? Quem está lá na coordenação, então alguma coisas agente não pode passar pela hierarquia, e as vezes até agente passa viu, por que as vezes, ontem mesmo eu fui diretamente no hospital, por que tinha que resolver um problema de uma paciente, mas necessariamente eu teria que me direcionar pra alguém que pudesse resolver isso.Entendue? Não eu enquanto enfermeira sair da minha unidade e ir resolver problema do paciente. Mas ter pra onde encaminhar, e este encaminhamento eu saber que vou ter resposta em tempo hábil, por que as vezes encaminha e nunca tem resposta. Né? E acaba que você mesmo fica desmotivada. Você acaba dizendo para a paciente que não pode, ‘olha, você mesmo vá tentar fazer, por que... [Pesquisador] Você em articulação. Fale mais sobre a palavra articulação. [Entrevistada] Olha, eu acho que articulação seria mesmo fazer esta rede. Eu acho que precisa se montar esta rede. Precisa se montar esta articulação. Do PSF com o setor que atenda, com a delegacia da mulher. Com o hospital. Com o centro de referência da mulher. Esta articulação ela não tá bem amarrada. Se você me perguntar, quem é que deve fazer isso? Cada um tem a sua parcela de contribuição. Eu acho que tem que partir da gestão. Né? Pra tentar fazer esta articulação. ‘Vamos aqui, vamos lá, quem é do PSF que pode fazer esta articulação. Quem é que pode vir do centro de referência? Quem é que pode vir do Hospital? Certo? Vamos fazer uma oficina de sensibilização, cada um no seu setor. Vamos amarrar uma coisas, Olhe, você quando mandar a paciente para um centro de referência, a assistente social já sabe que pode mandar estes paciente pra cá. Pra já deixar agendado um psicólogo, enfim. Eu acho que ta faltando amarrar isso ai. E alguém tem que fazer isso.

Eu vejo a mulher... eu vou falar com mulher. Sobrecarregada. Por que a mulher tem jornada , acho que não é mais nem tripla. Por que ela é sobrecarregada no âmbito familiar, por que... as atribuições enquanto mãe. Enquanto esposa, ela tem a jornada do trabalho, né? Tem a cobrança da sociedade, que a mulher tem que necessariamente o marido tem que prover, o sustento, hoje em dia não existe nem tanto isso né? Já consegue trabalhar. Mas esta escolha de trabalhar tem sido uma escolha pesada, né? Eu acho que muitas mulheres vêm adoecendo, por causa desta sobrecarga. Por que, o homem, ele trabalha simplesmente. A maioria né? Muito trabalham. Não tem um envolvimento na questão familiar e a mulher vai além destas fronteiras.

Precisa de apoio das instituições. Primeiro de apoio. Também de apoio da família, agente vai pros outros entes e parentes, ela precisa ter coragem né? Pro que não é fácil,

agente, fala, há você podia ter saído desta vida', mas ela precisa ter coragem. E eu acho que de apoio, pois ela tendo coragem e apoio ela consegue sair daquela situação de violência.

Eu acho que eu posso fazer muito mais do que eu tenho feito. Isso eu tenho certeza. Eu acho que enquanto enfermeira, o que eu posso está fazendo é orientando estas mulheres, conversando, dando o apoio, que cabe a minha parte né? O apoio psicológico, é... sensibilizando de certa forma até a própria comunidade, pra aquele tema, a questão da violência. EU até mesmo faço isso, esta semana mesmo atendi uma paciente que sofreu violência, do ex-marido, ai como ela anda meio tristonha, eu fiquei meio desconfiada, 'será que ela está sofrendo violência de novo?' Ai ela esteve com o marido aqui. Pra falar com ele. Só que ai, como eles estavam com o filho doente, ele mandou um recado que não ia entrar pra falar comigo naquela hora, mas que voltava depois, então de certa forma eu sei que ele fugiu da situação. Então essa, eu pretendo voltar, perguntar a ela o por que ele veio, se ele não vir, irei fazer a visita domiciliar. Assim eu acho que posso fazer justamente essa busca do parceiro de forma sutil, tentando trazer até nesta situação dela, como ela está gestante, eu vou tentar trazê-lo para o dizer como está a gravidez, pedir apoio no acompanhamento. Desta forma tentar sensibilizá-lo. Né? Não falando da violência, por que ela não me relatou de nenhum caso de violência, mas eu acho que eu posso estar fazendo isso. Essa busca ai. Essa sensibilização. [Pesquisador] O que você acha que agente precisa pra sensibilizar, sobre esta questão da violência. [Entrevistada] Agente precisa estar sensível a situação. E agente precisa estar incomodado. Por que as vezes você vê acontecer, mas você estar numa situação cômoda, só atendendo a doença e fazendo a sua parte, de forma bem restrita, e não adentrando nas outras, só que o PSF é diferente. Agente acaba se envolvendo mesmo sem querer. Você não pode ficar vendo aquela situação, e ficar fora da situação, você tem que fazer alguma coisa, ainda que só encaminhando para alguém que está mais preparado, ou para uma delegacia de mulher, ou para um psicólogo.

Tem alguns casos, que eu registrei. Colocando no prontuário o relato da paciente, quando ela falou que foi agredida. No caso desta paciente mesmo que falou que levou um chute, tal, eu registrei que ela tinha sofrido uma agressão pelo companheiro. Nem sei como foi na verdade a questão de notificação, de violência da mulher eu nem estou atualizada pra falar e não estou sabendo encaminhar. Eu sei que as assistentes sociais, no ano passado, participaram de algum evento em salvador falando disso. Só que foram chamadas foram as assistentes sociais não sei por que, e ficou nisso mesmo, por isso que eu encaminho pra ela, por que pelo menos ela tem se atualizado mais, por isso sobre esta questão da notificação nada foi passado pra mim, nem por parte da atenção básica. Então nunca notifiquei, eu sei que tem que notificar. Mas não sei como funciona. [Pesquisador] Você já ouviu falar que a violência contra a mulher é de notificação compulsória? [Entrevistada] Especificamente pra isso não. Não sei como funciona. Se a mulher teria que dizer, ou a mulher... me parece que chegou, você atendeu, você soube da violência, você tem que notificar. Suspeitou, você tem que notificar. Agora eu não sei se ela chegou para tratar daquele atendimento para aquilo, é isso que eu tive duvida, pois nunca fui atrás de saber, ou se ela chegou para outros atendimentos e naquele agente sabe que foi agredida e ai tem que notificar

Cristiane, Enfermeira

Maus tratos, falta de respeito, não só o marido mais qualquer pessoa da família, mas fala marido porque geralmente o problema é com a mulher mesmo. Falta de respeito, não cuida bem, é traição. E agressão física, nem se fala né. Humilhação. A mulher precisa de coragem, pra enfrentar o agressor, no caso de, como já tem a delegacia da mulher, que mesmo que não tivesse a equipe. Coragem pra denunciar e acho que também a coisa do trabalho, de

ser independente, porque tem muitos casos que a mulher apanha mais que volta de novo porque tem filho, não tem onde morar, porque quem paga é ele, porque quem dá a comida é ele. Acho que a dependência financeira e a coragem mesmo, de não ter medo né.

Uma que teve até, que ela chegou aqui com uma coisa na mão foi agredida que tinha até um filho. Aí teve um problema também porque o pai era um senhor que tem outra família, outra mulher, eu sei que morreu uma criança no meio dessa. Mas já estão juntos de novo, que ela só falou uma vez, aí até perguntei o que foi isso, mas não disse. E a outra é que foi mais grave, que ela já separou umas três vezes, quando ele viajou que morava fora, trabalhava e que chegava tava pego e aí... já teve até violência sexual, ele já mexeu com ela né, e ela dava queixa. Acho que essa daí foi umas três vezes, a filha já até pré adolescente, a menina disse que uma vez ele abriu o gás disse que ia botar fogo na casa, essa foi a mais terrível que teve né. Mas também se reconciliam, o marido começa a mudar. Dessa primeira a gente incentivou... até falei com assistente social pra gente fazer uma visita, mas aí ela diz que já está bem, ela mesmo que evita a gente ir falar. E esse último na verdade a gente nem conhece, mora fora. Uma foi por causa da ferida né e a outra foi ela mesmo que veio, na verdade não deu pra identificar não, ela mesmo que falou.

É uma pessoa que tem um filho com um senhor, q já tem outra família também, que já tem outra mulher e outro filho, então assim, o menino já tem dois anos, então assim, ela já tem essa problemática, os dois, se agrediram, Por alguma coisa em relação ao filho, quer levar o filho, essas coisas do pai que envolvem a criança, bota criança no meio (Pesquisador: mas eles são separados?) É, aí ela chegou La com as mãos machucada, realmente depois ela disse q foi ele, q foi briga com ele, q ele agrediu, q já tinha dado queixa, ela , na delegacia da mulher, na certa, com o tempo q passou, já estava de novo junto, e eu digo ela é muito safada, porque teve audiência, marcou audiência, a primeira ele não compareceu, e tava tendo na segunda, marcada, agendada, uma outra, ele comparecer, e assim depois disso tudo nem sei se ela tirou a queixa, porque ta junto de novo, continua com o cara, ai sai, visita domiciliar, eu não sei porque se continua por causa da pensão, se ele ajuda a manter o filho, porque ela não trabalha, mas não teve morte não meio não, pode ter sido a morte da mãe dela (Pesquisador: você falou que ela continua com o cara) é, continua (Pesquisador: porque você acha q estão junto?) porque eu acho, é o que eu já lhe disse, no mínimo ele deve ajudar, não E, da alguma contribuição, p manter o filho, ate a própria alimentação mesmo, porque ela é desempregada, mora na casa da mãe, a mãe...não tem renda, fica na dependência, a dependência financeira infelizmente ainda, não E, faz com que eles aceitem esse tipo de agressão, tem que manter p dar comida aos filhos, e é isso mesmo, em muitos casos ai a gente ouve” ah como é q eu vou dar queixa, casos q a gente ouvi ai, vou dar queixa não, como , se é ele quem sustenta meus filhos e se eu der queixa ele vai brigar e deixar de dar, como é q fica em casa? sustenta os dois, eu sei que o caso dela é esse, é a falta d condição financeira mesmo, independente ou não do agressor (Pesquisador: e quando ela chegou para você, você falou que ela tava com uma lesão na mão, não é, como foi, você suspeitou, foi na consulta, ou ela falou?) Ela falou, ela falou inclusive já tinha passado um tempo, logo quando teve a agressão ela não falou, a gente ainda não tava falando, eu falei ate com a assistente social, foi , p conversar com ela tudo, mas ela disse que já tinha ido na delegacia da mulher, que já tinha tido uma audiência q ele não compareceu, e que já tinham chamado de novo, que se ele não comparecesse ia ser preso

Não registrei porque essa parte quem ficava mais encarregada era a assistente social, e passei pra ela, que tinha uns documentos que preenchia, se bem que aqui pouco tempo que apareceu esse documento, que a gente só sabia mesmo de boca mas... (Pesquisador: sobre o que o documento?) tinha um impresso só, porque assim, depois que passasse só, que ate ACS, Técnico, qualquer pessoa pode registrar agora pode ta registrando não é, não nem sei direito pra onde deve estar sendo encaminhado, é mais com a assa social, q elas sabem onde encaminhar, porque não existia essa pratica, agora que ta aparecendo redes não novas não é.

Não tenho atendido muitos casos não são, esses dois ai, desde que eu trabalho ai, foram os únicos que foram aberto, que eles falaram comigo, que a gente pôde perceber, que eu percebi mesmo que tinha

Minha conduta é orientar, que elas já tinha feito, quando elas foram falaram, já tinha acontecido, elas já tinha dado queixa, .minha conduta era orientar delegacia da mulher, e conversar, se elas realmente tinham, deveriam, não é, se tinham condições de ficar não a mesmo casa que eles, ate esclarecendo p elas, q partindo dessa agressão poderia ocorrer coisas piores, quem começa..da um tapa, bate e ai grita daqui a pouco o outro tentou botar fogo não a casa, abri o gás, não E, e assim, que a tendência ai é piorar porque quem faz uma vez vai continuar fazendo, ainda mais que se sente o provedor, porque sabe que depende dele, eles tinham que procurar, procurar fazer alguma coisa da vida, trabalhar, estudar, são jovens, eram jovens, são, trabalhar estudar, fazer alguma coisa para não, no mínimo, ser independente financeiro, porque infelizmente, essa dependia não vai ficar, não tem parente, pros pais, a família sabe disso, de repente a família da apoio , não precisa ficar exposto a esse risco.

Conheço nenhum (serviço pra atender mulheres em situação de violência) aqui em São Francisco não. Tem algumas referência e a contra-referência, e eu ultimamente atuo e muito... Então existe com a prefeitura, com os hospitais, com o serviço social, o nosso problema é que a gente nunca recebe a contra-referência, faz a referência, mas a contra-referência pra voltar, geralmente é hospital, em hospital é um pouquinho difícil.

Catarina, Enfermeira

Uma violência à mulher, uma agressão. Agressão essa, física ou até... verbal, né? Com palavras, né? Que existe também a questão da violência... violência não é só física, né? Em respeito à mulher, direcionado à mulher, mas que, a gente observa até mais como sendo uma agressão física, um abuso (...) que muitas das vezes nem caracteriza como violência, mas que na verdade a gente vê que existe a violência, tá? (...) muitas vezes, é como eu tô te dizendo... muitas vezes é que até a própria mulher ela não reconhece como violência (...) ela sabe que é um abuso que tá acontecendo, mas ela não caracteriza, ela não quer enxergar como violência, por uma questão até de vínculo... por uma questão de respeito

Poucas (mulheres em vivência de violência doméstica) tem reação. Por uma questão de vínculo afetivo, por uma questão muitas vezes que aquele homem a sustenta. Como eu já te disse, eu já peguei situações em que a mulher convivia com um homem que não era o pai dos filhos dela, mas era ele que dava o dinheiro pra ela, que sustentava a filha, que tal... né? Por essa questão. Mas existe essa questão da reação e também aquela questão do silêncio, entendeu? É preciso que elas “reagem”, porque elas ficam muito em silêncio, a vigilância é pra gente ficar “ligada” nessa questão dessa reação, Porque as vezes agente numa consulta mesmo, na (...) ginecológica, Porque a mulher ela costuma se abrir mais com a mulher, né? A gente investigar de certa forma a situação, a história, a... fazer a anamnese dela, antecedentes dela... ginecológicos, obstétricos, a que chega a... a gente perceber pelo comportamento dela, pelo silêncio, pela... né? A gente consiga colher alguma coisa em relação a isso, né? O que seria mais uma ação nossa. Quer dizer seria ação nossa, mais, né? Quando coloca também essa questão da “pouco se trabalha” porque não é um tema que a gente trabalha muito, porque eu acho... aí eu já venho pra questão do PSF. Acho que a gente tá avançando demais enquanto Programa Saúde da Família, agora com pouco... tudo, tudo muito descentralizado, muitas coisas muito rápido, e que eu acho que só o profissional enfermeiro não tá dando conta. porque nós temos uma questão burocrática e temos uma questão assistencial, né? E aí... aí e os outros membros da equipe? Tem esse mesmo olhar? Não sei. Aqui pelo menos no município a gente tem na nossa equipe o assistente social, entendeu? Que vai trabalhar (...) aí tem todo um

processo, né? Tem todo um processo. Então eu acho assim: que a gente quer, a gente procura trabalhar, mas não existe assim aquela questão organizada, sabe? Aquele serviço implantado. Não é porque não se quer. É por falta de condições mesmo. Né? Mil coisas pra se fazer. Porque você tem que entregar relatório, porque você tem que fazer isso, porque você tem que fazer aquilo, e você tem que atender... hoje mesmo é o dia que eu faço atendimento a mulher, voltado a saúde da mulher. Dia de quarta. De manhã eu faço planejamento familiar, a tarde eu atendo queixas ginecológicas e avalio resultado de preventivo, né? É um dia que é super lotado. É por que como eu tenho visita domiciliar pra fazer hoje a tarde, aí eu diminuí a demanda, mas foram 17 pacientes marcados hoje de manhã. É uma demanda grande, eu tenho observado isso. Entendeu? Alguns falam, outros a gente tem que respeitar. Mas de uma forma indireta a gente acaba “futucando” para que ela reflita e tome alguma ação, aí a gente articula com a colega: faça uma visita. Chama o agente comunitário: _ Atente pra isso! né? Nós não podemos chegar assim diretamente. Mas eu mesmo já cheguei uma vez a denunciar porque era muito gritante, é sigilo, mas tava muito gritante. Né? Eu já cheguei uma vez a denunciar. E isso é complicado... são coisas assim... é um tema bastante interessante, né? Mas a gente precisa trabalhar. Eu me identifico muito com área de saúde da mulher, tanto que eu tenho voltado mais... gostei mais da obstetrícia que da enfermagem do trabalho, entendeu? Que eu tô concluindo. Porque é uma área que eu me identifiquei bastante. Não era, mas eu em identifiquei bastante. É uma questão de você ver que necessidade de um apoio psicológico, e de um diálogo, de esclarecimento muito grande, tanto que surgiu essa proposta. Eu e a assistente social, a gente tá formando o grupo da mulher aqui. A gente começou semana passada (...) falta essa parte da segunda fase de concentração do curso do agente comunitário pra gente colocar pra operacionalizar. E elas tão necessitando, e elas solicitam... e chegar mulheres até pra confiar, de o marido não querer deixar fazer preventivo, e chegar aqui pra procurar saber como é, procurar saber quem é que tá colhendo, sabe? Já teve gente que veio aqui dizer que veio olhar pra minha cara, e já procurou saber de várias pessoas, pra saber se tinha confiança de fazer comigo porque o próprio marido não deixava... você ouve cada coisa sabe? Aí assim... aí eu dou uma de psicóloga, sabe? Aí você dá uma de... não conselheira, mas... é uma questão de você ver que há necessidade de diálogo (...) aí você vai cativando o paciente com um jeitinho... e vai tentando fazer o que a gente pode, né? (...).

Quando eu faço atendimento à mulher, porque elas preferem mais atendimento, no caso, com o enfermeiro do que com o profissional médico. Muitas vezes até vai por uma questão clínica, mas não toca... é até abordada, questionada... talvez até a abordagem que tenha sido feita não tenha sido voltada à saúde da mulher e ela não atenta, ou muitas vezes ela não quer responder. Sai da sala e no outro dia vem pra consulta comigo... uma questão de confiança, é um diálogo. Então assim... no caso, as situações em que eu detectei pra que ela chegasse aqui, aqui mesmo, eu nunca passei por uma situação dessa. Em outro município, Alagoinhas, eu já ouvi mulher chegar e dizer. Mas ela diz: eu não posso, porque, se eu fizer que vai me dar comida? né? Mas aí acabou envolvendo a violência também, a filha dela, além dela, foi violentada... violenta a filha, e houve uma denúncia no conselho tutelar, entendeu? Foi todo um processo e acabou descobrindo. Mas assim por uma questão de investigação, essa questão da vigilância aí que eu coloco. Não que elas chegam aqui abertamente falando (...) o profissional médico ele costuma fazer uma abordagem mais clínica, né? Se ele tem um perfil de obstetrícia é um caso. É aquela questão de formação... na verdade é uma questão de formação. Então se faz uma abordagem... tem mais alguma coisa pra falar? Qual foi o motivo que trouxe aqui? sabe? Ah! A clínica é isso... resultado de exame... ah! Eu quero fazer um exame de rotina. Então não se aproveita aquela oportunidade e não avalia o indivíduo como um todo... a mulher. Porque a saúde da mulher não é aquela saúde que se eu quero fazer um exame de sangue... todos os exames de sangue pra saber se tá tudo bem, se tem uma verminose. Não é isso (...) muitas vezes existe um problema maior... porque essa mulher tem um marido que geralmente esse marido tem outras mulheres, tem essa questão... elas vem

fazer um preventivo por que sabe que esse marido tem outras mulheres... e eu tô sentindo isso, e acho que eu peguei dele, porque ele pegou de outras mulheres, então, elas não se sentem a vontade pra conversar com o médico. Talvez pela abordagem que ele não tenha sido feita. Sei que não cativou, entendeu? Porque essa história assim de dizer que é um profissional homem... isso pra mim depende... isso vai depender da pessoa, não do profissional ser homem ou mulher... eu sou um profissional de saúde, né? Então tudo vai da abordagem que é feita. Então quando elas entram, quando elas são acolhidas em minha sala eu pergunto: qual foi o motivo que a trouxe até a unidade? Se eu já sei o motivo... é de retorno... o retorno, aí eu procuro saber alguma coisa que queira falar mais, ou então coloco ela a vontade pra que ela explane. E às vezes é uma queixa até, por parte... havia, que hoje nem tanto... uma queixa por parte das mulheres, porque a demora da consulta. Porque eu não to preocupada com a demora do tempo... vc sabe que você tá em consulta com maior tempo (...) E não tô preocupada com quantidade. Porque tenho que fazer “x” consultas por dia, né? A gente preocupa com a qualidade... a questão do escutar, entendeu? Escutar... você abordar e escutar (...) talvez isso não tá sendo... não é bem trabalhado por outros profissionais, esquecem essa parte de avaliar o ser como um todo, entendeu? A questão do holístico, né? Como é que tá sua vida ginecológica? Como é que tá, né? É... sua rotina? Tá tudo bem? Enfim... investigar um pouco mais. Aí você não cativa, não tem confiança... não vai se abrir. Creio que seja por isso, né? Creio que seja por isso... com a mulher ela já vai se sentir mais a vontade (...) Aqui é assim... logo quando eu cheguei só vinha três, quatro pingado... pingado, pingado. Hoje, hoje é uma briga por uma vaga. É uma briga por vaga... aí chega uma extra, eu sempre acabo... não, tem nada não deixa ela vim... nunca vem no posto... não vou perder a oportunidade porque ela veio hoje, e deixar de vir, dela fazer o preventivo não. Deixa como extra, entendeu? A gente vai educando. Vai abrindo exceção, mas mesmo tempo educando. Aí eu peço um retorno pra mim, aí nesse retorno eu avalio. Vou encaminhar pra o médico, vou encaminhar pra o gineco, né? Eu acho que isso é muito importante... isso aí. Essa questão da abordagem.

Se chegar uma mulher violentada aqui eu vou encaminhar... eu sei que eu vou encaminhar pra unidade hospitalar, certo? Quer dizer... tem a questão legal da denúncia que é feita, né? A questão de ocorrência... mas eu vou avaliar o quê? O tipo de violência que ela sofreu, né? (...) pra fazer a avaliação de um médico especialista. Como eu já passei em outro município, tenho experiência de maternidade... e aí os hospitais regionais eles não recebem. Se tem uma maternidade no local, manda porque lá tem um ginecologista (...) e aí fica aquela questão assim... que eu sei de tá fazendo isso, de tá referenciando, de tá atentando pra isso, mas... do município, sinceramente eu não sei...

Acho uma coisa bastante interessante a presença “dum” profissional assistente social a mais na equipe, tá? E que o nosso trabalho poderia ser bem mais voltado... mais voltado, não... a gente poderia trabalhar bem mais esse tema na nossa prática, mas... são tantas atribuições, são tantos programas ao mesmo tempo, porque existe uma linha de prioridades, porque nós somos cobrados por essas linhas de prioridades, sabe? Aí vem uma questão educativa... aí acaba a gente deixando... não é que a gente não queira... muitas vezes a gente deixa de lado porque a gente vem trabalhando prioridades. Você imagine... eu tô com um monte de coisa pra fazer, aí já vem agora o quê? Bolsa família que a gente tem que fazer acompanhamento. Aí eu tenho uma palestra pra fazer com os adolescentes ali no PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil), aí não vou fazer. Não vou fazer, por quê? Porque já vem uma campanha de vacinação agora. Tem que vacinar crianças, menores de dois anos, profissionais de saúde, gestantes, e temos que vacinar é... os idosos, que é uma demanda que a gente tem um trabalho muito grande pra vacinar, pra sensibilizar... aí uma semana que a gente vai tá fora num curso, que quando a gente volta no outro dia já é campanha de vacina... aí termina... a gente tá passando por isso, que tenta respirar, que tá respirando (...) aí já tem outra campanha de vacina que já entra a da criança, entendeu? Tem outra coisa também, é... se o serviço no município tiver organizado, tem essa questão, né? E também as equipes forem

trabalhadas nesse sentido, né? Aí sim... aí a gente vai poder fazer de forma mais ativa porque a gente recebeu um treinamento, a gente vai tá tendo uma orientação, sabendo o que fazer em determinadas situações... quando tiver passando a gente vai tá sabendo o que fazer (...) a secretaria tem outras coisas que são consideradas prioridades. Então assim... o PSF agora ficou muito bonito. É tudo muito bonito, sabe? Violência... contra criança... tem a violência contra mulher. É... a parte de educação. Toda a educação em saúde (...) a questão das atividades educativas, formação de grupos... grupo de adolescentes, grupo de... é tão difícil... porque nem todos os profissionais tem esse perfil, e nós enfermeiros ficamos sobrecarregados... todas as coisas tem que partir da gente... e muitas vezes você não tem nem estímulo pra o trabalho, sabe? Tudo isso influencia... mas se o serviço for organizado no município, e as equipes são trabalhadas, sabe? As equipes trabalhadas. A coisa passa a funcionar... mesmo sendo uma coisa... uma tarefa a mais dentro da questão da vigilância, mas a gente vai saber fazer, entendeu? Acho que precisa ser trabalhado...

(...) Eu acho que realmente é algo que é muito silencioso, né? Mais por elas mesmo, pela formação da própria mulher, pela dependência da mulher, né? (...) mais a dependência da mulher... que ela muitas vezes se submete a isso, a esse silêncio, por conta da dependência financeira, pela tentativa... pelo vínculo amoroso... mas tem umas que... uma mesmo conseguiu libertar. Acho que tinha vergonha, porque a única pessoa que ela conseguiu falar. A primeira vez no contato comigo, mas que pra conversar comigo ela teve que conversar com outras pessoas pra saber como era. Você vê que até isso nós somos avaliados como profissionais, pra poder confiar pra dizer alguma coisa sabe (...) e pra você chegar e tá conversando com ela, pra caracterizar toda cena, pra ela entender que ela estava sendo abusada, até esse processo... ela disse: eu sei... (...) eu estou sendo violentada, não é? (...) e ainda entra outra questão, do conflito religioso, porque ela é uma pessoa religiosa, ela é uma evangélica e ela não é evangélico, entendeu? E não aceita que ela vá pra igreja, entendeu? E não está morando com ela... aí já começa toda uma questão (...) tanto que ela disse que não estava nem sentido prazer em sair. Mas eu disse: você não tem sua igreja? Você vai buscar aquele apoio psicológico... aí vem aquela parte da psicóloga, de você tá dando um “estimulozinho” pra poder melhorar a autoestima, porque tem muita mulher... e eu falo, eu falo... falo pra elevar... falo mesmo pra elevar a autoestima, até em questão de reconciliação, questão de... de toques femininos reconquistar... até disso eu dô aqui... pra ver se estimula a mulher. Faça isso, faça uma coisa diferente... “saia do feijão com arroz”, entendeu? Propicie situações diferentes, crie situações diferentes... _mas eu vou fazer o quê Cris? Sem criatividade, acostumada com aquela coisa tradicional. Faça diferente, mas não faça diferente de vez, pra que não pareça um absurdo (...) faça do jeito dele, do jeito de vocês (...) crie situações diferentes. E aí retornam, sabe? E a demanda vem aumentando em minha sala... não é diretamente a queixa ginecológica, sabe? Mas é... _eu gostaria de ouvir sua opinião? Sabe? (...) mas vamos falar também dessa situação, né? Aí foge um pouquinho... acontece muito, muito, muito, muito... aí eu já vejo... vou referenciar pro hospital, vou mandar... vou fazer o preventivo... vamos fazer um preventivo? Vamos... Como é que tá? E o planejamento familiar? Tá fazendo? né? (...) até de meninas de programa, tá conseguindo trazer, né? Meninas de programa... uma vez eu já consegui trazer aqui pra unidade. A menina veio... inofensiva... me dizer um monte de coisa. Veio. E aí hoje ela não deixa de vir aqui. Ela tinha medo de fazer o anti-HIV. Eu faço o aconselhamento pro HIV. No planejamento eu coloco como rotina, o aconselhamento... faço triagem pra DST... e assim a demanda vem aumentando, que as meninas ficam me deixando louca: “o que é que faço com tanta mulher pra marcar pra você, né?”. E a demanda aqui tá sendo quase a mesma de hipertenso e diabético, porque é uma demanda que só quer médico. Pra HIPERDIA, porque se for pra falar da mulher, até da queixas do climatério, ela vem me buscar. Eu também faço estudo alternativo com plantas, entendeu? pra ajudar no processo do climatério (...) a gente dá uma

orientação em relação a isso... que não é só remédio. Climatério não tá só associado a reposição hormonal, né?

Luciana, Médica

Eu acredito que ainda tem muitas mulheres que tem medo de contar, de ver, de falar sobre essas ameaças que sofrem, e acabam cada vez recebendo mais por isso mesmo né, essa depressão essa tristeza, porque ao mesmo tempo que elas não tem coragem de dizer acabam acontecendo mais e mais vezes essas violências contra a mulher.

Aqui eu não tive casos ainda não sei se alguém não teve e não me disse, mas assim, teve lugares onde eu trabalhei onde tinha realmente muita violência mesmo, é casos onde a mulher chegava com hemorragia, e mesmo assim não queria dar queixa, da pessoa entendeu, a gente não pode obrigar, não posso mandar ela dar queixa sem antes fazer meu atendimento. Então assim, casos assim extremo mesmo, de murro, de ponta pé, de soco, onde a pessoa chega sangrando e mesmo assim tem medo de dar queixa porque tem medo do depois, e quando sair o que é que vai acontecer, entendeu, não, não quer da queixa mesmo, aqui sinceramente um tive casos assim de violência não.

Assim, eu acho que deveria ser de uma comunicação bem boa, porque PSF é justamente isso, é medico da família, onde as mulheres não deveriam ter esse medo, deveriam vim, falar, contar, se for, ate pedir ajuda mesmo, porque esse é o nosso papel aqui, pra ta ajudando mesmo a comunidade em todas as formas, e essa seria uma das coisas que a gente poderia assim, ajudar, encaminhar, ta junto, mas, é, por enquanto eu ainda não recebi nenhuma.

Na verdade, se eu te falar, assim, que eu conheço, eu tarei mentindo, ainda, como eu não atendi eu acho que ninguém assim que eu precisasse talvez mandar ou pedir uma ajuda, eu não sei, assim outros serviços onde eu já precisei eu sei, mas de atendimento a mulher, eu não... mas também não foi divulgado, porque poderia ter vindo, tal, ó tem isso tem aquilo, mas eu não sei, e cm eu ainda não precisei nesses 7 meses transferir ninguém ou encaminhar.

Alguns casos elas chegam com alguns hematomas, teve uma que chegou com queimadura no braço, inclusive, ta ate gestante e eu perguntei claro, o que tinha sido a queimadura, ela disse que, ou, o que é que tinha sido aquela lesão?, ela disse que tinha sido uma queimadura, mas depois a mãe disse que tinha sido no caso o esposo e que também já tinha furado ela de faca, mas então assim, a gente as vezes suspeita, pergunta, mas as vezes o paciente nega, como tem lugar, como eu te falei, que as vezes o paciente chega e fala, mas tem outros que as vezes tem medo, não fala, então teve esses casos.

A gente não pode também falar assim “*ó você tem denunciar*” você, a gente tem que esclarecer p ela a importância dela, dela se gostar, dela se cuidar, dela.. entendeu, que ela não merece isso, então assim, que ela..então assim, a gente tem sempre que encaminhar p q ela veja q aquilo não é certo, mas a gente não pode, dentro da ética dizer “*você tem q denunciar*” pode falar, mas assim não diretamente, e também não pegar a força, mas assim se chegar a falar eu sempre dou assim esses tipos de conselhos, incentivando para que ela não seja violentada.

Quando elas chegam as vezes e falam, elas tem medo de chegar e denunciar, porque quando a gente ta no hospital, a gente fala ó e você quer, porque é diferente do PSF, porque no hospital as vezes a gente tem guardas de plantões, e, e tem a facilidade do policial vir ate o local e tudo, então a gente pergunta, “*você quer fazer a denúncia, você quer denunciar?*”, como já cheguei até a ter casos de hemorragias, que eu tive que... eu tava no interior, transferir pra Feira de Santana, que era uma coisa mais grave, então o paciente tem medo, porque tem medo da volta a casa, do retorno a casa, entendeu, do que vai acontecer com ela,

ela tem medo, porque ela não sabe se vai pegar ele, vão prender, ela faz uma denuncia e não pega, o que é que vai acontecer com ela,entendeu, então sobre ameaça, Ela tem medo, a gente tenta, mas nem sempre a gente consegue.

Aqui você vê que aqui é um PSF adaptado, muitas vezes o q a gente conversa aqui escuta na sala vizinha, hoje não porque a enfermeira não ta aí, mas muitas vezes quando é algum caso, onde eu vejo que é a privacidade do paciente eu falo mais baixo, num tom mais abaixo, porque eu sei que as vezes a enfermeira ta ai, atendendo a paciente, eu to escutando, tanto é que eu mudei minha mesa, minha mesa era ali, daquele lado eu mudei pra cá, ficar um pouco mais distante daquela parede , então assim, as vezes o paciente ate vem para falar alguma coisa, mas quando se vê numa situação, na verdade, incomoda, as vezes paciente ali fora, as vezes entra e sai,eu já chamei varias vezes atenção disso, se eu to com alguém na sala, espera a pessoa sair p me entregar a ficha, espera a pessoa sair p conversar comigo, mas isso, por isso, outra vez, tem reunião hoje , então assim, eu tenho que bater na mesma tecla, entendeu, porque eu vou me cansando disso, eu falo, faço uma reunião, numa semana melhora, depois volta então assim, as vezes ele vem para falar e acaba voltando sem falar.

Francisco, Médico

A violência tem varias faces e nem sempre se manifesta pela violência física, as vezes a violência física, eu lembrei que eu falei pra você é o ultimo estagio, que chega na violência física, mas esta violência física já tem uma violência silenciosa, que é a repressão, e as pessoa vão se ver, vão se sentindo presas, não tem poder de reação psicológica, a violência começa por ai, vai culminar na violência física, mas nem sempre ocorre de imediato a violência física.

Não é um agravo que a gente tem aqui, mas faz parte. A gente sente, percebe quando tem na família, porque tem pacientes que a gente tem aqui, que a gente percebe que a família não dá devida assistência, não se coloca como co-responsável. Isso pra mim é uma violência, quando você tem um ente seu, uma mãe, uma avó, um avô, um pai que é acamando, que é sequelado e você não dá a devida assistência ele está sofrendo a violência. A gente percebe quando a família quer terceirizar a sua responsabilidade, a gente percebe isso.

(...) pra mim violência é toda a forma de agressão, é toda forma de agressão que você venha a ter, e não precisa ter violência física, a gente tem outras formas de violência. É uma questão mais estrutural de educação que você não precisa ser nem na família, até no seu dia a dia mesmo que você tem “n” formas de abordar uma pessoa, você pode ser violento com ela ou não, as vezes a pessoa não sendo violenta a pessoa pode se achar violentada, somente na maneira que eu falei, você pode se achar violentado só porque eu falei que é difícil acha homem que faça enfermagem, isso pode, eu não tinha intenção nenhuma de ofender e você pode se achar ofendido, embora eu não tinha a intenção de machucar ninguém, não tenho nenhuma forma de preconceito é só uma questão de estatística que a gente ver pouco enfermeiro e mais enfermeira mesmo. É igual Urologia até pouco tempo você não via Urologista mulher, ortopedia também é uma especialidade muito masculina, hoje tem até ortopedista mulher, tem urologista mulher. Isso é uma coisa milenar, tem lugares no mundo que as mulheres não coloca nem a cara, não pode. Você imaginou, tem lugares no mundo que as mulheres retira até o clitóris pra que não sinta prazer. Tem lugares no mundo assim ainda, e se você olhar no mundo ocidental, via isso quando era menor, você não vai acreditar no que eu vou dizer, mas a mulher não tinha orgasmo. Quando eu era criança ouvir muito se dizer que orgasmo era coisa de homem, que a mulher não tinha orgasmo, olha que absurdo. Hoje a gente sabe que a mulher tem orgasmo, mas aquilo era, eu cresci com essa idéia que a mulher não tinha orgasmo, mas meu instinto de, sempre gostei de pesquisar e saber, isso foi instituído

aqui no mundo ocidental, na história antiga veio lá da Inglaterra e isso foi divulgando que a mulher não tinha orgasmo não, que não podia ter. A gente sabe que isso não é verdade. Então a mulher não podia abortar, isso foi uma coisa que foi ascendendo com o progresso né. Ascendência social da mulher, foi ganhando espaço, com isso foi ganhando um bocado de doenças né, endometriose nem existia, porque a mulher engravidava sempre e menstruava pouco. Hoje a mulher menstrua mais, tem poucos filhos, isso tem conseqüências né. Que pra mim também é uma violência que a mulher talvez não tenha consciência de está se violentando, com essa ascensão social, com essa disputa, ela também está se violentando talvez inconscientemente, talvez não seja porque ela queira não, ainda vejo mulher que acha que menstruar normal, é uma violência, biologicamente é uma violência. Mulher quando esqueci que é menina, ela está pronta pra procriar, pra engravidar, perpetuar a espécie, biologicamente. Quando ela renuncia isso em nome de uma ascensão social, ela está se violentando inconscientemente. Ela tem tanta inconsciência disso que ela menstrua e é normal. Quando a gente fala que não é pra ela menstruar, ela acha que isso é anormal, o normal é você não menstruar, menstruar que é normal. Tanto que antigamente, quando não podia ter relação é porque estava doente, doente porque estava menstruada. É uma violência, violência é uma coisa relativa, não é só física como eu disse, é “n” formas.

Eu aqui, por exemplo, eu não estou desempenhando a minha função como eu gostaria de estar, eu me acho me inutilizado pra aquilo que eu conheço, aquilo que fui treinado, pela bagagem que eu adquirir com vinte poucos anos de formado. Então ficar no posto, não me oferece nenhum sonho que o PSF ainda está implantando, eu posso me achar também, e as vezes eu me acho violentado. Porque eu não tô satisfeito cem por cento, então é uma coisa que a gente ainda tem que trabalhar e tem que ter muita força de vontade, tem que ter muito equilíbrio emocional, é preciso ser um cara muito “zem”.

Agressão física né, tentativa de estupro, essas coisas, assim alguns casos né, muitos não. A família que veio querendo dá queixa né, de uma pessoa que tinha feito uma tentativa de estupro e queria saber se a menina ainda continuava virgem pra pessoa poder provar que pessoa tinha sofrido uma tentativa de estupro, então veio pra examinar, então não sou, eu registro, mas é médico legal que tem que fazer isso aí, um perito, que tem que olhar, um exame mais minucioso, não é só olho nu não. Um exame mais minucioso, dá uma queixa e essa pessoa vai pra policia técnica, aí tem um perito lá, que faz esse tipo de coisa lá. Agora o que a gente pode ver é se tem hematomas, escoriações, mas pra gente perceber que há a coação, é o medo de soltar a informação. Primeiro ocorre isso, “você falar alguma coisa, ocorre isso”. Aí a pessoa fica com medo pra falar, aí a parente dela é que queria colocar a pessoa pra ser examinada. (...) Ela precisa independência. Fundamental! Só, uma pessoa que é independente ela tem discernimento, ela tem senso critico. Quando eu falo independência, é independência mesmo no sentido da palavra. Se ela é independente e ela está com uma pessoa, ela gosta da pessoa, mas não depende da pessoa, ela contra-argumenta, ela diz o que ela quer, ela mostrar insatisfação e se ela acha agredida, ela tem a opção de ficar ou não. Mas isso se ela for independente, se ela for dependente de alguma forma ela vai ser subserviente, ela vai ser submissa, aí ela vai fazer de tudo pra permanecer dependente, com aquele vinculo dela ali. Ela vai se submeter a qualquer coisa, mas não vai a menos que tenha síndrome de Estocolmo, essa parte não consigo imaginar.

Eu nem sei, se esse município ta, assim, em termos ate financeiros tem condições de ter, mas eu acho que esse tipo de procedimento é todo encaminhado La para Salvador, porque é justamente medicina legal que se vê, como é que você vai colocar um órgão,(interrompe) então isso ai tem que ter o que? Tem que ter uma pericia técnica, tem que ter profissional específico para isso, especializado para isso ai, e onde tem isso é em Salvador, então eu acho que, é que todo paciente que vier , pra aqui, que for, que passe por mim, ele vai ser encaminhado para La, então eu acho meio complicado você ter uma..., porque eu tenho a impressão que é assim que funciona, não é toda cidade que tem instituto medico legal, por

exemplo, você tem cidades que tem um posto, e aí quando tem morte violenta ele vem encaminhado pro regional, porque as vezes o regional tem instituto medico legal, medicina legal, tá entendendo, isso que eu quero dizer, no caso, uma cidade tá perto do., é metropolitana, Lauro de Freitas, Camaçari, normalmente não tem, encaminha tudo para Salvador. Eu acho que é por aí. Financeiramente o município tem até condições de ter, mas acho que a questão não é nem de município é uma questão mesmo de hierarquia, eu tenho a impressão que é isso aí, eu acho, não tenho certeza, porque se fosse assim toda cidade teria, policia técnica, e não é assim, Salvador acho que Salvador é que encaminha tudo para Lá, o instituto de Salvador é que absorve, eu acho. Acho que não tem aqui porque não é para ter mesmo, é pra ser encaminhado para Salvador.

Daniela, Técnica de Enfermagem

A violência doméstica contra mulher é qualquer dano, tanto físico, moral ou psicológico que ela esteja sofrendo na residência dela. Que não é só bater, às vezes uma palavra agride mais do que o próprio tapa, aquela... é isso aí, uma palavra agride mais do que um tapa as vezes. essa questão da violência doméstica, é um pouco assim, elas não gostam de comentar. E quando ela chega pra um profissional, no caso... aí nem todos ali fica sabendo daquela agressão e que eu saiba eu não pedi nenhum profissional com essa queixa de violência doméstica (contra a mulher).

Pelo fato que veio acontecer depois, no decorrer do tempo eu percebi que teve algum indício, que no momento em que ela estava acontecendo aquilo, ela passou pela aquela situação. Assim no decorrer da história... Assim, ela muito nervosa, ela parece que ficava assim - essa pessoa estava gestante, ela estava muito nervosa, em ir pra emergência, e eu estava sem entender o por que. É uma gravidez que ela queria, aparentemente ela queria muito, que ela tomava conta de outras crianças e assim vê a relação que ela tinha com outras crianças, e ela... eu sei que foi uma situação meio complicada. Aí depois a gente... Não, na verdade eu observei não sei se foi exatamente isso, mas eu suspeitei depois, mas outros casos não, porque, como eu disse, elas tem vergonha de comentar e aí fica bem oculto. Quando a gente não tem, quando a pessoa não notifica, a gente não tem como ajudar né, que a gente não vai dizer que sendo, se a pessoa está dizendo que não, e a própria pessoa diz que não. (vergonha) Porque elas têm, elas se expõem, elas têm medo de se expor pra que as outras pessoas saibam que elas estão passando por essa situação. Então, eu considero a vergonha nesse sentido, elas deixam de notificar, deixam de tá denunciando por vergonha, pra que a comunidade não fique sabendo que ela sofre desse problema. No caso quando ela está passando por esse processo ela precisa de um acompanhamento psicológico, porque ela chega a ter vergonha, a auto estima está lá em baixo, tem o... quando ela foge e não consegue. Auto estima é você se sentir bem, não tá achando que tudo acontece só com você, e é você não tem a coragem de reagir. O PSF trabalha com família e a violência doméstica ela tá centralizada na família. Família é um grupo onde as pessoas se relacionam, é num grau parentesco, grau parentesco ou não, mas se respeitam se considera, um respeita o outro. Família é seguro é isso aí, onde há consideração de todos eles né. Não é só o pai, a mãe, o filho, é um grupo ali onde um respeita o outro, um considera o outro.

Aqui em São Francisco a gente só tem a delegacia, quer dizer... a delegacia aí, que eles implantaram a delegacia da mulher, mas que não é propriamente o local ideal porque funciona no mesmo local. Então, essa questão aí fica meio, porque são, porque a delegacia da mulher é pra que elas não fiquem expostas né. Que sejam de preferência mulheres que atendam elas, do que aquele homem que fica ali, aquele policial que fica ali atende todos os casos, tinha que ser uma coisa mais restrita, e aí as que atendem fica dentro né na delegacia, mas é uma sala, que

uma instituição só. Então eu vejo uma certa, pra essa questão que fica que tem esse lado aí, do preconceito, da vergonha, eu acho que ainda é um pouquinho complicado.

Gabriele, Técnica de Enfermagem

Quando tem uma boa base familiar você consegue construir um bom caráter. E você consegue trazer pra essa pessoa auto estima, consegue trazer pra essa pessoa algo que ela possa contribuir com a sociedade de uma forma positiva. Então a base familiar é tudo. Família é tudo pra se tornar um cidadão de bem na sociedade é a base familiar.

Em segundo lugar foi a insegurança, então quando essa família é desestruturada e não passa pra essa criança o que ela precisa pra se tornar um homem, ela vai se tornar uma pessoa insegura. Com certeza. E vai querer ter certas atitudes que só leve realmente a uma ... ter essa questão de ... não teve algo ainda que elevasse a autoestima, então ela vai se tornar uma pessoa insegura e cometer atos no qual leve talvez a chamar a atenção. Porque mostrar um ser que ele não conseguiu...não foi construído.

Por exemplo, uma família bem constituída. Não to falando que ... eu vim de uma família quebrada.. sem pai, mãe. E achei uma tia que me ajudou na construir esse caráter. Inclusive dentro da igreja também, que é uma forma boa. A religião ela ... quando é bem passada e bem absorvida, ela fica positiva né? Então se a família falhar ou a mãe não ter estrutura pra fazer papel de pai e o pai fazer papel de mãe que também é importante. Ai eu acho que não vai dar certo não. Essa criança não vai ter o que ela precisa pra poder juntar suas partes e crescer uma pessoa sadia. Eu falo porque tem exemplos e eu vejo realmente. E a pessoa que não teve a presença do pai, as vezes não sabe ser pai porque não teve a a mãe dessa pessoa também não soube ser pai. E ai desestrutura o filho cresce realmente com a mente meio atrapalhada, deturpada porque ele não acha nem a confiança nos pais ele perde. Ele se sete uma pessoa muito... é carente. Você não me ama, você não me entende.. você só entende os outros. Isso fica na mente da criança e mais tarde ela fica um delinqüente até.

Eu acho que a pessoa que se submete a sofrer a ação da violência continuamente é mais doente daquele que comete o ato. Eu não sei aprofundar psicologicamente isso mas nós mulheres as vezes a gente não aceita uma outra mulher sofrendo pela violência e não tomar uma atitude. Então as vezes até a lei que vem cobri essa situação fica limitada em agir porque a própria mulher, talvez a questão como eu coloquei ai a falta de autoestima, ela se submete. Então quando é denunciado ela vai lá e retira a queixa. Isso eu não chamaria de amor. Isso ai seria uma insegurança. Não sei dizer a palavra...mas o que eu acho da violência contra a mulher é que muitas vezes é que criou uma lei e ela nem é cumprida por culpa da própria pessoa que sofre o ato da violência. E mais que a pessoa que comete o ato que, como a gente falou antes, é uma pessoa que é desestruturada para a sociedade. Não é uma pessoa normal... é uma pessoa que tem algum déficit, atitudes violentas, desequilíbrio emocional ...A pessoa que se submete a isso . Talvez ela seja mais doente do que aquele que ta cometendo a ação. Então pra mim é inaceitável a violência doméstica contra a mulher mas assim é inaceitável mas as vezes a gente fica de mãos atadas porque é algo intrafamiliar e as vezes a gente não pode tomar certas atitudes. É muito intimo. Particular e por isso... vc mesmo deve saber que as vezes é denunciado e é retirada a queixa. Pra mim é até complicado falar da violência doméstica contra a mulher. Eu não me submeteria a essa situação. Se acontecesse uma vez a coisa acabava ali. E se continuasse eu ia denunciar. Porque o amor que tenho por mim eu não permitiria essa situação. Falta esse amor na mulher, essa autoestima. Falta a vontade de ela ir adiante.. de ter alguma coisa.. de ser alguém talvez que se sinta importante pra que não se submeta a essas ações por parte machistas. Não da parte masculina, que o homem em si... existe pessoas tranquilas..boas..mas a parte machista. Porque eu costume falar que a família

que não sabe educar um filho e que eu encontro mulheres. Por exemplo vou namorar um rapaz e ele não se ostra uma pessoa normal, não sou e que tenho obrigação de criar ele. De educar porque ele já era pra ser educado antes. Não tenho como mudar mais isso. Ta entendendo? Então isso é um papel da família para essa pessoa e para a sociedade e não eu. Eu tenho que chegar na sociedade e achar essa pessoa preparada . Não tenho a obrigação de preparar e de suportar algumas coisas que a família que falhou em si. É por isso que eu digo que tudo é família. Se ela falhou e tal..

A parte da educação da compreensão, do dialogo... é.. o não julgamento. Por exemplo eu sou mãe e meu filho vem com uma situação que parte pro preconceito... a parte que os pais serem educados para educar. De... A compreensão e o dialogo dentro da família é interessante. Também acredito que os pais deveriam estar ... se ele não tem a capacidade deve buscar ajuda pra que ele pudesse compreender. Porque o que é que acontece? Hoje a era da informação ta trazendo muita coisa pra a criança e muitas vezes não foi o tempo dos pais.. então se eles não buscarem também isso, o filho vem e coloca ele no bolso mesmo. Então o filho vem com algumas novidade que ele não aceita e nessa hora falta a compreensão, falta o dialogo, falta o respeito, e você começa a jogar contra o seu filho e ele começa a buscar uma outra coisa que vai entender ele quem ta na época dele. Principalmente nessa época de adolescência .. Então quando eu falo de família ... o que eu já consegui ver e viver como ACS dentro da igreja .. eu acho que uma mãe e uma boa base familiar é tudo. Base familiar é desde o inicio. É você está desde o inicio orientando.. é um bom namoro, um bom relacionamento.. Eu vejo famílias ai que a complicação vem por causa de um namoro. E mesmo assim eles insistem em ter um filho e ai eles não tem uma estrutura para eles adultos . Realmente eu vejo que a culpa de ter hoje um delinqüente na sociedade é a falta de uma boa estrutura.

Aqui nós não temos muito não. Só se a coisa for muito tamponada. Eu nunca vi e nunca presenciei. Só se elas forem relatar isso com a pessoa que compete em si. Assistente social, a parte da enfermeira que compete muito. Ela ta orientando e fala até sobre isso. Inclusive agora estamos fundando um grupo de adolescentes e esses assuntos são discutidos com eles. E já tem em planos discutir violência intrafamiliar pois já discuti DST, drogas e agora a violência intrafamiliar. Mas eu não tive casos de mulher agredida e vir procurar assistência pra saber como é o atendimento. Mas acredito que ela passaria pela enfermeira, pela assistente social, pela médica, e com certeza eles referenciavam para o hospital.

A Estratégia de Saúde da família é bem elaborada e se ela fosse perfeita, assim os profissionais funcionarem como devem eu acho que diminuiria bastante a violência domestica aqui. Isso se houver muita violência doméstica aqui, pois quem pode lhe dizer se tem é os ACS, mas o programa atua como ações preventivas. Na família. Então a família, a mulher teria mais confiança, então ela ia falar mais. E com um elo muito forte com a família que é ACS. Pois é um elo de ligação muito forte entre a família e a unidade. Eles então trariam a situação para a unidade. E o programa ia entra bem porque ele não é composto PR psicólogos, mas por profissionais que tem gabarito pra estar ali ajudando essa pessoa e referenciar um centro mais especializado. Mas que a equipe é muito importante é justamente por estar próxima da comunidade e o pelo ACS. Mas tem que ter essa troca. A mulher que sofre violência ela fica pra ela.. não fala com ninguém.. nem pros filhos ela relata. Então tem que ter uma outra forma .. uma estratégia dentro da família mais minuciosa para diagnosticar essa situação. Mas que a equipe é importante é. A pesquisa é muito importante lá em sua defesa. É algo que você esta estudando e tal mas aqui eu não vejo não. Mas o tema é importante é interessante. Acredito que tenha muita mulher ai sofrendo e achando que isso é normal. A violência é oculta. Quem sofre não fala, acho que por vergonha de estar expondo a sua situação numa comunidade que é pequena e todos se conhecem... realmente é chato pra uma mulher passar por essa situação. Se fosse numa cidade grande talvez ela teria mais coragem de denunciar. Mas num lugar pequeno é mais complicado. Mesmo porque ela pode sofrer outra violência

maior do que a primeira. Também deveria ter uma orientação no qual ela fosse identificando algumas maneiras que o conjugue faz e ela não percebe que aquilo já é uma violência, principalmente verbal. Pois a violência não só a de deixar marcas externas. Muitas vezes começa a humilhar a diminuir e a mulher não tá percebendo que aquilo é o início da violência. Já começa a mexer com a estima.. a pessoa vai ficando cada vez mais submissa a situação até que vem a agressão física e a pessoa tá achando que é normal. Então deveria ter um programa que orientasse a família essa situação.

Paula, Técnica de Enfermagem

O essencial aí é o medo. Por que o medo leva o ser humano, assim... ah... (pausa), no caso das mulheres mesmo... muitas mulheres elas sofrem violência... e as vezes, se perguntam, as pessoas perguntam mas porque você ainda fica com ele? Ah! por medo... mas acham que o medo não é motivo da pessoa se... propor aquela situação mas na verdade é como você disse... trabalhar o nosso inconsciente, o problema é o inconsciente, pra algumas pessoas realmente o medo pesa muito... o outro tá sempre ameaçando, falando coisas, ele vai trabalhar isso no subconsciente dele, e isso vai lhe aprisionar naquela situação mesmo sem aceitar, mesmo sabendo que não é justo, que é um desrespeito, independente de seja com homem ou com mulher... mas pesa muito... eu acho que o medo, ele... trabalha muito isso no ser humano. Que aí que traz...

a situação financeira, por que tem mulheres que se propõe.. por que acham que... é ... é.. de acordo com situações civis, e não só mulheres como alguns ser humano... acham que não podem mudar aquela realidade de vida... por que acham que só pode ir até ali... seu limite é até ali, aí se submete a certas coisas. Quando você ver que essas pessoas são fracas, você chega na casa tá tudo limpinho... tudo ajeitadinho... tudo arrumadinho... já tem outras que você chega... que tá assim... não por que seja desleixado e porco... mas esse subconsciente nosso, trabalha, acha que só pode ir até ali, que ali é o seu limite, que ele só merecem realmente aquilo.. então... deixa com que as coisas, não abrem os olhos, também o direito... que hoje as políticas sociais... e essa parte aí de direitos humanos, a cidadania, tá sendo muito trabalhada... até que tem melhorado um pouco... por que no caso... você é um cidadão de direitos, no que você sabe... quais são os seus direitos mas também deveres, fica mais fácil de você mudar um pouco a transformar sua realidade, não é assim... porque uma pessoa que ela sabe que ela tem quatro filho, ela não tem uma condição financeira, mas ela sabe que tem uma unidade de saúde lá existe o planejamento familiar... uma mulher também... vamos passar pra nosso... pra nosso tema, ela sofre violência, o marido não quer que ela se previna... né... então... ela tem que vencer esse medo... deixar de ser fraca, que aí... que essa fraqueza que eu falo acaba relacionando outra... essa fraqueza de aceitar aquilo... de trabalhar esse medo... e ficar ali... não... tá escondido... deixa na casa da vizinha... de uma forma que... chegue pra equipe, que todo paciente tenha certeza que a gente tá aqui pra falar nada de ninguém... chegue aqui, tenha sua consulta com o médico, com a enfermeira, todo dia... não precisa ninguém saber que o que está acontecendo ou não... então tudo isso é que... é uma forma de se defender também de transformar essa realidade... porque tem homens que não quer que a mulher faça uma ligadura... por que acha o que.. que ela vai ter outros parceiros, que é só questão do filho... aí vai descobrir se ela teve outro parceiro ou não... assim são tabus, são coisas de alguns seres humanos, que leva a esse tipo de relacionamento... de violência entre... do homem pra com a mulher pra sua companheira... por que a gente gosta de uma pessoa, a gente não quer que nada de mal atinja aquela pessoa, né isso... como é que uma pessoa que disse que ama vai mal tratar a pessoa de uma forma dessa, e essa mulher vai aceitar, então sai bebe, eu acho que o homem também tem que ser trabalhado, não é só colocar o homem como

a peça ruim, a situação financeira, mas vamos ver, aquela coisa de achar emprego, muito filho, ai ele vai pra rua, bebe, coisa e tal, chega é agressiva com a mulher.

A violência doméstica contra a mulher que... pelo menos que nós vemos sempre, que assim não vou dizer nunca que eu presenciei, nem que soube próximo ou alguém que eu conheça sofreu violência, eu estou falando assim mais baseada no que a gente vê baseada na televisão, nos noticiários, né... é essa questão do... da mulher... quando ver... cair na mídia, ou chegar em um desses departamentos de atenção a mulher, ela já passou tempos e tempos de agressão, ele chegou... da rua... por nada deu um murro... outros espanca mesmo... teve até um... um... um caso.. tem muito tempo isso... acho que foi ano passado isso... que teve a violência contra uma assistente social, eu não sei se você chegou... quer dizer... aí é que eu volto a dizer a você apesar que não é só em periferias, em pessoas é... em pessoas de classe mais baixa... mas é muito difícil você ver... e na verdade... é foi uma coisa que foi muito assim que repercutiu, né.. chegou até a mídia, mas tem muitas mulheres aí que são violentadas... mas que... é como eu lhe disse... continuam... que violência não é só que eu chegar e lhe dá um murro, acho que violência a mulher também é uma palavra... uma má palavra, né... você verbalizar, xingar... aquela mulher... eu acho que também é uma violência contra a mulher... não é você chegar e dá um murro... por que aquela pessoa tá ali com você... tão crescendo os dois juntos, constituindo uma família, tem filhos, tem uma imagem a passar, uma educação a dar... e.. palavrões, gritos, né... que na visão agressão não é só você bater, é tanto que as vezes a gente diz assim... antes me desse um tapa, por que existem essa palavra... é uma agressão ou não é, por que um tapa é uma agressão... agrediu aquela pessoa... até chegar a agressão física, que muitos homens, alguns... alguns casos que eu já vi, começam assim, chegou botou, falou alto, xingou e coisa e tal... daí em diante a mulher deixou.. deixou passar, aceitou, aí já foi pra agressão, dá primeiro murro... daí do primeiro murro... é coisas piores... até em tirar a vida, como já teve alguns casos, né... então violência doméstica pra mim é essa... é o companheiro que vai de encontro a sua companheira de forma agressiva, né... não só fisicamente, agredir fisicamente como verbalmente... Porque eu mesmo.. eu tenho meu esposo mas não vou aceitar que ele chegue pra mim com certos palavrões, de certa forma de certa maneira... né... a gente fica assim triste... se magoa... então agrediu num agrediu e você sentiu... né... então violência pra mim doméstica é essa...

Eu sei que existe a lei Maria da Penha que foi uma pessoa que sofreu muito, né.. foi violentada e tudo mais... tem seqüelas disso... e que lutou, foi uma mulher que lutou, lutou, lutou... para que essa realidade fosse transformada, né... então conseguiu... a lei... é tanta lei, que eu nem me lembro agora... e aí pra os agressores a mulher... seja companheira... é... seja casada, companheira... não importa o laço... né... então essa mulher vai a delegacia, prestar queixa, eles vão ver esse agressor... e aí vão punir de uma forma. Teve um caso que eu conheci o resultado que ele foi preso, mas com três dias... como ele colocou advogado com três dias ele já estava solto... aí é que vem ele foi preso depois de três dias ele foi solto, hum... e aí? essa mulher? será que ela tinha família pra ela ir pra casa dessa família? será que ele... compreendeu o que foi dito nessa delegacia, o que foi passado pra ele? E ele dali em diante ele ia ser um companheiro diferente; ele ia deixar de ser agressor? ou isso ia alimentar ainda mais os pensamentos dele, as atitudes dele... E como era que ele ia ver essa mulher agora; né... existe um acompanhamento depois disso? essas mulheres são asseguradas, tem garantia de segurança contra seus agressores? o que foi que aconteceu nesse último que teve aí... uma que passou no jornal... ela já tinha dado queixa na polícia... né... junto com a família... eu esqueci o nome dela... foi o ano passado eu acho, foi recente... que ele matou ela num salão de beleza... não sei se você viu essa reportagem... então quer dizer... a família já tinha... ele já tinha dado a queixa e tudo mais... sim... ele se afastou, né... mas disse que existia as ameaças, que ele ia fazer e acontecer... e o que foi que acabou acontecendo... ele tirou a vida dela... então será que na verdade o atendimento dessa mulher só é prestar queixa... essa pessoa é chamada, e... é... ou faz essa atividades... é... populares, vai... vai trabalhar numa creche... ou

vai dar cestas básicas por um ano, ou não sei quantos salários mínimos... isso no caso pessoas que né... tem poder aquisitivo... e depois... será que aquelas mulheres não procuram um acompanhamento, um atendimento, né... de ter sua segurança garantida, se é só isso mesmo... chegar prestou queixa foi, será que não precisa de um complemento isso aí... que... outros e outros casos já aconteceu dessa forma... de a mulher ter ido e coisa e tal e depois ter perdido a vez

Nunca eu vi um caso aqui assim, na unidade... mas eu creio que se fosse... se fosse de acontecer... é como eu estou lhe dizendo... esse lado seria mais pro lado não só social..... o médico também está aí, a enfermeira, ela iria passar por todos os atendimentos, e ser referenciada pra um lugar pra dar continuidade... a sua necessidade, o que é que a unidade pudesse fazer podia ser feito, seria feito e o complemento seria encaminhado, referenciado pra o setor. Aqui tem a CRESAM, que as mulheres as gestantes com pré-natal de alto risco, lá referenciado fica atendendo aqui e lá, acompanhamento dessa gestante, então é meio pairado por isso aí, no caso de acontecer uma situação dessa, iria ser visto e seria encaminhada para que essa mulher fosse vista e atendida e sua necessidade atendida.

O PSF já diz: é o programa saúde na família, a equipe trabalha muito dentro da comunidade e com a família, eu já trabalhei em lugares que as vezes a paciente ela não tinha nada, assim nada em termos de saúde, mas ela estava com problemas, ela precisava... sabe.. que é uma forma de doença também, ela precisava desabafar, pra se sentir melhor, até pra ter uma visão diferente, até pra buscar uma forma de, de... de resolver aquela situação, então ela ia, que a gente cria vínculo com a comunidade e a comunidade cria vínculo com a gente, e acaba desconfiando, e aí ela ia na unidade pra conversar, pra conversar... e a gente via que na verdade ela não tava... ficava aguardando ela solicitar o atendimento, na verdade ela conversava, ela chegava particular assim começava a conversar e você percebia que na verdade naquele momento a necessidade pra doença dela era você ouvir, ela precisava ser ouvida, desabafar aquilo que tava por dentro, aquela situação que ela tava passando, seja com filho, ou com marido, ou no trabalho, ou consigo própria o que ela tava sentindo. E o PSF é como eu digo, essa parte da promoção, prevenção... a saúde, não é só isso, por que saúde não é só você dizer não estou doente em seu estado, não estou doente, mas saúde também é você.. é viver bem, você está em paz com sua família, é você ter um filho que você observou que ele não está desenvolvendo na escola pra idade de outros filhos dele... com os outros coleguinhas, os outros meninos, observar que os outros meninos estão mais ativos, fazem coisas diferentes... ele já tá mais... pra você buscar na unidade de saúde, ver o que se pode ser feito, o que você pode fazer, as vezes na área da educação, mas educação e saúde hoje também trabalham interligados, né... então, é você tá nessa família você chegar... você ver uma situação... você chega na casa daquela pessoa, fazer um procedimento, fazer uma visita domiciliar ao acamado e tudo mais e você sentir algo ali... que muitas vezes... e você chega e a mulher está com a pressão nas nuvens, lá em cima, né não é hipertensa, tá tomando medicação direitinho, toma as medicação, faz dieta, não ultrapassa suas coisas por que isso? né, por que isso, essa pressão desse jeito, dona Maria a senhora não tá tomando a medicação? a senhora não tá comendo sal, tá comendo gordura? não as vezes é o que, o relacionamento. Teve uma paciente que eu trabalhei num município que ela já era de idade e o senhor também... então ele tava já na fase da idade, esquecendo as coisas, criando histórias, então ela chegava com a pressão muito alta, a pressão, e a gente conversava e ela ficava triste, mas sempre calada, aí foi quando ela chegou com uma pressão mesmo vinte e dois por doze na unidade, aí a senhora tem que ir pro hospital, começou a chorar e contou que o companheiro, é tava nessa idade, ela também tava nessa idade mas ele ficava desconfiando dela e um rapaz e um homem, ele não podia ouvir vozes de um homem, já não podia enxergar muito bem, mas ele não podia ouvir vozes que ele achava e já relacionava uma coisa com a outra, ficava especulando, então ela naquela idade ela não dormia e coisa e tal, então isso estava prejudicando a saúde dela, né então como é, aí no caso de equipe de saúde.. como é que ia ser

revisto isso, né isso é conversar com essa paciente, orientar ela, dela mesmo, ver, decidir, enxergar, o que é que ela pode fazer nessa situação... né dela ver junto com os familiares, ver também a idade dele, por que dessas coisas, e ela trabalhar isso nela pra que essas coisas não venham agredir ela mas sim que ela enxergue que ele é um idoso, o estagio de vida, já que ele tá adoentado e coisa e tal... e ver lá atrás a historia dele, né, por que normalmente as vezes tem idosos, que quando chega no final, já com uma certa idade, parece que ele vive aquela coisa lá na frente, né aquilo que já passou não sei quanto tempo... conta as histórias até parecendo que aconteceu ontem as vezes não tem contato com idosos aqui assim, então ver pra ela entender... ela trabalhar aquela situação, por que ele já tá numa idade e ela também... mas isso ela não pode deixar que afete a saúde dela, querendo esconder queria até agredir ela, mas de qualquer jeito foi uma agressão, né e aí essa idade, essa coisa toda... o medo de chegar pra uma fase.. aos extremos, então conversar com ela, pra que ela trabalhasse de uma forma de lidar com essa situação, enxergar de outra forma... não o lado de ficar muito magoada triste a chegar a ofender sua saúde, mas de entender o que estava acontecendo, né, entre eles, de entender o porque daquilo ali e trabalhar de uma forma com que isso não acontecesse, para que deixasse ela chateada desse jeito, ela começou a ver de outra forma, a procurar outras coisas é... desviar o pensamento, até ouvir aquilo... e tudo mais, e ver como as pessoas estavam, e ela melhorou, ela buscou e também passou pelo médico, o médico viu a questão da medicação, realmente a dosagem, essa coisa toda, mas o que tava incomodando mesmo ela foi essa situação, e ai depois ele foi decaindo mais, ficando mais doentinho e coisa e tal, e aí ela foi entendendo, na verdade pesando aquela situação e nisso já não foi interferindo mais nela como antes, mas tudo isso foi trabalhado, e ele também era visitado, orientado, hipertenso, era orientado, as vezes ele não queria tomar a medicação, não queria se cuidar direito, ainda fumava. Tudo isso, então a unidade de saúde ó ali, a família também... participar, filhos né, filhas tá presente, em caso dos idoso que fogem de casa, a situação dos idosos, cada um se encontra, tudo isso e aí trabalhar pra que isso não venha acontecer ou seja transformada não assim respeitando a individualidade de cada um e até um certo ponto, por que a gente também não pode se envolver na vida do paciente nem você vai fazer isso você vai fazer aquilo não assim, mas sim trabalhar essas pessoas para que eles vejam a forma de mudar essa realidade, de trabalhar a raiz desse problema, o que faz isso acontecer, gerasse essa agressão, o comportamento dessa mulher o comportamento desse homem, também o que que essa mulher faz pra levar esse homem a fazer isso, que não tem motivo na verdade pra uma agressão mas já que aconteceu, começou por onde, qual foi a raiz desse problema, e trabalhar, não só na parte da saúde como na parte do social, em conjunto todos os profissionais desde o agente comunitário ao médico, trabalhar isso, essa situação...

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação de apoio financeiro pela FAPESB para projeto de pesquisa matriz¹³

Edital N.026/2009 - Pró-Saúde São Francisco do Conde - Classificado Beneficiado - LINHA 01

Nº do Pedido	Pesquisador	Instituição	Título	Sub-área	Valor Aprovado
7574/2009	Kan Lin	Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia da Bahia	SAÚDE AMBIENTAL DAS MARISQUEIRAS E PESCADORES ARTESANAIS DAS COMUNIDADES SEDE/SÃO BENTO E MURIBECA	Interdisciplinar	119.480,00
7597/2009	Rita de Cássia Ribeiro Silva	Universidade Federal da Bahia	"AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO E ESTRATÉGIA DE PROMOÇÃO À SAÚDE E ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL NO AMBIENTE ESCOLAR EM SÃO FRANCISCO DO CONDE-BA"	Ciências da Saúde	152.663,60
7609/2009	Climene Laura de Camargo	Universidade Federal da Bahia	FATORES DE VULNERABILIDADE NA SAÚDE DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE SÃO FRANCISCO DO CONDE	Ciências da Saúde	87.469,24
7629/2009	Vanessa Hatje	Universidade Federal da Bahia	AVALIAÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE: RISCO A SAÚDE HUMANA DEVIDO À CONTAMINAÇÃO POR INVERTEBRADOS MARINHOS CONTAMINADOS	Ciências Exatas e da Terra	199.610,00
7638/2009	Neuza Maria Alcântara Neves	Universidade Federal da Bahia	INVESTIGAÇÃO SOBRE PREVALÊNCIA DE ALERGIAS RESPIRATÓRIAS E SEUS FATORES DE RISCO EM CRIANÇAS DE ÁREAS RURAIS DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE, BAHIA	Ciências da Saúde	143.004,03
7699/2009	Elisabete Aparecida Pinto	Universidade Federal da Bahia	PRÁTICAS E SABERES NO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL E NA PROMOÇÃO DA SAÚDE EM TERREIROS DE CANDOMBLÉ DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE, BAHIA	Interdisciplinar	85.747,90
7707/2009	Sandra Maria Chaves dos Santos	Universidade Federal da Bahia	SEGURANÇA ALIMENTAR E NUTRICIONAL EM SÃO FRANCISCO DO CONDE: AVALIAÇÃO E AÇÃO	Ciências da Saúde	147.248,00
7719/2009	Mara Zélia de Almeida	Universidade Federal da Bahia	PLANTAS MEDICINAIS E FITOTERAPIA: DESENVOLVIMENTO DE ESTRATÉGIAS DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E RESGATE DE PRÁTICAS DE SAÚDE TRADICIONAIS DE MATRIZ AFRICANA NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE	Ciências da Saúde	142.976,55
7750/2009	Tania Mascarenhas Tavares	Universidade Federal da Bahia	DETERMINAÇÃO DE POLUENTES PETROGÊNICOS ATMOSFÉRICOS E AVALIAÇÃO DE IMPACTO À SAÚDE DE POPULAÇÕES EXPOSTAS NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA	Ciências da Saúde	167.256,00
7763/2009	Norma Suely Evangelista Barros	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia	AVALIAÇÃO DOS IMPACTOS ANTROPOGÊNICOS NA QUALIDADE DOS RECURSOS HÍDRICOS EM SÃO FRANCISCO DO CONDE USANDO DIFERENTES BIOINDICADORES	Ciências Agrárias	179.282,37
7764/2009	Silvia Lúcia Ferreira	Universidade Federal da Bahia	QUALIDADE DE VIDA E QUALIDADE DE ATENÇÃO EM SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA A MORBIMORTALIDADE DOS PORTADORES DE DOENÇA FALCIFORME	Ciências da Saúde	58.025,20
7765/2009	Ryza de Cássia Vieira Cardoso	Universidade Federal da Bahia	A CADEIA PRODUTIVA DE PESCADOS EM SÃO FRANCISCO DO CONDE-BA: DO BARCO À COMERCIALIZAÇÃO, NA PERSPECTIVA DA PROMOÇÃO DA SEGURANÇA ALIMENTAR	Ciências da Saúde	134.629,10
7769/2009	Fernando Martins Carvalho	Universidade Federal da Bahia	EXPOSIÇÃO DE POPULAÇÕES DE SÃO FRANCISCO DO CONDE-BA AO CATALISADOR E A METAIS PESADOS EMITIDOS POR UMA REFINARIA DE PETRÓLEO	Ciências da Saúde	132.224,26
7803/2009	Marilda de Souza Gonçalves	Fundação Oswaldo Cruz	INVESTIGAÇÃO DA PREVALÊNCIA DE DOENÇA FALCIFORME E SEUS FATORES DE MORBIDADE EM CRIANÇAS DO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE - BA	Ciências da Saúde	98.243,50

Edital N.026/2009 - Pró-Saúde São Francisco do Conde - Classificado Beneficiado - LINHA 02

Nº do Pedido	Pesquisador	Instituição	Título	Sub-área	Valor Aprovado
7753/2009	Roberto Paulo Correia de Araujo	Universidade Federal da Bahia	DETERMINAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE SAÚDE BUCAL DOS ESCOLARES AFRODESCENDENTES DE 5 A 14 ANOS, RESIDENTES E DOMICILIADOS NO MUNICÍPIO DE SÃO FRANCISCO DO CONDE, BAHIA, PORTADORES OU NÃO DE ANEMIA FALCIFORME	Ciências da Saúde	69.979,45
7791/2009	Artur Gomes Dias Lima	Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública	FORMAÇÃO DE MULTIPLICADORES PARA PREVENÇÃO À SAÚDE: ETNOBOTÂNICA E ETNOPARASITOLOGIA	Ciências Biológicas	51.649,80
7794/2009	Lilian Miranda Bastos Pacheco	Universidade Estadual de Feira de Santana	PARALISIA CEREBRAL: PREVALÊNCIA, CARACTERÍSTICAS DA FAMÍLIA/CRIANÇA E ATENDIMENTO ESPECIALIZADO	Ciências Humanas	33.961,00
7804/2009	Carlito Lopes Nascimento Sobrinho	Universidade Estadual de Feira de Santana	PROPOSTA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE PARA A DETECÇÃO DE DISTÚRBIOS PSÍQUICOS MENORES E HIPERTENSÃO ARTERIAL EM SÃO FRANCISCO DO CONDE, BA	Ciências da Saúde	37.850,00

¹³ Extraído da *Homepage* da FAPESB, disponível através do endereço eletrônico: <http://www.fapesb.ba.gov.br/pesquisador/resultados/resultado-edital-026-2009/resultado-edital-026-2009>, acesso em 14 de Junho de 2010.

ANEXO B – Carta de Anuência da Secretaria Municipal de São Francisco do Conde-BA



ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO FRANCISCO DO CONDE
SECRETARIA DE SAÚDE



OFÍCIO Nº 177/2010

Ilm^ª. Prof^ª. D.Sc. Normélia Maria Freire Diniz
Professora Adjunta da Escola de Enfermagem da UFBA


CARTA DE ANUÊNCIA

Prezada Orientadora,

Venho por intermédio deste AUTORIZAR todas as etapas necessárias ao desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “Assistência às mulheres em situação de violência doméstica na Estratégia Saúde da Família”, sendo este o projeto de dissertação desenvolvido pelo Mestrando em Enfermagem **Cláudio Claudino da Silva Filho**, atualmente vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), orientado pela Prof^ª D.Sc. Normélia Maria Freire Diniz, co-orientado pela Prof^ª D.Sc. Nadirlene Pereira Gomes, a ser desenvolvido no município de São Francisco do Conde-BA, e tendo como sujeitos todos/as os/as profissionais de saúde engajados na Estratégia Saúde da Família.

Tenho ciência de que este projeto de dissertação encontra-se vinculado ao projeto de pesquisa matriz intitulado “Fatores de Vulnerabilidade na Saúde das Crianças e Adolescentes de São Francisco do Conde”, apoiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia (FAPESB), com recursos financeiros aprovados conforme termos do Edital Nº 026/2009 - Pró-Saúde São Francisco do Conde (Classificado Beneficiado na Linha 01), Nº do pedido 7609/2009, parceria entre a Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, o Governo do Estado da Bahia e a FAPESB, Coordenado pela Prof^ª. D.Sc. Climene Laura de Camargo e demais pesquisadoras/es da Escola de Enfermagem da UFBA

São Francisco do Conde, 02 de Dezembro de 2010


Marilja Santos Fontoura
Secretária Municipal de Saúde-SES/
Prefeitura Municipal de
São Francisco do Conde-BA

Secretária Municipal de Saúde de São Francisco do Conde - BA
Matricula 47433

**ANEXO C – Parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)
para o desenvolvimento do projeto de pesquisa matriz**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

COMUNICADO

De posse do Parecer consubstanciado emitido por este Plenário em 22.4.2010, e após análise da documentação apresentada pelos pesquisadores no atendimento às recomendações emitidas sobre o Protocolo 04.2010, Folha de Rosto 316.608 o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia tem o prazer de comunicar que o seu projeto de Pesquisa - abaixo nominado, apreciado na Reunião Extraordinária realizada em 13.5.2010, na sala deste CEP, situado no 4º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia foi considerado **APROVADO** pelo Plenário.

Titulo do Projeto: "Fatores de vulnerabilidade na saúde das crianças e adolescentes de São Francisco do Conde".

Pesquisadoras Responsáveis: Dra Climene Laura de Camargo

Demais pesquisadores: Normélia Maria Freire Diniz, Aisiane Cedraz Moraes, Nadirlene Pereira Gomes, Jovânia M. de Oliveira, Andrea Broch Siqueira L. Lessa, Eloina Santana Alves, Telma Maria Oliveira.

OBSERVAÇÃO: As autoras devem apresentar os relatórios parciais a cada 6 (seis) meses e o Relatório Final após a conclusão da pesquisa à Coordenação do CEP em atendimento ao disposto na Resolução 196/96.

Salvador, 20 de maio de 2010.

Darci de Oliveira Santa Rosa

Darci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN BA 10.100

ANEXO D – Parecer favorável pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para o desenvolvimento do projeto de Pesquisa para a dissertação de Mestrado



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP**

TERMO DE APROVAÇÃO

Temos satisfação de comunicar que o Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia - CEPEE.UFBA em reunião realizada em 31.03.2011 apreciou o PARECER, após o atendimento às pendências, do PROTOCOLO Nº 01 / 2011, Folha de Rosto n 397.630 intitulado “ASSISTENCIA ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA DOMESTICA NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMILIAA” teve o **PARECER final de: APROVADO**

Pesquisadora Responsável: Claudio Claudino da Silva Filho

Demais pesquisadores: Normélia Maria Freire Diniz (Orientadora)

Data da apreciação do CEPEE/UFBA: 31.03.2011

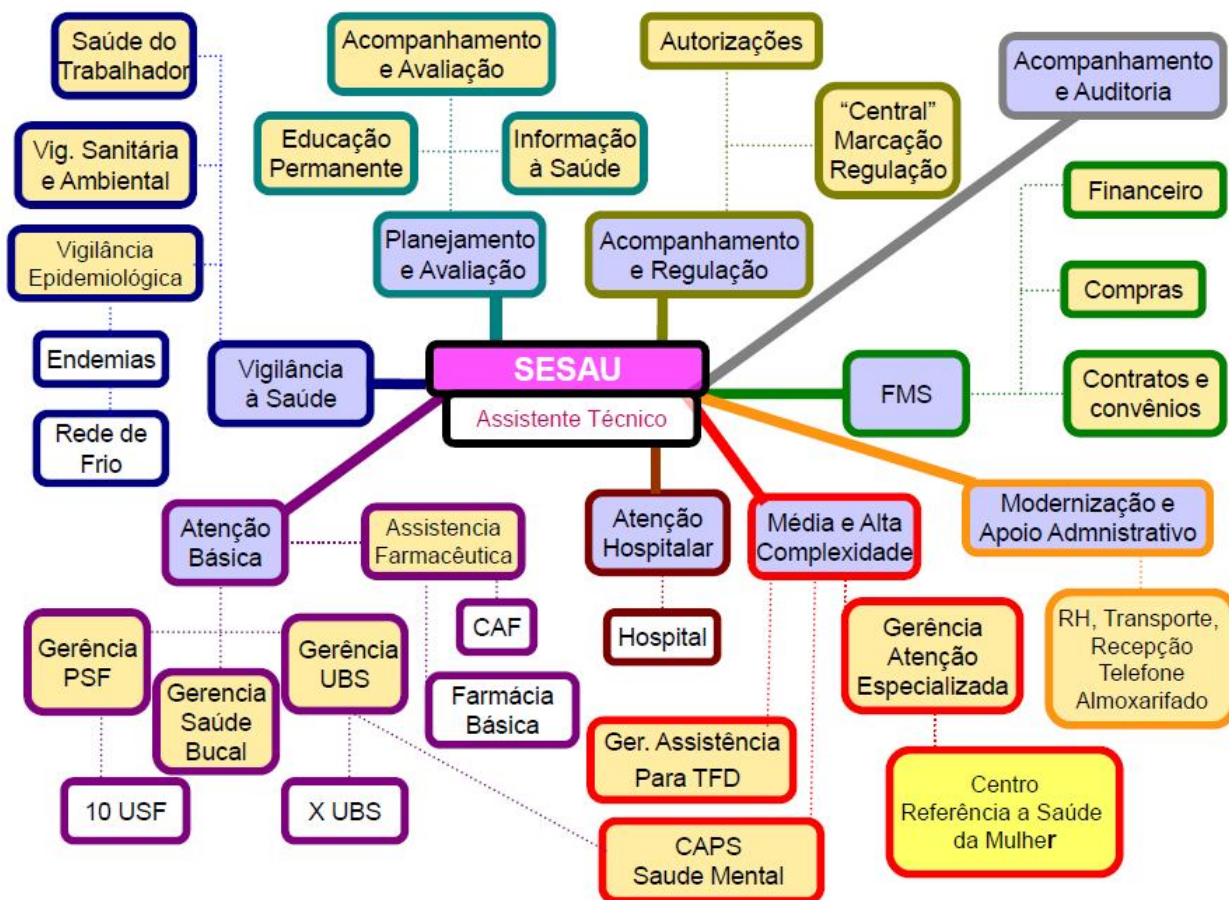
OBSERVAÇÕES:

- . As autoras poderão iniciar a coleta de dados.
- Havendo alguma alteração no Protocolo esta deverá ser encaminhada ao CEP para nova apreciação, considerando que o CEPEE ao aprovar o Protocolo, torna-se co-responsável por sua execução.
- Deverão apresentar a cada seis meses os relatórios parciais e ao termino do Projeto apresentar o Relatório Final ao CEPEE.UFBA conforme Resolução 196/96. (BRASIL, 1996).

Salvador, 5 de abril de 2011.

Dárci Santa Rosa
Dárci de Oliveira Santa Rosa
Coordenador do CEP-EEUFBA
COREN

ANEXO E - Organograma da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde-BA¹⁴



¹⁴ De acordo com essas informações, retiradas de material técnico disponibilizado no *website* da Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde, a Secretaria de Saúde passou por uma reestruturação organizacional, estando atualmente disposta da forma apresentada neste tópico, oficializada por meio do Decreto nº 081/2009 de 15 de janeiro de 2009 (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2009b).

ANEXO F – Disposição das Unidades Básicas de Saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de São Francisco do Conde-BA¹⁵

Nº Equipes	Unidades Básicas de Saúde da Família	Famílias Cadastradas	Famílias ainda não Cadastradas	Quantidade e ACS	Vagas ACS
01	São Bento	701	± 280	04	03
02	Monte, Engenho D'água	524	levantamento	04	
03	Caípe de Cima / Santo Estevão	766	± 479	04	03
04	Muribeca / Socorro	575	± 410	03	03
05	Nova São Francisco	431	± 355	03	03
06	Pitangueira/ Campinas	758	± 290	05	02
07	Jabequara	170	± 331	02	03
08	Engenho de Baixo e Ilhas (Paty e das Fontes)	524	levantamento	04	
09	Paramirim/ Madrugá	518	levantamento	04	
10	Bxa Fria, Macaco, D. João, Santa Elisa.	316	± 223	02	04?
11	CENTRO I		± 646	00	05
12	CENTRO II		± 626	00	05
13	CENTRO III- Babilônia / Corre ou Morre		± 818	00	06
14	Caípe de Baixo	298	± 384	02	03
	TOTAL	5.581	± 4.842	37	40

* Unidades a serem implantadas

** Equipes sem Médico (10 e 14)

¹⁵ Informações de material técnico disponibilizado no *website* da Prefeitura Municipal de São Francisco do Conde (SÃO FRANCISCO DO CONDE, 2009b).

ANEXO G – Distribuição das Palavras evocadas pelas(os) colaboradoras(es) por frequência e ordem média – EVOC 2003

ENSEMBLE DES MOTS	RANGS					
	:FREQ.: 1 * 2 * 3 * 4 * 5 *					
abuso	: 26	: 7*	8*	8*	1*	2*
moyenne :	2.35					
abuso"	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
agressão	: 1	: 1*				
auto-estima	: 5	: 1*	1*	0*	1*	2*
moyenne :	3.40					
auto-estima"	: 2	: 0*	0*	0*	0*	2*
covardia	: 13	: 9*	2*	1*	0*	1*
moyenne :	1.62					
covardia"	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
desespero	: 8	: 2*	2*	1*	3*	
moyenne :	2.63					
desrespeito	: 9	: 5*	2*	2*		
moyenne :	1.67					
falta-de-amor	: 10	: 1*	3*	2*	1*	3*
moyenne :	3.20					
falta-de-amor"	: 2	: 0*	0*	0*	0*	2*
falta-de-caráter	: 3	: 1*	0*	1*	1*	
moyenne :	2.67					
falta-de-companheirismo	: 1	: 0*	1*			
falta-de-deus	: 3	: 1*	0*	0*	0*	2*
moyenne :	3.67					
falta-de-informação	: 12	: 4*	1*	2*	3*	2*
moyenne :	2.83					
falta-de-informação"	: 1	: 0*	0*	0*	0*	1*
falta-de-sensibilidade	: 1	: 0*	0*	0*	1*	
humilhação	: 5	: 0*	1*	2*	2*	
moyenne :	3.20					
impotência	: 5	: 0*	2*	2*	1*	
moyenne :	2.80					
impunidade	: 20	: 2*	3*	6*	6*	3*
moyenne :	3.25					
impunidade"	: 3	: 0*	0*	0*	0*	3*
moyenne :	5.00					
incidência	: 1	: 0*	1*			

inconsequência" : 1: 0* 0* 0* 0* 1*
 indignação : 8: 1* 2* 1* 3* 1*
 moyenne : 3.13
 indignação" : 1: 0* 0* 0* 0* 1*
 intolerância : 6: 2* 1* 1* 1* 1*
 moyenne : 2.67
 intolerância" : 2: 0* 0* 0* 0* 2*
 irresponsabilidade : 2: 1* 1*
 luta : 1: 0* 0* 1*
 machismo : 9: 1* 1* 2* 5*
 moyenne : 3.22
 machismo" : 2: 0* 0* 0* 0* 2*
 maturidade : 1: 0* 0* 1*
 medidas : 1: 0* 0* 1*
 medo : 15: 3* 8* 1* 2* 1*
 moyenne : 2.33
 paz : 6: 0* 2* 2* 2*
 moyenne : 3.00
 paz" : 1: 0* 0* 0* 0* 1*
 pedante : 1: 0* 0* 0* 1*
 planejamento : 1: 0* 0* 0* 0* 1*
 questões-familiares : 15: 2* 2* 4* 5* 2*
 moyenne : 3.20
 questões-familiares" : 2: 0* 0* 0* 0* 2*
 questões-financeiras : 5: 1* 0* 0* 4*
 moyenne : 3.40
 questões-financeiras" : 1: 0* 0* 0* 0* 1*
 questões-psicológicas : 6: 0* 2* 1* 3*
 moyenne : 3.17
 questões-psicológicas" : 3: 0* 0* 0* 0* 3*
 moyenne : 5.00
 silêncio : 5: 1* 2* 2*
 moyenne : 2.20
 submissão : 7: 2* 2* 2* 0* 1*
 moyenne : 2.43
 tristeza : 10: 2* 1* 4* 3*
 moyenne : 2.80

tristeza" : 2 : 0* 0* 0* 0* 2*

vergonha : 4 : 1* 0* 1* 1* 1*

moyenne : 3.25

vergonha" : 1 : 0* 0* 0* 0* 1*

vulnerabilidade : 1 : 0* 0* 0* 0* 1*

álcool-drogas : 6 : 1* 1* 1* 1* 2*

moyenne : 3.33

DISTRIBUTION TOTALE : 259 : 52* 52* 52* 51* 52*

RANGS 6 ... 15 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 16 ... 25 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0* 0*

RANGS 26 ... 30 0* 0* 0* 0* 0*

Nombre total de mots differents : 52

Nombre total de mots cites : 259

moyenne generale : 3.00

DISTRIBUTION DES FREQUENCES

freq. *	nb. mots *	Cumul evocations	et cumul inverse
1 *	18	18	6.9 % 259 100.0 %
2 *	7	32	12.4 % 241 93.1 %
3 *	4	44	17.0 % 227 87.6 %
4 *	1	48	18.5 % 215 83.0 %
5 *	5	73	28.2 % 211 81.5 %
6 *	4	97	37.5 % 186 71.8 %
7 *	1	104	40.2 % 162 62.5 %
8 *	2	120	46.3 % 155 59.8 %
9 *	2	138	53.3 % 139 53.7 %
10 *	2	158	61.0 % 121 46.7 %
12 *	1	170	65.6 % 101 39.0 %
13 *	1	183	70.7 % 89 34.4 %
15 *	2	213	82.2 % 76 29.3 %
20 *	1	233	90.0 % 46 17.8 %
26 *	1	259	100.0 % 26 10.0 %

ANEXO H – Dicionário de Termos Evocados pelas(os) colaboradoras(es)–EVOC 2003

- 01; 1tristeza 2medo 3vergonha 4medo* 5auto-estima*
- 02; 1falta-de-informação 2auto-estima* 3desrespeito* 4desespero 5falta-de-amor
- 03; 1covardia 2desrespeito* 3abuso 4machismo 5falta-de-amor*
- 04; 1agressão* 2abuso 3abuso 4 5álcool-drogas*
- 05; 1covardia 2medo 3falta-de-amor 4impunidade* 5falta-de-deus*
- 06; 1covardia 2impunidade* 3questões-familiares* 4machismo 5auto-estima
- 07; 1covardia* 2questões-psicológicas* 3medo 4machismo 5questões-psicológicas
- 08; 1falta-de-informação* 2impunidade* 3questões-familiares 4questões-financeiras 5questões-familiares
- 09; 1silêncio 2silêncio* 3impunidade* 4impotência 5auto-estima
- 10; 1intolerância 2falta-de-informação 3machismo 4impunidade* 5impunidade*
- 11; 1medo* 2medo 3tristeza* 4desespero 5tristeza
- 12; 1intolerância* 2submissão* 3abuso 4machismo 5machismo
- 13; 1covardia 2abuso 3falta-de-informação* 4desespero 5falta-de-amor*
- 14; 1falta-de-amor* 2questões-familiares* 3questões-familiares 4questões-familiares 5questões-psicológicas
- 15; 1desrespeito 2medo* 3submissão* 4questões-financeiras 5intolerância
- 16; 1falta-de-deus* 2paz 3paz* 4paz 5paz
- 17; 1auto-estima 2tristeza* 3tristeza 4tristeza* 5questões-psicológicas
- 18; 1questões-familiares 2paz* 3paz* 4questões-familiares 5falta-de-amor
- 19; 1covardia 2medo* 3impunidade 4intolerância* 5abuso
- 20; 1indignação* 2indignação 3indignação 4indignação 5impunidade*
- 21; 1falta-de-informação 2silêncio* 3impotência 4abuso 5falta-de-informação*
- 22; 1álcool-drogas 2desrespeito* 3intolerância* 4questões-psicológicas 5falta-de-informação
- 23; 1covardia 2falta-de-amor 3falta-de-caráter* 4falta-de-sensibilidade 5falta-de-deus*
- 24; 1falta-de-caráter* 2indignação 3questões-familiares 4questões-familiares 5auto-estima*
- 25; 1irresponsabilidade 2falta-de-amor* 3desrespeito 4falta-de-amor* 5machismo
- 26; 1tristeza* 2desespero* 3tristeza 4tristeza 5tristeza
- 27; 1impunidade* 2medo* 3silêncio 4impunidade 5impunidade
- 28; 1desespero 2desespero 3álcool-drogas 4questões-financeiras* 5questões-familiares*
- 29; 1vergonha 2covardia* 3impunidade 4impunidade 5abuso*
- 30; 1machismo* 2impunidade* 3impunidade 4questões-familiares 5covardia
- 31; 1covardia 2abuso 3machismo* 4impunidade* 5impunidade
- 32; 1impunidade* 2medo 3falta-de-informação 4machismo 5vulnerabilidade*
- 33; 1submissão 2falta-de-companheirismo 3submissão* 4indignação 5impunidade*
- 34; 1questões-financeiras* 2submissão 3silêncio 4falta-de-informação* 5questões-familiares
- 35; 1covardia 2falta-de-amor* 3maturidade 4pedante 5falta-de-amor*
- 36; 1submissão* 2medo 3desespero 4tristeza 5vergonha*
- 37; 1abuso* 2abuso* 3abuso 4auto-estima 5intolerância
- 38; 1abuso* 2abuso 3abuso 4álcool-drogas 5álcool-drogas*

- 39; 1medo* 2questões-psicológicas 3abuso 4questões-psicológicas 5submissão*
- 40; 1desrespeito 2álcool-drogas* 3falta-de-amor 4paz 5questões-familiares*
- 41; 1desrespeito 2humilhação* 3tristeza 4vergonha* 5indignação
- 42; 1abuso* 2intolerância 3humilhação 4medo 5medo*
- 43; 1desrespeito* 2machismo 3humilhação 4impunidade 5intolerância*
- 44; 1abuso 2abuso* 3abuso* 4questões-financeiras 5impunidade
- 45; 1desrespeito* 2abuso 3impunidade 4falta-de-informação 5covardia*
- 46; 1desespero* 2impotência 3impotência 4questões-psicológicas* 5questões-financeiras
- 47; 1abuso 2questões-familiares 3questões-psicológicas 4questões-familiares* 5abuso*
- 48; 1abuso* 2incidência 3medidas* 4humilhação 5inconsequência
- 49; 1questões-familiares 2impotência 3luta* 4falta-de-informação 5planejamento*
- 50; 1falta-de-informação* 2irresponsabilidade 3covardia 4indignação 5indignação*
- 51; 1abuso 2abuso 3abuso 4humilhação* 5falta-de-informação*
- 52; 1medo* 2covardia* 3impunidade 4falta-de-caráter 5vergonha

ANEXO I - Distribuição dos Termos Evocados pelas(os) colaboradoras(es) segundo quadrantes do quadro de quatro casas - EVOC 2003

Les 3 colonnes correspondent respectivement :

au Mot

à sa Fréquence

à son Rang Moyen

Le Fréquence minimale des mots est 3

Cas ou la Fréquence ≥ 6

et

le Rang Moyen < 3

abuso	26	2,346	
covardia	13	1,615	
desespero	8	2,625	
desrespeito	9	1,667	
falta-de-informação	12	2,833	
intolerância	6	2,667	
medo	15	2,333	
submissão	7	2,429	
tristeza	10	2,800	

Cas ou la Fréquence ≥ 6

et

le Rang Moyen ≥ 3

falta-de-amor	10	3,200	
impunidade	23	3,250	
indignação	8	3,125	
machismo	9	3,222	
paz	6	3,000	
questões-familiares	15	3,200	
questões-psicológicas	9	3,167	
álcool-drogas	6	3,333	

Cas ou la Fréquence < 6

et

le Rang Moyen < 3

falta-de-caráter	3	2,667	
impotência	5	2,800	

silêncio	5	2,200
----------	---	-------

Cas ou la Fréquence < 6
et
le Rang Moyen >= 3

auto-estima	5	3,400
falta-de-deus	3	3,667
humilhação	5	3,200
questões-financeiras	5	3,400
vergonha	4	3,250