

CRISTIANE STOEVER DACAL

**TRABALHADORAS DE SAÚDE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: GÊNERO, VIOLÊNCIA E
FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

SÃO PAULO

2022

CRISTIANE STOEVER DACAL

**TRABALHADORAS DE SAÚDE E AS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS
MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA: GÊNERO, VIOLÊNCIA E
FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Enfermagem, para obtenção do Título de Mestre Profissional em Ensino em Ciências da Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Sylvia Helena Souza

SÃO PAULO

2022

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Antonio Rubino de Azevedo,
Campus São Paulo da Universidade Federal de São Paulo, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Dacal, Cristiane Stoever

Trabalhadoras de saúde e as práticas de cuidado às mulheres em
situação de violência: gênero, violência e formação / Cristiane Stoever
Dacal. - São Paulo, 2022.
xii, 123f.

Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Federal de São
Paulo, Escola Paulista de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação
em Ensino em Ciências da Saúde.

Título em inglês: Health workers and care practices for women in
situations of violence: gender, violence and training.

1. Educação Permanente. 2. Violência doméstica. 3. Atenção Básica.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CENTRO DE DESENVOLVIMENTO DO ENSINO SUPERIOR EM SAÚDE**

**PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM ENSINO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Diretor da Escola Paulista de Enfermagem:

Prof. Dr. Alexandre Pazetto Balsanelli

Diretor do Centro de Desenvolvimento do Ensino Superior em Saúde:

Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

**Coordenadora do Programa de Mestrado Profissional em
Ensino em Ciências da Saúde:**

Profa. Dra. Lúcia da Rocha Uchôa Figueiredo

CRISTIANE STOEVER DACAL

Trabalhadoras de Saúde e as Práticas de Cuidado às Mulheres em
Situação de Violência: Gênero, violência e Formação

Presidente da Banca:

Profª Drª Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Membros Titulares:

Profª Drª Kate Delfini Santos

Universidade de São Paulo - USP

Profª Drª Nádia Vitorino Vieira

Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP

Profª Drª Viviane Cristina Cândido

Universidade de São Paulo - USP

Membro Suplente:

Profª Drª Dayse Andrade Bispo Silva

Pontifícia Universidade Católica - PUC

DEDICATÓRIA

**Às mulheres da minha vida
As que vieram antes de mim que se fizeram alicerce,
As que vieram depois de mim, que me constroem diariamente.**

AGRADECIMENTOS

À Associação Saúde da Família, que me concedeu a possibilidade de fazer este Mestrado.

À Secretaria Municipal de Saúde, especialmente a Área Técnica da Pessoa em Situação de Violência, na pessoa da Lucia e Jorcelina que prontamente aceitaram que esta pesquisa pudesse ser realizada.

Às minhas amadas e saudosas avós, Suely e Inah, que ao serem se fizeram em mim na coragem, perseverança e vitalidade.

Ao meu marido, João Paulo, pelo apoio constante em todas minhas empreitadas, me incentivando, fortalecendo e sobretudo apoiando no planejamento e logística para com os gêmeos.

Aos meus pais Gislaine e Edgar, que cuidaram de mim e cuidam dos meus filhos em muitos momentos, para que eu pudesse ir, e vir a ser.

À minha orientadora, Sylvia Helena, que em um cafezinho acreditou na potência de minhas inquietações, me trouxe doçura e calma em momentos de tormenta. Por sua alegria e generosidade em me ensinar e me fazer uma pesquisadora, acima de tudo, pela confiança em mim depositada.

À querida amiga Thamires, que proporcionou esse lindo encontro e com quem divido tantas dificuldades na construção desse SUS que tanto amamos.

À minha irmã Ingrid, trabalhadora de saúde, defensora do SUS, que me deu pouso, escuta e incentivo para este projeto.

À minha sobrinha e afilhada Julia, que me alimenta de tanto saber. Lendo, transcrevendo e revisando esta pesquisa.

A todos meus colegas do CEDESS, da turma de 2019. Que encontro! Que potência e sorte a minha em tê-los em minha vida.

Aos Professores do CEDESS, por me lembrarem da minha condição de privilégio ao cursar uma pós-graduação em uma Universidade Pública e com isso reafirmar o compromisso que tenho na construção de uma sociedade, equânime, diversa e afirmativa.

À amiga Shyrlei por existir em minha vida, me ajudando em tantos momentos neste projeto e sonhando junto comigo pelo futuro. Com quem me diverti e me divirto com os perrengues da vida.

À Rosana, por sua abertura ao novo, me fazendo pensar fora da Caixa.

Aos amigos, companheiros, Fabiana e Paulo, por tantas e tantas trocas, discussões, risadas, cafés, chás. Por deixarem sua porta sempre aberta e

principalmente por cuidarem com carinho dos meus filhos em muitos e muitos momentos.

Aos amigos, Juliana e Rodrigo, parte da minha rede colaborativa, que acolhem a mim e a minha família com alegria, por me deixarem tranquila, em diferentes momentos para que eu pudesse me ausentar.

À minha equipe do CAPSij Aquarela Parelheiros que me apoiaram e trouxeram reflexões. As colegas do colegiado gestor, que sustentaram a gestão deste serviço em minha ausência. A Dani Matos, que me acudia neste mundo digital que foi se apresentando tão rapidamente.

À Nayara por me trazer a reflexão e possibilidade de trocar, pela licença que me deu para utilizar sua poesia, Maria Catadora de Si. Trazendo-me a arte como acalento.

À Meire por me escutar em diferentes momentos e me apresentar às pautas afirmativas, que sem dúvida, foram importantíssimas para inspirar esta pesquisa.

Ao Valter Nü, amigo querido, que foi ouvido, leveza e alegria. Por insistir comigo que o berço dessa pesquisa se desse na UNIFESP.

Às Marias, por estarem neste território, por construírem lindamente o SUS, com carinho, atenção e cuidado. Por compartilharam comigo seus conhecimentos, me ensinando e sendo parte fundamental neste processo.

À comunidade de Parelheiros, que habitam este território onde fiz morada e trago sustento para minha casa, sou extremante grata.

Por fim, aos meus pequenos, Henrique e Heloisa, que em seu *Criançar*, me transformaram como mãe, mulher e trabalhadora, que me dão abraços quentinhos em momentos difíceis e sorriem com tanta alegria que me encorajam a seguir.

RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender como as concepções de violência e gênero se expressam nas práticas de cuidado prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica à saúde da região rural do município de São Paulo. No âmbito dos objetivos específicos, definiu-se: mapear os fatores que levam a não identificação de situações de violência contra mulheres e caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência. A metodologia na presente investigação é qualitativa, abrangendo análise documental e entrevistas narrativas, considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado às outras mulheres. Desta foram analisados documentos e entrevistadas nove trabalhadoras, do sexo feminino, que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência das Unidades de Saúde selecionadas para a pesquisa. Os processos analíticos envolveram as trilhas analíticas da Análise de Conteúdo do tipo Temática. Os dados levantados apontam para necessidade de espaços de educação permanente que contemplem escuta acolhedora as trabalhadoras.

Descritores: Educação Permanente, Violência Doméstica, Atenção Básica

ABSTRACT

The general objective of this research is to understand how the concepts of violence and gender are expressed in the practices provided by health workers to women in situations of violence in primary health care units in the rural region of the city of São Paulo. Within the scope of the specific objectives, it was defined: to map the factors that lead to the non-identification of situations of violence against women and to characterize and discuss the care technologies present in Primary Care to care for women in situations of violence. The methodology in the present investigation is qualitative covering documental analysis and narrative interviews, considering the complexity of the violence theme and the subjectivity of women health workers, who work directly in the care of other women. In this way, documents were analyzed and nine female workers were interviewed, who make up the Centers for the Prevention of Violence at the Health Units selected for the research. The analytical processes involved the analytical tracks of Content Analysis of the Thematic type. The data collected point to the need for spaces for permanent education that include welcoming listening to the workers.

Descriptors: Continuing Education, Domestic Violence, Primary Care

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	v
AGRADECIMENTOS.....	vi
RESUMO.....	ix
ABSTRACT.....	x
1. INTRODUÇÃO.....	1
1.1. Na trajetória da pesquisadora, as origens da pesquisa.....	1
1.2. Questões de Pesquisa.....	3
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	4
2.2. Aprendendo com a Literatura.....	9
3. OBJETIVOS.....	19
3.1. Objetivo Geral.....	19
3.2. Objetivos Específicos.....	19
4. METODOLOGIA.....	20
4.1. Contexto da Pesquisa.....	20
4.2. Participantes da pesquisa.....	21
4.3. Produção de Dados: a composição do campo empírico.....	22
4.3.1. Análise Documental.....	22
4.3.2. Entrevista Narrativa.....	23
4.3.2.1. Entrevistas Narrativas: narrando os percursos.....	24
4.4. Processo de Análise dos Dados.....	25
4.5. Procedimentos Éticos.....	26
5. RESULTADOS.....	27
5.1. Análise Documental.....	27
5.1.1. Lei 11340/2002, Lei Maria da Penha.....	27
5.1.1.1. Um itinerário de lutas.....	27
5.1.1.2. Conhecendo o texto da Lei.....	29
5.1.2. Mapa da Violência: Homicídios de Mulheres no Brasil.....	31
5.1.3. Linha de Cuidado (LC) para atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência no Município De São Paulo.....	33
5.1.3.1 Percursos de Elaboração.....	33

5.1.3.2. Conhecendo concepções e propostas da Linha de Cuidado.....	35
5.2. Conhecendo as Trabalhadoras da Saúde e seus Olhares.....	40
5.2.1. Breve caracterização do perfil das Trabalhadoras de Saúde.....	40
5.2.2. Olhares de Marias.....	40
6. DIALOGANDO COM OS OLHARES DE MARIAS.....	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	71
REFERÊNCIAS.....	74
ANEXOS.....	78
Anexo 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	78
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética da Unifesp.....	81
Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo.....	89
APÊNDICE.....	97
Apêndice 1 - Roteiro da Entrevista Narrativa.....	97

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

1.1. Na trajetória da pesquisadora, as origens da pesquisa

Ao ser designada pela Organização Social de Saúde Associação Saúde da Família (OSS – ASF) para representar a mesma durante o processo de formação dos profissionais da rede de saúde de Parelheiros, em relação à temática da violência, visto que o território está sobre contrato de gestão desta OSS, aproximei-me da temática. Esta aproximação ficou ainda mais significativa com minha atuação como gerente do Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil - CAPSij, que é retaguarda de atendimento a crianças e adolescentes em situação de violência do território, uma vez que não havia, na época, serviço de especialidade para esta finalidade tanto da saúde como da assistência social.

O processo de formação se deu nos anos de 2016 a 2018 com os profissionais dos diferentes equipamentos de saúde da Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros, região no extremo sul da cidade de São Paulo, onde os profissionais se capacitaram para o acolhimento e atendimento das pessoas em situação de violência. Ocorreu através de um curso, que compreendia o processo de Educação Permanente dos profissionais dos Núcleos de Prevenção a Violência das unidades de Saúde (NPV), ofertado pela área técnica da pessoa em situação de violência da Secretaria Municipal de Saúde.

Durante o processo de formação foi identificado uma demanda sentida pelos profissionais referente à violência doméstica contra mulheres e crianças; violência sexual contra criança ao mesmo tempo em que o número de notificações de situação de violência pela ficha do SINAN era baixo por unidades.

Observei uma necessidade de diálogos constantes com os profissionais que atendem esta demanda, visto que os recursos e possibilidades de intervenção ainda são escassos, gerando impotência e perplexidade frente a esta demanda. Como desdobramento deste curso, pactuou-se uma reunião mensal com todos os NPV da região de Parelheiros, com objetivo formador. Sendo ratificada no plano municipal de

educação permanente – PLAMEP para o ano de 2019. Desta forma a pesquisadora permaneceu na interlocução desta temática junto a OSS-ASF.

O CAPSij vem acolhendo crianças e adolescentes que se encontram em situação de violência. As situações trazidas pelos usuários como “causador” do sofrimento psíquico encontram-se a violência doméstica, de gênero e sexual. Os jovens e adolescentes relatam a equipe técnica uma dificuldade de “ajustamento” as expectativas sociais.

Durante a escuta qualificada desses jovens e famílias, por vezes a equipe vem se deparando com processos de violência transgeracional, que, da mesma forma, os profissionais frequentastes da reunião dos Núcleos de Violência da região relatam. Estes profissionais são na grande maioria, mulheres (agentes comunitárias de saúde - ASC, auxiliares de enfermagem, enfermeiras, assistente sociais entre outras). Nos relatos as trabalhadoras identificavam que a grande maioria das famílias estavam imersas em situações de violência e não se reconheciam nela, por vezes reproduzindo nas relações sociais.

Diante destes pontos levantados, questiono de que forma seria possível trabalhar questões relacionadas com a violência de maneira a prevenir a mesma, em processos de educação na saúde?

A busca por responder a esta questão, se encaminha com a possibilidade de dialogar com os profissionais da rede básica de saúde da região de Parelheiros, que estão vinculados às práticas de cuidado em contextos de vulnerabilidade e violência.

1.2. Questões de Pesquisa

- 1) Como as trabalhadoras da rede básica de saúde percebem as questões de violência no território, do âmbito da violência doméstica e de gênero?
- 2) Que espaços e ou lugares as trabalhadoras reconhecem como campo de Educação Permanente em violência doméstica?
- 3) Quais as políticas públicas empreendidas em Educação Permanente na área da violência?

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Primeiras Incursões

A violência é considerada um fenômeno sócio-histórico no qual tornou-se objeto de pesquisa de diferentes áreas de conhecimento, tais como as ciências sociais, a filosofia, a psicanálise e a saúde.

Para a Psicanálise, a violência está ligada ao conceito de trauma. Em 1920, no artigo, Além do princípio do prazer, Freud define o trauma como uma dor impossível de ser representada psiquicamente, cuja consequência impactará o processo de subjetivação do sujeito. Ou seja, a forma pelo qual ele irá se constituir e se relacionar afetivamente. Para este estudo o conceito de trauma e subjetivação terá grande relevância, visto que para a psicanálise o processo de formação do sujeito e as relações estabelecidas em seus primeiros anos de vida irão marcar as escolhas na vida adulta (FREUD, 1920/2006).

O trauma seria uma força que impediria as inscrições psíquicas, as quais causarão angústia e dor. Quando estas eclodirem de forma insuportável ao sujeito este vivenciará o sentimento de ruptura do Eu, associará a vivência de morte. Entretanto, esta vivência é singular a cada sujeito e as suas histórias de vida. Neste sentido, o trauma, não pode ser contido simbolicamente, ficando sem lugar de acomodação; seria uma experiência solta no aparelho psíquico, que não encontra lugar de ancoragem, resultando em um excesso. O que não tem espaço simbólico passa a ser real. O que está em excesso continua demandando do aparelho psíquico “um lugar”, porém, este não está preparado para esta acomodação. Desta forma, o indivíduo desenvolve uma compulsão a repetição. Tal situação gera dor e angústia, na qual a dor é uma sensação reconhecida pelo sujeito (Freud, 1920/2006).

Uma forma de reduzir o que está em excesso, sem lugar, seria a elaboração, ou seja; o processo de lembrar, nomear e simbolizar. Por em palavras as vivências

que assim encontrariam um lugar. Contudo, uma história de maus tratos, pode se repetir por gerações (LIMA, 2011).

No Brasil, a discussão sobre a violência e a violência contra a mulher, vem nos anos 80 com o processo de redemocratização. Marilena Chauí em 1985 foi pioneira nesta questão ao publicar o artigo *Partindo do Debate sobre Mulher e Violência*. Para a autora, a violência, trata-se de uma relação de força; tanto em relação as classes sociais como interpessoais. A primeira considera a relação hierárquica de desigualdade com a finalidade de dominação, exploração e opressão. No âmbito interpessoal, resulta na tomada do outro como objeto, “coisa” a qual se caracteriza pela passividade e inércia visto que as atividades e a fala são anuladas; apresentando assim um ato de violência. Desta forma, a violência contra a mulher resulta em uma ideologia que define a condição “feminina” como inferior a condição “masculina”, as quais são transformadas em desigualdades hierárquicas. Acredita que desta forma, as mulheres, em relação de dominação subjetiva pelos homens, podem perpetuar essa violência com outras mulheres, transformando-as em “cúmplices” da violência uma vez que são objetos de dominação (SANTOS, 2005).

Contemporânea aos estudos de Chauí, a teoria da socióloga Heleieth Saffioti sobre a perspectiva feminista marxista do patriarcado ganha admiradores no Brasil. Esta, vincula a dominação masculina ao sistema capitalista e racista. O patriarcado é um sistema de dominação e exploração balizados na ideologia machista. Com objetivo de socializar o homem para dominar a mulher, assim a mulher, passa a se submeter ao “*poder do macho*”. Com isso, a violência contra mulher resulta na socialização machista. A autora rejeita a ideia de “cumplicidade”. Acredita que as mulheres se submetem a violência não porque “consintam”, mas por serem forçadas a “ceder”, uma vez que não têm poder suficiente para consentirem (SANTOS, 2005).

Nos anos 90, Maria Filomena Gregori, publicou um estudo nomeado *Cenas e Queixas: Um Estudo sobre Mulheres, Relação Violenta e a Prática Feminista*, a qual discute mais profundamente a questão de “cumplicidade” e estuda a violência conjugal como uma forma de comunicação. Para autora, a violência conjugal, consiste em um jogo relacional mais do que uma relação de poder. Aprofunda-se em entender o contexto em que ocorre a violência e seus significados do que procurar culpados. Esta nova perspectiva, gerou contestações, principalmente entre os

movimentos feministas. Porém, marcou uma nova perspectiva, em retirar a mulher do lugar da “Vítima de Violência” e a coloca como “Mulher em Situação de Violência” e alicerçou alguns centros de referência que atente mulheres em situação de violência no país (SANTOS, 2005).

A sociologia contribui para esta temática. Segundo Adorno (1992) estabelece que a violência é uma forma de relação social que está atrelada as formas as quais os indivíduos produzem e reproduzem suas relações sociais. Para o autor, a violência expressa o modo de vida e o modelo de comportamento em determinado momento histórico, amparado por uma normativa Ética, contemporânea, sendo a negação de valores considerados universais como: liberdade, igualdade e a vida (GUERRA, 1992).

Penna (2019) em seu estudo sobre mulheres em situação de violência faz uma retrospectiva sócio-histórica ao qual analisa minuciosamente o lugar da submissão feminina e do silenciamento legitimada legalmente em códigos jurídicos, em representações religiosas ao longo da humanidade e a construção da sociedade a partir da filosofia. Exemplifica ao citar Gênesis (Gn. 3:1)

Por sua vez, o Senhor diz à mulher ‘Multiplicarei grandemente a tua dor, e a tua conceição; com dor darás à luz filhos; e o teu desejo será para o teu marido, e ele te governará’. (Penna, 2019, p. 31)

Penna (2019) acrescenta ao citar o pensamento de Jan-Jaques Rosseau, que defendia que a mulher deveria ser reduzida a força de seu sexo, que seu “estado da natureza”, deveria ser domesticada para que seus desejos não destruíssem a ordem social e familiar (PENNA, 2019 p. 32).

Considerando a Bíblia como um documento histórico, nele estabelece já no Novo testamento, a condição de Maria, mãe de Jesus, como uma mulher virtuosa. Que no silêncio, aceitava todos os desígnios de Deus sem questionar. Sendo Maria um exemplo a ser seguido.

*“Mas Maria Guardava todas as coisas, conferidas em seu coração”.
(Lc 2:19 Bíblia , 2003 p.)*

Neste sentido a igreja e o lar passam a ser o lugar das mulheres, incumbidas em obedecer aos maridos e os servi-los. Com a evolução da sociedade o trabalho

das mulheres como operárias, em fábricas passa a ser ameaçador, para psicanalista Maria Rita Kehl (2008) o perigo representado pelas mulheres está ligado a sexualidade feminina que deveria ser reprimida desde cedo pela educação. Assim estaria estimulando a sexualidade masculina e ocupando o papel a ela “designado” de esposa e mãe.

A área da saúde passa a olhar para a violência como campo de investigação, cuidado e prevenção mais recentemente. Na segunda metade do século 20 nos anos 70 a sociedade de pediatria passa a diagnosticar a síndrome dos maus tratos, evidenciando a violência contra as crianças. Em relação a violência contra a mulher, ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista, marcado no relatório final da Conferência sobre Violência e Saúde, realizada pela Organização Pan-americana da Saúde (Opas) em 1994 (MINAYO, 2007).

Somente em 2002 a Organização Mundial de Saúde considera a violência um problema de saúde pública a qual deve ser enfrentado. Ressalta que tal fenômeno pode ser prevenido e convoca diversos setores, considerando a responsabilidade dos profissionais de saúde, cientistas e diversas áreas sociais. Recomendou que os países fizessem um diagnóstico da situação de violência e estabelecesse um plano de ação para o seu enfrentamento (MINAYO, 2007).

No Brasil nos anos de 2001 à 2006 o Ministério da Saúde apresentou diversas portarias e programas de cuidado em saúde o qual coloca em pauta a questão da violência (MINAYO, 2007). Especificamente em 2006, foi lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) que destaca a construção de um modelo de atenção que prioriza a qualidade de vida, e inclui ações para a prevenção de violências e estímulo à cultura de paz (LC, 2015).

Contudo, este ano apresenta mudanças significativas, não só na saúde como a organização da sociedade civil, visto que é marcado pela publicação da lei 11340/06, conhecida como Lei Maria da Penha, que reconhece e criminaliza a violência contra mulher no âmbito da violência doméstica, repudia Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e estabelece a necessidade de Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher.

A violência contra a mulher é reconhecida como uma violação dos direitos humanos e definida como qualquer ato de violência de gênero que acarrete prejuízo físico, sexual psicológico, ou a ameaça, a coerção, a privação da liberdade em âmbito público ou privado. A violência doméstica contra a mulher reconhece esta definição e acrescenta que consiste em todo ato de violência contra a mulher cometido por parceiro (a) ou ex-parceiro (a), pai e filho (LAWRENZ et. al, 2018).

Para este estudo, torna-se fundamental dialogar a respeito de gênero a partir da desconstrução do pensamento binário sobre as relações de gênero, homem/mulher. A categoria gênero concebe-se a partir de inúmeras regras e determinantes sociais entre homens e mulheres, que se modificam ao longo dos tempos. (Butler, 2003)

Para Scott (1990) há quatro elementos que compõe a categoria gênero: a identidade subjetiva, que deve ser um referencial histórico e não unicamente psicológico; a percepção política e as instituições sociais, a noção que gênero se baseia no sexo, mas não é determinado por ele; e por último que consiste em uma forma de representação de poder. Neste sentido, optamos por olhar para o gênero mulher como uma categoria que contém diferentes mulheres.

Pesquisas evidenciam que a sociedade legitima a violência contra a mulher de forma cotidiana. Tal situação se dá quando se naturaliza a dupla jornada das mulheres, o controle sexual ou comportamental, material ou financeiro por seus companheiros, além da aceitação do homem com a infidelidade, autoritarismo e agressividade nos relacionamentos (OLIVEIRA, 2018).

No campo do feminismo o conceito Mulher e Homem se dão por uma construção social desigual, mesmo as mulheres socialmente “normais” (hetero normativas), estão sujeitas a uma regulação social. Destinou-se a mulher o lugar do cuidado e da maternidade. Neste sentido pesquisas no campo da saúde e da assistência tem se convergindo ao identificar a legitimação destes determinantes sociais na construção de políticas públicas. Os programas de transferência de renda, que tem por objetivo superar a pobreza intergeracional, estão atrelados a matrícula escolar e a saúde. Responsabilizam as famílias, sobretudo, as mulheres (mães e pobres) na articulação desta política. Na saúde contamos com a Rede Cegonha, que

pretende dar assistência a gestação, parto e a maternidade. Se por um lado garante o acesso a saúde além de reconhecimento de cidadania, por outro reforça o lugar de destino anatômico da mulher, mãe e procriadora nata, colocando o pai, Homem como coadjuvante e ou espectador no processo (OLIVEIRA, 2018).

A forma como as trabalhadoras de saúde construíram suas representações sociais a respeito da Violência e de Gênero podem influenciar no cuidado prestado às mulheres. Romper com essas atribuições podem causar dificuldade de aproximação e não reconhecimento da escolha das usuárias do serviço de saúde, inclusive por profissionais mulheres da área de saúde. Considerando que a maior parte das equipes de saúde da atenção básica são formadas por profissionais do sexo feminino (GOMES, 2015).

2.2. Aprendendo com a Literatura

Iniciou-se pela busca de artigos publicados na plataforma *Scielo*, no período de 2014 à 2019. A escolha por este período decorre da consideração do início do contrato de gestão ao qual vincula-se o contexto investigado.

Em um primeiro momento foram utilizados os seguintes descritores: “Violência Doméstica” AND “Atenção Básica” e como resultado foram encontrados cinco artigos, conforme quadro abaixo:

Identificador	Nome do Artigo	Ano de	Periódico
---------------	----------------	--------	-----------

		Publicação	
01	A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde	Setembro, 2019	Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, v. 27, n. 3
02	Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira	Janeiro, 2018	Ciências e Saúde Coletiva, v. 23, n.1
03	Contextualizando a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes: a implicação dos territórios de cuidado	Agosto, 2016	Revista Latino-Americana de Enfermagem
04	Percepção dos Profissionais de saúde frente às intervenções primárias: Prevenindo violência intrafamiliar	Junho, 2015	Texto e Contexto-enfermagem, v.24, n. 2
05	Como os profissionais da Atenção Básica enfrentam a violência na gravidez	Janeiro, 2014	Revista Latino-Americana de Enfermagem v. 22, n. 3

Considerando os objetivos assumidos nesse estudo, excluiu-se 2 artigos, os artigos 03 e 05, sendo um relacionado a violência na gravidez e outro que tratavam da violência doméstica com crianças e adolescentes.

Na segunda busca utilizou-se os descritores “Trabalhadoras de Saúde” AND “Violência Doméstica”:

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	Qualidade de vida de mães de crianças trabalhadoras de rua da cidade de São Paulo, Brasil	Janeiro, 2015	Caderno de Saúde Pública, v. 31, n. 4

Esse artigo foi excluído pois tratava da qualidade de vida de mães de crianças trabalhadoras de rua.

Na terceira busca foram utilizados os descritores “Profissionais de Saúde” AND “Violência Doméstica”, foram encontrados 14 artigos conforme quadro abaixo.

Nesta pesquisa foram descartados cinco artigos: o artigo 3 que estuda a violência doméstica dentro do curso de graduação; o artigo 10 que trata do impacto no uso de tabaco entre crianças e adolescentes; os artigos 01, 05 e 13 que abordam a violência contra mulher.

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	Violência doméstica contra a criança: elaboração e validação de instrumento para avaliação do conhecimento dos profissionais de saúde	Setembro, 2016	Revista Latino Americana de Enfermagem v. 24
02	Percepção dos Profissionais de saúde frente às intervenções primárias: Prevenindo violência intrafamiliar	Junho, 2015	Texto e Contexto-enfermagem v. 24 n.2
03	Representação da violência doméstica contra a mulher: comparação entre discentes de enfermagem	Julho, 2018	Revista Gaúcha de Enfermagem v. 39
04	Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul	Maio, 2019	Psicologia Teoria e Pesquisa, v. 34
05	Visibilidade das notificações de violência contra crianças e adolescentes registradas em um município do sul do Brasil	Maio, 2019	Investigación y Educación en Enfermería, v. 37, n.º2
06	Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados	Dezembro, 2018	Saúde e Debate, Vol. 42 N°4
07	Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo	Agosto, 2018	Revista Latino-Americana de enfermagem, v. 26
08	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural	Julho, 2018	Revista Gaúcha de enfermagem, v. 39
09	Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde	Junho, 2018	Saúde e Sociedade, v. 27, n. 32
10	Fatores associados ao consumo do cigarro entre adolescentes de escola pública	Maio, 2018	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 52
11	Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil	Abril, 2018	Revista Cuidarte, v. 9, n. 1
12	Violência doméstica e segredo médico: o papel do médico de família	Abril, 2018	Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar, v. 34, n. 2
13	Práticas profissionais que silenciam a violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes	Março, 2018	Texto e Contexto de Enfermagem, v. 27, n.º1
14	Conflitos éticos e limitações do	Janeiro,	Revista Bioética, v.

	atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero	2018	26, n.º1
--	-----------------------------------------------------------	------	----------

Uma quarta busca foi realizada no cruzamento de três descritores: “Trabalhadoras da Saúde” AND “Violência Doméstica” AND “Atenção Básica”; com esses descritores não foram capturados artigos.

Em uma quinta busca, utilizando somente dois descritores “trabalhadoras da Saúde” AND “Atenção Básica” foi encontrado um artigo, o qual foi descartado pois não abordava o tema do estudo em tela.

Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
Auto avaliação negativa da saúde em trabalhadoras de enfermagem a atenção básica	Dezembro, 2018	Trabalho Educação e Saúde, v. 16, n. 3

Desta forma, no período de 2014 a 2019, com as cinco buscas realizadas, compôs-se um primeiro grupo de 11 artigos para leitura na íntegra e construção do Referencial Teórico:

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde	Setembro, 2019	Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, v. 27, n°3
02	Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira	Janeiro, 2018	Ciências e Saúde Coletiva, v. 23, n.º1
03	Percepção dos Profissionais de saúde frente às intervenções primárias: Prevenindo violência intrafamiliar	Junho, 2015	Texto e Contexto-enfermagem v. 24, n. 2
04	Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul	Maior, 2019	Psicologia Teoria e Pesquisa, v. 34
05	Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados	Dezembro, 2018	Saúde e Debate, v. 42, n°4
06	Rota crítica de mulheres em	Agosto,	Revista Latino-Americana

	situação de violência por parceiro íntimo	2018	de enfermagem, v. 26
07	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural	Julho, 2018	Revista Gaúcha de enfermagem, v. 39
08	Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde	Junho, 2018	Saúde e Sociedade, v. 27, n. 32
09	Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil	Abril, 2018	Revista Cuidarte, v. 9, n.1
10	Violência doméstica e segredo médico: o papel do médico de família	Abril, 2018	Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar. v. 34, n. 2
11	Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero	Janeiro, 2018	Revista Bioética, v. 26, n.1

Empreendeu-se uma ampliação do período de levantamento da literatura a partir de 2004, ano da implantação da Política Nacional de Educação Permanente, utilizando os descritores “Profissionais de saúde” AND “atenção básica” AND “violência de gênero”. Foram encontrados 15 artigos, sendo 7 duplicados e oito capturados pela primeira vez:

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	Violência doméstica contra mulheres e a atuação do profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Junho, 2013	Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 6
02	Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre	Setembro, 2012	Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 3
03	Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero	Abril, 2013	Revista de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2
04	Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde	Janeiro, 2018	Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 2
05	Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento	Setembro, 2014	Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 3
06	O objeto, a finalidade e os	Abril,	Revista Saúde e Sociedade,

	instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	2012	v. 21, n. 4
07	Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários	Novembro, 2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 1
08	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica	Agosto, 2017	Texto e Contexto – Enfermagem, v. 26, n. 3

Considerando o fenômeno da Pandemia de COVID -19 em âmbito mundial, intervindo fortemente nas ações de cuidado da Atenção Básica à saúde, avaliou-se a necessidade de refazer a busca a considerar produções nos anos de 2020 e 2021. Assim, utilizando os mesmos descritores “Profissionais de saúde” AND “atenção básica” AND “violência de gênero”. Capturou-se dois artigos e exclui-se o artigo 01.

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	Rede Intersetorial para o enfrentamento de crianças e adolescentes em contexto de ruralidade	Maio, 2020	Revista Gaúcha de Enfermagem
02	Violência de Gênero entre usuárias de Serviço de Atenção Básica do SUS da Paraíba	Maio, 2021	Espaço temático Violência, Saúde e Classes Sociais

Para leitura na íntegra e análise de seus resultados e conclusões foram selecionados 20 artigos, compondo o referencial teórico desta pesquisa, os quais são apresentados abaixo:

Identificador	Nome do Artigo	Ano de Publicação	Periódico
01	A atenção às mulheres vítimas de violência doméstica e familiar: a construção de tecnologias de cuidado da terapia ocupacional na atenção básica em saúde	Setembro, 2019	Caderno Brasileiro de Terapia Ocupacional, v. 27, n. 3
02	Violência doméstica contra mulheres, políticas públicas e agentes comunitários de saúde na Atenção Primária Brasileira	Janeiro, 2018	Ciências e Saúde Coletiva, v. 23, n. 1
03	Percepção dos Profissionais de saúde frente às intervenções primárias: Prevenindo violência intrafamiliar	Junho, 2015	Texto e Contexto-enfermagem v. 24, , n. 2
04	Conflitos éticos e limitações do atendimento médico à mulher vítima de violência de gênero	Janeiro, 2018	Revista Bioética, v. 26, n. 1
05	Violência doméstica e segredo médico: o papel do médico de família	Abril, 2018	Revista Portuguesa de Medicina geral e familiar, v. 34, n. 2
06	Violência contra Mulher: Notificações dos Profissionais da Saúde no Rio Grande do Sul	Maio, 2019	Psicologia Teoria e Pesquisa, v. 34
07	Impacto na autoestima de mulheres em situação de violência doméstica atendidas em Campina Grande, Brasil	Abril, 2018	Revista Cuidarte, v. 9, n. 1
08	Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados	Dezembro, 2018	Saúde e Debate, v. 42, n. 4
09	Rota crítica de mulheres em situação de violência por parceiro íntimo	Agosto, 2018	Revista Latino-Americana de enfermagem, v. 26
10	Representações sociais de enfermeiras acerca da violência doméstica contra a mulher: estudo com abordagem estrutural	Julho, 2018	Revista Gaúcha de enfermagem, v. 39
11	Violência doméstica contra mulheres rurais: práticas de cuidado desenvolvidas por agentes comunitários de saúde	Junho, 2018	Saúde e Sociedade, v. 27, n. 32
12	Violência doméstica contra mulheres e a atuação do profissional na atenção primária à saúde: um estudo etnográfico em Matinhos, Paraná, Brasil	Junho, 2013	Cadernos de Saúde Pública, v. 39, n. 6
13	Repercussões da Lei Maria da Penha no enfrentamento da violência doméstica em Porto Alegre	Setembro, 2012	Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, n. 3
14	Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero	Abril, 2013	Revista de Enfermagem da USP, v. 47, n. 2

15	Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde	Janeiro, 2018	Revista de Saúde Coletiva, v. 28, n. 2
16	Violência doméstica e sexual no âmbito da Estratégia de Saúde da Família: atuação profissional e barreiras para o enfrentamento	Setembro, 2014	Revista de Saúde Coletiva, v. 24, n. 3
17	O objeto, a finalidade e os instrumentos do processo de trabalho em saúde na atenção à violência de gênero em um serviço de atenção básica	Abril, 2012	Revista Saúde e Sociedade, v. 21, n. 4
18	Representação social da violência doméstica contra a mulher entre Técnicos de Enfermagem e Agentes Comunitários	Novembro, 2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 49, n. 1
19	Aspectos éticos e legais no cuidado de enfermagem às vítimas de violência doméstica	Agosto, 2017	Texto e Contexto – Enfermagem, v. 26, n. 3
20	Violência de Gênero entre usuárias de Serviço de Atenção Básica do SUS da Paraíba	Mai, 2021	Espaço temático Violência, Saúde e Classes Sociais

Na análise dos 20 artigos foram encontrados um artigo de revisão narrativa, um artigo com estudo quantitativo, dois artigos com abordagem quantitativo e qualitativo e dezesseis estudos de abordagem qualitativa. Os anos de publicação variam de 2012 a 2020 com a maior concentração de publicações em 2018 e 2019. No ano de 2020, identificou-se somente uma publicação.

As pesquisas foram realizadas na área da Psicologia, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva, Enfermagem, Serviço Social e Medicina, com maior concentração na área da Enfermagem. Nove artigos da Região Sul, seis da Região Nordeste, quatro da Região Norte e um internacional.

Grande parte dos estudos apontam a Atenção Básica (AB) com programa de ESF como tecnologia potente para prevenção, identificação e intervenção no âmbito da violência doméstica contra a mulher. Os artigos consideram a capilarização do cuidado territorial através de visitas domiciliares e do Agente Comunitário de Saúde (ACS) como o ator central neste processo para o enfrentamento do fenômeno (OLIVEIRA e FERIGATO, 2019, SIGNORELLI Mc et al., 2018, OLIVEIRA et al., 2015).

No entanto, os ACS podem identificar as situações de violência, mas dependem dos demais profissionais para desenvolverem estratégias de cuidado. Ainda é comum o encaminhamento interno para profissionais da Assistência Social e externo, para serviço de especialidade, pois os profissionais não sentem-se corresponsáveis por esta demanda, apesar da OMS considerar a Violência como serviço estratégico para cuidado e enfrentamento (SOUZA, CINTRA, 2018, SIGNORELLI Mc et al., 2018).

A literatura analisada considera a importância do Acolhimento empático como estratégia fundamental no processo de cuidado às vítimas, além do olhar atento e sensível à toda a mulher que procura a unidade básica de saúde. Os estudos apontam que a maioria das mulheres vítimas de violência doméstica procuram os serviços de saúde com sintomas físicos e oculta dos profissionais a ocorrência da violência. Souza e Cintra (2018) afirma que a mulher não relata a agressão e os profissionais não a questionam, o que contribui para a invisibilidade da questão. Uma pesquisa quantitativa, realizada em Minas Gerais com 53 Unidades Básicas de Saúde (UBS) corrobora com os dados levantados pelos mencionados autores. No referido estudo, foram entrevistadas 470 mulheres de forma aleatória, sendo escolhidas por procurar atendimento nas UBS de maneira espontânea por diferentes queixas. Foram realizadas entrevistas se 34,5% das entrevistadas relataram que sofreram violência provocada por parceiro íntimo, sendo 42,8% violência psicológica, 26% física e 12% sexual. A queixa de dor de cabeça está associada às três categorias do estudo, com total de 68% da queixa das entrevistadas. Nenhuma das entrevistadas havia procurado o serviço para relatar a situação de violência vivida (ROSA, ALVES et al., 2018).

Como barreira para o acolhimento, cuidado e enfrentamento da violência no âmbito da Atenção Básica, Almeida et al. (2014) e Lawrenz et al. (2019) a insegurança e o medo dos profissionais de saúde em lidar com as mulheres em situação de violência, seja por avaliarem baixa competência técnico para o manejo, seja por medo de retaliação do agressor. Outro ponto levantado como dificultador foi a grande demanda das unidades de saúde, onde a situação de violência pode ficar invisibilizada (ARBOIT, JAQUELINE et al., 2018).

Como ferramenta de investimento no cuidado às mulheres em situação de violência, a análise dos artigos aponta para formação profissional e a Educação Permanente. Os profissionais referiram uma formação com muitas lacunas para lidar com esta questão, além de cunho biologicista. Oliveira e Ferigato (2019) e Oliveira et al. (2015) afirmam que é necessária uma qualificação profissional, reflexiva, de caráter ético-político, incentivando o profissional de saúde a ser um agente de transformador da sociedade. Signorelli et al. (2018) apontam que para enfrentar e romper com o ciclo da violência há necessidade de construção de redes colaborativas de cuidado em caráter intersetorial.

3. OBJETIVOS

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

Compreender como as concepções de violência e gênero se expressam nas práticas de cuidado prestadas por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica à saúde da região rural do município de São Paulo.

3.2. Objetivos Específicos

- Mapear os fatores que levam a não identificação de situações de violência contra mulheres.
- Caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência.

4. METODOLOGIA

4. METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, por ter base o estudo das relações, percepções, crenças e opiniões de diferentes indivíduos em contextos variados, propiciando uma apreensão das relações entre os indivíduos e a sociedade, trazendo a correlação entre o sujeito histórico e a determinação social do fenômeno.

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2010, p. 57).

A pesquisa qualitativa busca entender a sociedade por meio de narrativas, fenômenos, percepção, intuição, subjetividade sobre determinada situação, resultando na investigação das relações humanas, norteando a abordagem qualitativa (FIGUEIREDO et al., 2009).

4.1. Contexto da Pesquisa

A Secretaria Municipal de Saúde é dividida por Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, sendo estas: centro, oeste, leste, norte, sul e sudeste. Cada CRS compreende seus distritos administrativos, denominados de Supervisão Técnica de Saúde. Desta forma, esta pesquisa será realizada na CRS- Sul do município de São Paulo, na região da Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros, no município de São Paulo (STS – PA) a qual compreende dois distritos administrativos, Parelheiros e Marsilac.

Parelheiros e Marsilac estão localizados no extremo sul da cidade de São Paulo e possui uma área de 360,6km², 25% de todo o território do município. A região possui apenas 2,5% de área urbana. Localizada há aproximadamente 50km do centro da cidade e a 10km do mar, faz divisa com os municípios de Embu-Guaçu, Itanhaém e São Vicente. Segundo o censo de 2010 do IBGE (Instituto Brasileiro de Estatísticas) a população é de 139.441 habitantes. A região é considerada de

Proteção Ambiental, entretanto, apresenta urbanização intensa e desordenada, com parte da população residindo de forma precária e irregular, com baixa renda e aumentando de forma inadequada (RALO, 2013).

A Rede de Assistência à Saúde (RAS) do território conta com dezoito Unidades Básicas de Saúde, sendo 100% de cobertura pelo Programa de Estratégia de Saúde da Família (PSF), um Centro de Reabilitação II (CER), um serviço de Atendimento Médico Ambulatorial 24 horas (AMA), um Centro de Atenção Psicossocial III Adulto (CAPS III adulto), um Centro de Atenção Psicossocial Infantojuvenil II (CAPSij), dois Serviços de Residência Terapêutica (SRT), um Pronto Atendimento com 20 leitos de observação 24 horas e um hospital geral, o qual só foi inaugurado o Pronto Socorro, um Ambulatório de Especialidade (ginecologia, pediatria e psiquiatria) e uma base do SAMU (O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência).

4.2. Participantes da pesquisa

A escolha pelos participantes desta pesquisa decorreu da análise de dados disponíveis na STS-PA, referente às Unidades de Saúde que mais registraram fichas de notificação do Sistema Nacional de Agravos de Notificação – SINAN. A pesquisadora proponente tem acesso aos dados por unidade notificante de Parelheiros uma vez que eles são discutidos em reuniões de gestão.

A ficha do SIAN não apresenta o dado *Violência Doméstica*, e para tal, tornou-se necessário o cruzamento dos seguintes dados: violência, física, sexual e psicológica, cometida por parceiro ou ex-parceiro, pai e filho contra mulheres.

Todos os casos notificados de violência contra mulher no período de 2016 à 2018, nas unidades de saúde, totalizaram 1573. Ao ser feito o cruzamento dos dados considerando violência física, sexual e psicológica contra mulher para o mesmo período tem-se 27 casos. E, se assumido o critério da violência praticada pelo cônjuge, ex-cônjuge, namorado e ex-namorado este número abrangeu 15 casos.

Com isso, a pesquisadora utilizou o critério de maior frequência nas reuniões de rede dos NPV realizadas na STS-PA, no ano de 2018 e 2019. Foi realizada uma análise das listas de presença e foram selecionadas quatro Unidades Básicas de Saúde.

Desta forma, do universo total de 16 trabalhadoras, foram entrevistadas 9 trabalhadoras da saúde que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência das Unidades selecionadas, com formação distintas.

As trabalhadoras foram convidadas via e-mail institucional (divulgado na página das servidoras nas Unidades Básicas de Saúde), de modo individual e sigiloso (envio e resposta), anexando aprovação do Comitê de Ética.

4.3. Produção de Dados: a composição do campo empírico

Considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado às outras mulheres, definiu-se pela utilização de análise documental e entrevistas narrativas.

4.3.1. Análise Documental

A análise documental compreende uma "técnica valiosa de abordagem de dados qualitativos, seja completando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema" (LÜDKE e ANDRÉ, 1986, p. 38).

Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009, p. 6) esclarecem que:

Recuperar a palavra "documento" é uma maneira de analisar o conceito e então pensarmos numa definição: "documento: 1. declaração escrita, oficialmente reconhecida, que serve de prova de

um acontecimento, fato ou estado; 2. qualquer objeto que comprove, elucide, prove ou registre um fato, acontecimento; 3. arquivo de dados gerado por processadores de texto”

Na presente pesquisa os documentos privilegiados foram os marcos regulatórios e documentos com dados estaduais e municipais: Mapa de Violência, 2015 (Waiselfisz), Lei nº 11.340/06 (conhecida como a lei Maria da Penha), Documento Linha de cuidado para Atenção Integral à Pessoa em situação de Violência (documento norteador do Município de São Paulo), Documento referente aos Núcleos de Prevenção de Violência (NPV, 2012), Portaria 1.300 de julho de 2015/SMS-G.

4.3.2. Entrevista Narrativa

Silva et al. (2007) consideram a análise das narrativas como uma forma capaz de incluir a dimensão subjetiva inerente ao encontro entre pesquisadores e participantes da pesquisa. O acesso à dimensão subjetiva se dá por meio da escuta das memórias narradas sobre as histórias de vida dos participantes da pesquisa, ressaltando a importância do vínculo entre eles.

Esta abordagem pode fornecer subsídios para a leitura e construção do conhecimento produzido em uma perspectiva crítica e emancipatória das trabalhadoras de saúde, no sentido de ativar a memória através da história oral na produção do conhecimento (MEIHY, 2007).

A entrevista narrativa é um procedimento de construção de dados que busca compreender as experiências do indivíduo, inseridas em uma realidade social determinada. Assim, privilegia a introspecção do entrevistado que, pela linguagem, atribui significado às suas experiências, por meio de narrativas construídas segundo seus próprios critérios de utilização e relevância (RAVAGNOLI, 2018, p. 9).

Considerando que as trabalhadoras de saúde, pela natureza de suas atividades, continuaram a atuar nas regiões e junto às pessoas durante a pandemia da Covid 19, utilizando os EPIs e as medidas de proteção, as entrevistas narrativas foram produzidas nos locais de atuação das participantes em horários por elas disponibilizados.

Foram considerados seis núcleos direcionadores sendo estes: a identificação dos casos de violência, experiência significativa, concepção de violência, espaços de cuidado ofertado, sentimentos e Educação Permanente.

4.3.2.1. Entrevistas Narrativas: narrando os percursos

A pesquisadora entrou em contato com a gerente das unidades agendando melhor horário para encontrar com as participantes da pesquisa. Ante de iniciar foi entregue o termo de consentimento e explicado individualmente sobre o que se tratava a pesquisa. Não houve resistência por parte de nenhuma participante.

A primeira Unidade de Saúde a ser visitada para o desenvolvimento da pesquisa tem um espaço físico bastante pequeno, não havendo uma sala disponível para a realização das entrevistas. Assim, foi improvisado um espaço externo, atendendo aos critérios de sigilo, conforto e segurança das trabalhadoras.

A pesquisadora antes de iniciar as entrevistas individuais, fez uma reunião breve com as participantes para contextualizar. Assim que terminou de falar observou que as mesmas ficaram preocupadas de ser um espaço avaliativo. Com isso, a pesquisadora esclareceu que se tratava de um espaço de troca, no qual o interesse era pela prática cotidiana do trabalho. Uma das trabalhadoras disse que atualmente quando tem espaço de fala e de escuta acabam chorando devido a atual conjuntura, o cansaço e o medo que vivenciaram durante o início da pandemia. Contaram, também, que por diversas vezes uma acolheu a outra. Alguém do grupo fala a palavra Sonoridade, favorecendo a uma descontração do ambiente.

Depois relataram, de forma descontraída, os diversos atestados, referindo-se a infecção pela Omicron. Foram quatro as trabalhadoras entrevistadas nesta Unidade de Saúde. As quatro Marias!

Na segunda unidade, as entrevistadas estavam à espera da pesquisadora, pois a gerente chegaria uma hora após o horário estipulado. Foi muito bem recebida e as participantes já estavam aguardando, onde prepararam uma sala para que ocorressem as entrevistas de forma privada. Uma das integrantes do NPV estava passando por cuidados médicos, no momento que iria iniciar as entrevistas. Foi afastada por questões de saúde mental não sendo possível participar.

A coleta de dados das demais unidades deu-se da mesma forma. Observou-se mudanças recentes dos profissionais integrantes do NPV com um à dois meses de ingresso na unidade, que dificultou a coleta de dados, uma vez que as participantes ainda não haviam desenvolvido de forma efetiva o trabalho junto ao NPV.

Considerando o princípio da saturação na coleta de dados, onde nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado, foram utilizadas para este estudo nove entrevistas narrativas. (Fontanella, 2012).

4.4. Processo de Análise dos Dados

Os processos analíticos deram-se pela opção das trilhas analíticas: da Análise de Conteúdo do tipo Temática, que é constituída, segundo Minayo (2013), “técnicas e pesquisa que permitem tornar replicáveis e válidas inferências sobre dados de um determinado contexto, por meio de procedimentos especializados e científicos” (p. 303). Os dados obtidos foram transcritos compondo o *corpus*. Foi realizada leitura flutuante, identificando impressões, representações, emoções, conhecimentos, expectativas etc., organizando-os por temas. A partir das unidades de análise de contexto e de registro, definir-se-ão as Categorias de análise. As Categorias de análise emergem a partir da análise das unidades de contexto e de registro frente à reflexão e comparação com a teoria e os objetivos da pesquisa (FRANCO, 2012).

Considerando a produção das entrevistas narrativas, escolheu-se proceder aos processos de transcrição e transcrição: Evangelista (2013) afirma que a "transcrição literal, trabalho comum à maior parte de projetos com tais características é, também nos casos que adotam a transcrição, indispensável". E compreende que

A transcrição, contudo, se apropria de recursos literários para compor um texto de natureza diferente de seu referente, que é a entrevista pautada no discurso oral. Ao compor um texto escrito resultante da interação entre dois ou mais interlocutores, escrito em primeira pessoa, o pesquisador assume a produção de um texto

evidentemente diferente do oral, uma vez que os códigos utilizados são distintos.

Após a transcrição e transcrição das entrevistas narrativas, os textos foram apresentados às trabalhadoras para avaliação e validação.

4.5. Procedimentos Éticos

Este projeto guia-se eticamente de acordo com a resolução CNS 466 de 12/12/2012, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e com a resolução CNS 510, de 07/04/2016, que regulamenta pesquisas em Ciências Humanas e Sociais. O projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP (aprovado Parecer N 505935, anexo 02) e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de São Paulo (aprovado Parecer N 5201882 anexo 03) Aos participantes da pesquisa foi solicitada autorização de gravação em áudio e o consentimento de sua participação expresso por meio assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

5.1. Análise Documental

5.1.1. Lei 11340/2002, Lei Maria da Penha

5.1.1.1. Um itinerário de lutas

Em sete de agosto de dois mil e seis, foi sancionada pelo Presidente Luiz Inácio Lula da Silva a Lei 11340, conhecida como Lei Maria da Penha, a qual cria mecanismos para prevenir e coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher em conformidade com a Constituição Federal (art. 226, § 8º) e os tratados internacionais ratificados pelo Estado brasileiro (Convenção de Belém do Pará, Pacto de San José da Costa Rica, Declaração Americana dos Direitos e Deveres do Homem e Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher). Entrou em vigor em 22 de setembro de 2006 (BRASIL, 2006).

Maria da Penha Fernandes, farmacêutica com mestrado em Parasitologia em Análises Clínicas na Faculdade de Ciências Farmacêuticas da Universidade de São Paulo em 1977, foi vítima de dupla tentativa de feminicídio por seu companheiro, Marco Antônio Heredia Viveiros, em 1983. Primeiro foram três tiros em suas costas enquanto dormia, a deixando paraplégica. O marido declarou à polícia que tudo não havia passado de uma tentativa de assalto, versão que foi posteriormente desmentida pela perícia (PENNA, 2019).

Quatro meses depois, quando Maria da Penha voltou para casa, da internação e tratamentos, ele a manteve em cárcere privado durante 15 dias e tentou eletrocutá-la durante o banho. O ex-marido utilizou diversas manobras para acobertar suas ações, insistiu para que a investigação sobre o suposto assalto não fosse levada adiante, fez com que ela assinasse uma procuração que o autorizava a agir em seu nome, inventou uma história trágica sobre a perda do automóvel do casal, tinha várias cópias de documentos autenticados de Maria da Penha e ainda foi descoberta a existência de uma amante (PENHA, 2012).

Diante da situação, com ajuda de familiares e amigos, Maria da Penha, conseguiram apoio jurídico para que pudesse sair de casa e não configurasse abandono de lar, para não correr o risco de perder a guarda de suas filhas (PENHA, 2012).

Juristas consideram que a terceira forma de violência contra Maria da Penha foi perpetrada pelo poder Judiciário, onde manteve por muitos anos seu agressor impune. O primeiro julgamento de Marco Antônio, aconteceu oito anos após o crime, em 1991, sendo condenado a 15 anos de prisão; mas devido aos recursos solicitados pela defesa e lacunas no código penal brasileiro, saiu do fórum em liberdade (CALAZANS e CORTES, 2011).

Em 1996 foi realizado o segundo julgamento onde o agressor foi condenado a 10 anos e 6 meses de prisão. Entretanto, sob a alegação de irregularidades processuais por parte dos advogados de defesa, mais uma vez a sentença não foi cumprida (CALAZANS e CORTES, 2011)

O caso ganha apoio internacional em 1998, pois entidades denunciam o caso para a Comissão Internacional dos Estados Americanos (CIDH/OEA). Mesmo diante de litígio internacional, onde o caso trazia grave violação de direitos humanos, o Estado Brasileiro permaneceu omissos, não se pronunciando em nenhum momento durante o processo. Com isso em 2001 o Estado foi responsabilizado por negligência, omissão e tolerância em relação a violência doméstica praticada contra as mulheres brasileiras.

Diante do desfecho deste caso, que retratava inúmeras outras situações no Brasil, era necessário tratar a situação como violência contra mulher em razão do seu gênero. Uma vez que o fato de ser mulher reforça o padrão recorrente deste tipo de violência, mas também acentua a impunidade dos agressores. Com isso, em 2002 foi formado um consórcio de ONGs feministas para a elaboração de uma lei de combate a violência doméstica e familiar (PENHA, 2012).

Assim, após inúmeros debates entre a sociedade civil, o poder executivo e o legislativo, o projeto de Lei n. 4.559/2004 da Câmara dos Deputados chegou ao Senado Federal (Projeto de Lei de Câmara n. 37/2006) e foi aprovado por unanimidade em ambas as Casas.

5.1.1.2. Conhecendo o texto da Lei

A Lei 11340 é composta por quarenta e seis artigos, distribuídos em sete títulos. No Título I, é dividido em quatro artigos, que determina a quem a lei é direcionada. Ressalta a responsabilidade da família, da sociedade e do poder público, para que todas as mulheres possam ter o exercício pleno dos seus direitos. A violência doméstica e familiar contra a mulher passa a ser crime. Assumindo que a violência de gênero contra a mulher é uma responsabilidade do Estado brasileiro, e não apenas uma questão familiar (BRASIL, 2006).

O Título II é composto por dois capítulos e três artigos. Este título, configura os espaços em que as agressões são qualificadas como violência doméstica e traz as classificações de todas as suas formas de violência, definindo e classificando as mesmas, como: violência física, psicológica, sexual, patrimonial e moral (BRASIL, 2006).

O Título III, está organizado em três capítulos e sete artigos, apresentando a questão da assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar, destacando as medidas integradas de prevenção, atendimento pela autoridade policial e assistência social às vítimas (BRASIL, 2006).

O Título IV, possui quatro capítulos e dezessete artigos, que tratam dos procedimentos processuais, assistência judiciária, atuação do Ministério Público e às medidas protetivas de urgência. Considerada por alguns juristas como uma das disposições mais inovadoras desta lei (CALAZANS e CORTEZ, 2011).

No Título V está dividido em quatro artigos, que estabelece a criação de Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher, podendo estes contar com uma equipe de atendimento multidisciplinar composta de profissionais especializados nas áreas psicossocial, jurídica e da saúde, incluindo a repasse de orçamento ao Judiciário, para a criação e manutenção dessa equipe.

O Título VI é apresentado em um único artigo e parágrafo único, ao qual prevê uma regra de transição. Ou seja, as varas criminais têm legitimidade para conhecer e julgar as causas referentes à violência de gênero enquanto os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher não estiverem estruturados.

Por fim, o Título VII, correspondem a trezes artigos que determinam que a instituição dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher pode ser integrada a outros equipamentos em âmbito nacional, estadual e municipal, tais como casas-abrigo, delegacias, núcleos de defensoria pública, serviços de saúde, centros de educação e reabilitação para os agressores etc. Dispõem ainda sobre a inclusão de estatísticas sobre a violência doméstica e familiar contra a mulher nas bases de dados dos órgãos oficiais do Sistema de Justiça e Segurança, além de contemplarem uma previsão orçamentária para o cumprimento das medidas estabelecidas na lei.

A Organização das Nações Unidas considera esta lei como uma das três melhores legislações do mundo no enfrentamento à violência contra as mulheres, pois determina as medidas protetivas de urgência para as vítimas e prevê a criação de equipamentos indispensáveis à sua efetividade.

Segundo dados de 2015 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), a Lei Maria da Penha contribuiu para uma diminuição de cerca de 10% na taxa de homicídios contra mulheres praticados dentro das residências das vítimas. Entretanto, o Brasil ainda ocupa o quinto lugar do mundo em feminicídio (FLASCO, 2015).

Diante destes alarmantes dados e forte pressão da sociedade civil foi sancionada em março de 2015 a Lei 13104, conhecida como Lei do Feminicídio. Esta altera o código penal de 1940 e considera o feminicídio¹ como crime hediondo (BRASIL, 2015).

Segundo o Instituto Brasileiro de Direito da Família – IBDFEM, o tema passou a ter maior visibilidade e assegurou o acesso às estatísticas de morte de mulheres em decorrência de gênero; impõe maior rigidez no tratamento contra o autor desse tipo de delito, pois a legislação estabelece pena de reclusão de 12 a 30 anos. A Lei também trouxe maior visibilidade à violência doméstica, o que acarretou na reivindicação por políticas públicas mais consistentes, não somente por parte da sociedade civil, mas também do Ministério Público e Poder Judiciário (IBDFEM, 2022).

¹ Feminicídio consiste em assassinato que envolve violência doméstica, menosprezo ou discriminação na condição de mulher.

5.1.2. Mapa da Violência: Homicídios de Mulheres no Brasil

O Mapa da Violência consiste em uma série de estudos publicados desde 1998, sob a responsabilidade do sociólogo Julio Jacobo Waiselfisz, que contou inicialmente com apoio da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), o Instituto Ayrton Senna e da Faculdade Latino-Americana de Ciências Sociais (FLACSO), o governo brasileiro, entre outras entidades.

A versão de 2015, elaborada pela Flasco, trata-se de uma grande análise documental dos homicídios de mulheres no Brasil, tendo como fonte a análise e cruzamento de dados do Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) e da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) (FLACSO, 2015).

Para as comparações internacionais, foram utilizadas as bases de dados de mortalidade da Organização Mundial de Saúde (OMS), como metodologia também utilizam o SIM. Como os países-membro atualizam suas informações em datas muito diferentes, foram usados os últimos dados disponibilizados entre 2010 e 2013. Por esses critérios, foi possível completar os dados de homicídios femininos de 83 países do mundo, incluindo o Brasil (FLACSO, 2015).

Para calcular as taxas dos Estados e Municípios brasileiros, foram utilizados os Censos Demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e as estimativas intercensitárias, disponibilizadas pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Entre 1980 e 2013, morreram um total de 106.093 mulheres, vítimas de homicídio. O número de vítimas passou de 1.353 mulheres em 1980, para 4.762 em 2013, um aumento de 252%. A taxa, que em 1980 era de 2,3 vítimas por 100 mil, passou para 4,8 em 2013, um aumento de 111,1%. Comparando as taxas de homicídio para antes de depois da Lei 11.340, no período anterior à Lei o crescimento do número de homicídios de mulheres foi de 7,6% ao ano, o crescimento das taxas foi de 2,5% ao ano; com a vigência da Lei, o crescimento do número desses homicídios cai para 2,6% ao ano e o crescimento das taxas cai para 1,7% ao ano (FLACSO, 2015).

Como resultado desta edição, que foca no estudo da violência de gênero, aponta que, no Brasil, 55,3% desses crimes foram cometidos no ambiente doméstico e 33,2% dos homicidas eram parceiros ou ex-parceiros das vítimas. O país tem uma taxa de 4,8 homicídios por cada 100 mil mulheres, a quinta maior do mundo, conforme dados da OMS (FLACSO, 2015).

O estudo aponta um aumento de 54% em dez anos no número de homicídios de mulheres negras, passando de 1.864, em 2003, para 2.875, em 2013. No mesmo período, a quantidade anual de homicídios de mulheres brancas caiu 9,8%, saindo de 1.747 em 2003 para 1.576 em 2013 (FLACSO, 2015).

Diversos estados evidenciaram pesado crescimento na década, como Roraima, onde as taxas mais que quadruplicaram (343,9%), ou Paraíba, onde mais que triplicaram (229,2%). Entre 2006, ano da promulgação da lei Maria da Penha e 2013, apenas em cinco Unidades da Federação foram registradas quedas nas taxas: Rondônia, Espírito Santo, Pernambuco, São Paulo e Rio de Janeiro. Vitória, Maceió, João Pessoa e Fortaleza encabeçam as capitais com taxas mais elevadas no ano de 2013, acima de 10 homicídios por 100 mil mulheres. No outro extremo, São Paulo e Rio de Janeiro são as capitais com as menores taxas (FLACSO, 2015).

Em relação aos municípios, dentre 100 municípios com mais de 10.000 habitantes do sexo feminino, as 10 primeiras posições nacional são: Barcelos/AM (1º), Alexânia/GO (2º), Sooretama/ES (3º), Conde/PB (4º), Senador Pompeu/CE (5º), Buritizeiro/MG (6º), Mata de São João/BA (7º), Pilar/AL (8º), Pojuca/BA (9º) e Itacaré/BA (10º) (FLACSO, 2015).

Em relação a idade das vítimas, o platô que se estrutura no homicídio feminino, na faixa de 18 a 30 anos de idade. O meio utilizado são: 48% por armas de fogo, 25% por objetos cortantes ou penetrantes, 8% por objeto contundente, 6% por estrangulamento ou sufocamento. Tais dados revelam maior presença de crimes de ódio ou por motivos fúteis/banais (FLACSO, 2015).

O estudo aponta para uma escassez de fontes para avaliação da violência letal contra mulheres que convergem sempre sobre a figura das vítimas, sem referências aos agressores, nem sempre se sabe quem foi o agressor nem quais foram as motivações e as circunstâncias da violência. E, no Brasil, o problema se

acentua ainda mais pela baixa capacidade de elucidação dos crimes de homicídio, permanecendo nas sombras a maior parte dos autores e das circunstâncias desses crimes (FLACSO, 2015).

A relevância do estudo contribui na reflexão da sociedade brasileira sobre as múltiplas formas cometidas contra mulheres no seu meio familiar e ou pelo fato de serem mulheres, indicando a relação entre violência racismo e sexismo. A pesquisa contribuiu para aumentar a conscientização sobre a violência de gênero. Divulgar dados e estudos sobre esse tema ajuda a compreender a dimensão do problema e solicitar investimento em políticas públicas (FLACSO, 2015).

Entretanto, investimentos neste setor passaram a diminuir e desarticular recursos para a temática a partir de 2015 com a extinção da Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres (SNPM), que desde 2003 ocupava status de Ministério (FLACSO, 2015).

O principal objetivo era de promover a igualdade entre homens e mulheres e combater todas as formas de preconceito e discriminação herdadas de uma sociedade patriarcal e excludente. Em 2015, foi incorporada ao então recém-criado Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos (MARDH), a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial, a Secretaria de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas para as Mulheres. Em maio de 2016, o presidente interino Michel Temer extinguiu o MMIRDH e atribuiu suas funções ao Ministério da Justiça, que passou a se chamar oficialmente Ministério da Justiça e Cidadania (FLACSO, 2015).

5.1.3. Linha de Cuidado (LC) para atenção integral à saúde da pessoa em situação de violência no Município De São Paulo

5.1.3.1 Percursos de Elaboração

O município de São Paulo está organizado em seis Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS): Centro, Leste, Norte, Sudeste, Sul e Oeste. O município apresenta uma grande complexidade de problemas e de desigualdades sociais. Coexistem diferentes culturas, religiões, ambientes urbanos, organizações sociais. O

acesso aos recursos sanitários reflete essa desigualdade. Com o objetivo de respeitar as características das regiões, as ações da secretaria municipal de saúde passaram a ser descentralizadas.

Com isso, a Área de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, em parceria com o Núcleo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT)/Divisão de Vigilância Epidemiológica (DVE)/Coordenação de vigilância em saúde (COVISA), desencadeou ações, visando a formação de políticas voltadas para minimizar o impacto das diversas formas de violência (LC, 2015).

Em 2012 foi criado o documento norteador para atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência, definindo princípios, estratégias, atribuições dos serviços, fluxos e metodologias da política municipal. Como principal proposta, situa-se a criação dos Núcleos de Prevenção à Violência (NPV) de todos os serviços de saúde municipal (LC, 2015).

Os NPV consistem em uma equipe responsável por articular o cuidado das pessoas em situação de violência nos Serviços de Saúde. Deve ser composto por no mínimo quatro profissionais do serviço de saúde de qualquer categoria profissional. Como principais atribuições está a orientação da equipe em relação aos fluxos, fortalecer o sistema de vigilância em saúde através da notificação de violência, desenvolver ações de promoção de saúde e de cultura de paz no serviço.

Em 2014, com a publicação do Plano Municipal de Saúde (2014-2017), foram pactuados com o Conselho Municipal de Saúde (órgão civil vinculado com o Controle Social), metas para a Área Técnica de Atenção Integral à Saúde das Pessoas em Situação de Violência. Dentre elas, a publicação a Portaria 1300 de 2015, que estabelece os NPV em todos os serviços de saúde, passando a ser uma obrigatoriedade e não mais uma sugestão; Elaboração de uma Linha de Cuidado de Atenção Integral À Saúde das Pessoas em 2015 e investimento em Educação Permanente aos trabalhadores municipais da saúde para a implementação da Linha de Cuidado em todos os serviços de saúde.

Com isso, em 2015 a coordenação da Atenção Básica de Saúde de Saúde da prefeitura de São Paulo, desenvolveu um documento, intitulado Linha de Cuidado para Atenção Integral à Pessoa em Situação de Violência, como uma estratégia de ação que buscava alcançar a atenção integral à saúde das pessoas em situação de violência de forma ininterrupta e resolutiva (LC, 2015).

A construção de uma linha de cuidado no campo da violência possibilitou organizar os recursos de forma a facilitar o acesso, o cuidado e a proteção à pessoa em situação de violência, induzindo à integração das várias ações desenvolvidas na rede. Permitiu, também, definir as competências em relação a cada serviço, estabelecendo os fluxos e o investimento na educação permanente dos profissionais de saúde, reconhecendo os recursos humanos como tecnologia fundamental às ações de cuidado para esta população (LC, 2015).

É importante destacar que estabelecer uma linha de cuidado é reconhecer esta temática como prioritária nas ações em saúde, uma vez que, orienta os profissionais de saúde para a importância da integralidade do cuidado nas dimensões do acolhimento, atendimento, notificação e seguimento na rede de cuidado e de proteção social.

5.1.3.2. Conhecendo concepções e propostas da Linha de Cuidado

O Acolhimento, como procedimento em cuidado, de ser compreendido postura empática e respeito em relação ao sofrimento humano. Sem julgamentos, crítica ou discriminação, uma vez que as pessoas em situação de violência podem apresentar vivências de medo, ansiedade, vergonha. O acolhimento deve e pode ser realizado por qualquer profissional de um serviço de saúde (LC, 2015).

Em relação ao Atendimento a LC aponta para a integralidade e a singularidade do cuidado em saúde e utilização de diferentes tecnologias de intervenção, buscando o protagonismo do usuário em saúde. A partir do vínculo e do diálogo o profissional passa a ser corresponsável pela demanda. Orienta que as ações possam ser através da equipe multidisciplinar, incentivando a participação do próprio sujeito em seu processo de cuidado. Preconizando o envolvimento aos demais serviços da rede de proteção social.

A LC aponta para o esclarecimento da responsabilidade de cada ponto de atenção em saúde, dividindo os fluxos de cuidado a partir da entrada do sujeito ou no local onde a demanda de violência foi identificada, dividindo em Atenção Primária, Secundária e Terciária. Para todos os pontos converte a formação e qualificação profissional, como tecnologia fundamental para o cuidado, sendo na identificação, diagnóstico e propostas terapêuticas, além de assegurar fluxo de encaminhamentos, metodologias de cuidado e redes de proteção adequadas ao usuário. Ressalta a importância do objetivo de mitigar a revitimização do usuário. Ou seja, evitar que a pessoa que sofreu violência necessite contar sua história em cada ponto de atenção em saúde que for encaminhado (LC, 2015).

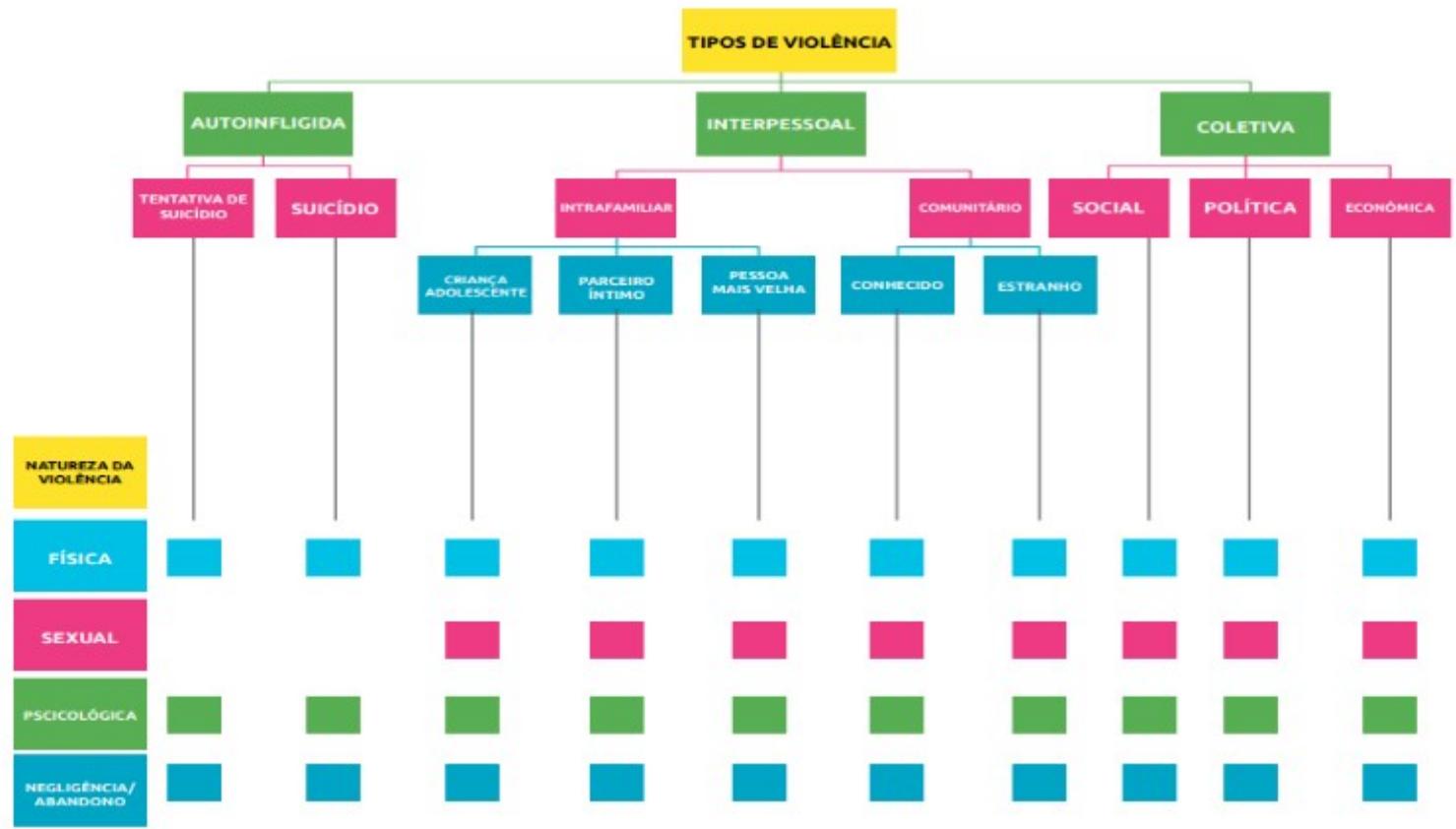
A LC reconhece que atuar na atenção a pessoas em situação de violência pode mobilizar nos profissionais uma série de sentimentos, tais como angústias, raiva, impotência, podendo levá-los a identificação com situações problemas e com isto podem agir de forma imponderada. Neste sentido, orienta a importância de espaços de Educação Permanente como ferramenta de intervenção, diálogo e qualificação profissional. Sugere como tecnologia a eleição de profissional de referência de caso e a construção de Projeto Terapêutico Singular como orientador do cuidado (LC, 2015).

No terceiro capítulo da LC, destinado a definição, a natureza e os tipos de violência, que utiliza as normativas da Organização Mundial de Saúde.

“Uso intencional da força física ou do poder, real ou, em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grandes possibilidades de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002).

Em relação a classificação da violência, a LC adota o conceito do “Relatório Mundial de Saúde”, que subdivide a violência em três amplas categorias, segundo características que competem ao ato de violência. Sendo essas: violência autoinfligida, interpessoal e coletiva. A primeira corresponde a tentativa de suicídio ou ao suicídio, a segunda corresponde a ato cometido intrafamiliar ou comunitária, a

terceira em atos de violência em âmbitos macrossociais (social, política e econômica). Outro ponto importante consiste na natureza da violência, onde estabelece os seguintes tipos: física, sexual, psicológica, negligência ou abandono (LC, 2015).



Fonte: KRUG et. al., 2002 (10).

Figura 1 - Classificação da violência e natureza da violência.

O quinto capítulo da LC está destinado a Vigilância em Saúde: controle das doenças transmissíveis; a vigilância das doenças e agravos não transmissíveis; a vigilância da situação de saúde, vigilância ambiental em saúde, vigilância da saúde do trabalhador e a vigilância sanitária. Assim, as ações da saúde em relação a violência, está classificada em doenças e agravos não transmissíveis.

O setor tem como grande responsabilidade sistematiza em banco de dados as notificações de violência fornecidas por todos os serviços de saúde através ficha do Sistema Nacional de Agravos de Notificação (SINAN), com o objetivo de gerar informações para a compreensão desse agravo e apoiar a organização de serviços, a formação e o fortalecimento das redes intra e intersetoriais. E, ainda, gerar dados que justifiquem criação e fortalecimento de políticas públicas, trabalhando em parceria com a área técnica apoiando as equipes e a rede na articulação dos fluxos (LC, 2015).

O documento orienta, assim, os serviços no cuidado e intervenção das pessoas em situação de violência em seus diferentes níveis e formas, além de apontar a importância e o cuidado ao autor da violência (LC, 2015).

Segundo o Guia Rápido da Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, desenvolvido pela coordenadoria regional sul de saúde em 2021 e publicado no mesmo ano, a Linha de Cuidado (LC) para Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência no Município de São Paulo, representou um grande passo na consolidação da Política de Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência, em todas as esferas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (SÃO PAULO, 2021).

5.2. Conhecendo as Trabalhadoras da Saúde e seus Olhares

5.2.1. Breve caracterização do perfil das Trabalhadoras de Saúde.

As entrevistadas foram mulheres, com idade entre 32 e 51 anos, trabalhadoras de saúde da Atenção Básica, com diferente formação e atribuição dentro da unidade e na equipe multiprofissional, sendo: agentes comunitárias de saúde (ACS), técnicas de enfermagem, técnica de saúde bucal, enfermeiras e gerente. A equipe médica também compõe o NPV, entretanto, para este estudo, esta categoria não foi entrevistada, pois era composto somente profissionais do gênero masculino (considerando gênero a autoidentificação).

5.2.2. Olhares de Marias

EN1

Sou Maria, auxiliar de enfermagem há 15 anos. Nesta unidade já vai fazer 4 anos e há dois que participo do grupo do NPV.

Para cuidar de uma mulher em situação de violência acho que temos que ter uma bela sensibilidade para conseguir ver essas situações que aparecem, porque nem sempre elas falam da violência que acontece em casa. Às vezes elas chegam com uma mancha no corpo. Você pergunta o que aconteceu? Às vezes elas vem chorosas e acabamos perguntando mais e elas falam: “ah, eu levei um beliscão do meu marido”, “meu marido me empurrou”, “brigamos por besteira, mas tá tudo bem”. Nós temos que ter essa visão, de que é uma violência doméstica que está acontecendo e para elas é uma coisa comum, uma rotina na vida ser maltratada dentro de casa. Então, nós temos que procurar direcionar, para uma enfermeira, para a própria equipe, para saber o que está acontecendo. Temos essa visão de que está acontecendo alguma coisa e que elas não querem expressar ou também têm medo. A verdade é essa: elas têm medo.

Medo de falar, medo de comprometer o companheiro. Algumas mulheres não têm renda, então, se de repente resolvem denunciar o marido, elas vão viver do quê?

Nessa hora a mulher se sente desamparada. Por mais que falamos que tem todo o contexto de proteção judicial, não é assim que as pessoas que estão sofrendo violência estão sentindo.

Os recursos podem até chegar para algumas pessoas, mas e o medo? Para onde vai o medo da pessoa? Às vezes até a própria família tem medo, porque “eu vou para onde?”, “para onde que eu vou morar?”, “se eu denunciar meu marido que está me batendo todo dia, ou que está espancando a própria família, chegando bêbado, quem vai me apoiar? Para onde eu vou? Como vou denunciar se depois vou ter que voltar para casa?”.

Uma vez uma moça, que sempre aparecia por aqui com hematomas no corpo, mas que sempre estava reclamando de dor de cabeça, sempre vinha por algum motivo. Aí é o que a gente sempre fala: uma pessoa que está procurando uma unidade é porque não quer declarar realmente que está se passando dentro da casa dela, mas ela vem com esses sintomas de dor, sempre chorosa. Aí é que vem o outro lado, de uma especialista, de uma psicóloga, de alguém para poder amparar, acolher e calmamente estudar o que está acontecendo para ver se pode ajudar.

Primeiro eu converso, vejo se precisa de ajuda no momento e depois procuro direcionar. Existe uma reunião de equipe dentro dessas unidades que discutimos esses casos. Não é só a equipe técnica, são os agentes de saúde, que estão batendo na porta da casa deles durante a semana para fazer as visitas, às vezes ele tem um olhar também, um contato mais pessoal com as pessoas dentro da casa. As meninas acabam falando: “é uma situação meio dessa, meio daquela” para fechar realmente uma conclusão que está acontecendo alguma coisa diferente na família.

EN2

Sou Maria, Agente Comunitária de Saúde há dezesseis anos, todos nesta unidade. Participo do NPV desde quando começou.

Tem muitos casos, mas de um tempo para cá, como tem sido muito mais divulgado, elas estão falando mais. Mesmo assim, aparecem casos de violência doméstica, tentou vir escondida, com marcas no corpo. Até ela falar o que aconteceu, tem um “eu caí da escada”, “me machuquei no quintal”, “caí do ônibus”.

Depois do NPV, chego do curso, falo o que aconteceu, o que foi focado no curso e divulgamos para equipe e os casos aparecem mais. Começamos a passar para elas que isso não é normal, tem um jeito de falar com a paciente, que podem denunciar, tem que sair desse ciclo.

No começo nós não tínhamos esse conhecimento sobre a violência doméstica.

Aí vem de novo com machucado, “foi isso mesmo?”, “você não quer falar sobre isso?”. E muitas abrem o que aconteceu. Às vezes nos ACS até sabemos, por que alguma vizinha falou, porque o filho falou, mas elas mesmas não falam.

Então, esse caso que comentei que a paciente veio escondida. Ela veio de boné, de óculos, depois vimos que ela estava machucada. Ela chegou e já pegou um remédio de dor, só que ela não tinha coragem de se separar do esposo, porque ele provia a casa e o pai dela não aceitava ela de volta. Ela tinha duas filhas, pagava o aluguel, mas depois ela teve coragem, foi trabalhar e acabou se separando, quando as filhas cresceram um pouquinho. Ela apanhava sempre e depois ela começou a falar.

Na reunião de equipe a enfermeira pergunta, esta mulher está vindo muito aqui e ela começa a questionar: “será que está acontecendo alguma coisa?” Ela pergunta como é a relação da casa? Como é a relação da família.? Às vezes o marido vem em uma consulta e a esposa vem em outra, e às vezes não associa que um é casado com o outro. Quando a gente faz visita, perguntamos para o esposo sobre a esposa e ela não sabe falar dela, o que ela está sentindo, como ela está. A esposa sabe mais dele e dos filhos do que ele. Ela sabe detalhes dele. E o marido não, ela só fala “tá tudo bem”. O que eu vi num caso meu foi de uma esposa que era até diabética, ela trabalha e o marido nunca me falou. Para mim isso é o básico, um casal precisa saber um sobre a saúde do outro.

Acho que a gente vê, em alguns pontos, em algumas famílias, o ciclo da violência. A mulher fica nesse ciclo, os filhos entram nesse ciclo também. O que eu sei falar é as experiências de estar lá e ver. Eu já vi o pai falando: “vocês não vão pra escola hoje, vocês vão arrumar a casa”, eram todas meninas. E eu disse: “não, o importante pra elas nessa idade é ir pra escola”, mas elas já estão acostumadas com aquilo. Para mim, não é normal.

Só posso falar com quem e que não vai ter nenhuma reação contra mim.

Quando percebo situações dessas eu falo, vai lá no posto, passa no acolhimento. Elas sabem que podem confiar em mim

As experiências no NPV eu vou passando para outras colegas. No NPV aprendemos, vi coisas que não sabia, fomos a fundo. Eu gostei muito de aprender sobre o suicídio. Nos empolgamos e falamos para todo mundo, das coisas que a gente aprendeu lá, de como tratar as crianças e os idosos. Eu acho legal.

EN3

Sou Maria, enfermeira, trabalho em Parelheiros desde 2008. Comecei em Parelheiros trabalhando à noite e aqui na UBS desde 2014. Acho que desde 2008, quando eu venho do AMA, já vinha tendo muito contato com a questão da violência no território, por ser um plantão noturno acho que era muito delicado, era um atendimento inicial, mas aqui na UBS tenho a sensação identificamos o caso de violência tentamos nos aproximar para conseguir entender um pouquinho mais qual que é aquele momento que a pessoa está vivendo. De onde vem? Às vezes já vem de muito tempo na família e aí é aos pouquinhos a gente vai percebendo que às vezes a própria pessoa acha que isso é normal. Isso é muito difícil de lidar com essa questão, para a gente às vezes é muito difícil compreender que a pessoa aceita como normal aquela situação sendo que é uma situação de extrema violência e aos pouquinhos vamos tentando nos aproximar da pessoa para de uma forma muito sutil mostrar para ela que aquele não é normal, que ela pode sair daquele ciclo, mas assim é bem complicado, sabe, bem difícil mesmo.

Acho que além da chegada da informação e da situação de violência pelas visitas das ACS, o momento que é sempre muito importante para mim envolve muita a coleta do Papanicolau. A nossa unidade é muito pequena, então infelizmente precisamos entrar no consultório o tempo todo, mas parece que eu fato de “fecha a porta e passa à chave” (faz uma pausa e encena com gestos passar a chave na porta) temos um espaço seguro para conversar. Então elas se sentem muito à vontade nesse momento para falar de situações muito delicadas. E elas sempre começam assim: “olha, eu nunca falei isso para ninguém” e aí aos pouquinhos ela vai contando e permitindo ser cuidada. Eu acho que a partir do momento que ela se sente à vontade para falar sobre aquela situação ela está dando uma liberdade também para fazermos esse cuidado. Eu acho que temos muita vontade de cuidar, às vezes o território é muito pobre de equipamentos para nos dar esse suporte, infelizmente, nos vemos em uma situação muito difícil, porque temos tantas e tantas

demandas que queremos oferecer um espaço de cuidado muito maior e não conseguimos. Acho que se tivéssemos equipamentos mais próximos e em maior número também, já que é um território muito grande, conseguiríamos cuidar muito, muito mais dessas mulheres.

Eu lembro de momentos em que eu fiz uma coleta de Papanicolau e eu começo a conversa muito descontraída, do tipo “olha, fica tranquila”, sabemos que é uma situação chata, um exame que não é tão fácil para algumas mulheres, mas a partir do momento que elas se sentem à vontade para conversar, elas trazem coisas que fazem muito sentido para elas falar naquele momento. Aí eu lembro de atendimentos em que elas começam a chorar e nem consegui coletar o exame. Eu sempre pergunto se elas querem continuar aquela conversa em outro momento e elas sempre voltam. E aí quando perguntamos como elas se sentiram falando sobre isso, às vezes elas falam que nunca imaginaram que conseguiriam falar sobre isso. E aí assim acaba sendo até contraditório, um exame preventivo, uma coleta de Papanicolau, um procedimento invasivo e que elas se sentem à vontade para falar de situações tão delicadas. Mas eu acho que é isso: fechei a porta, tranquei ali com a chave, estou num espaço seguro e aí eu consigo falar sobre isso. Acho que se tivéssemos mais espaços e mais momentos para isso seria fundamental.

A falta de estrutura na nossa unidade impacta muito. Falar sobre violência doméstica no domicílio é muito delicado porque eu tenho pessoas ao redor, eu tenho os vizinhos e tenho os próprios familiares, e aí se eu estou em um espaço que, a unidade de saúde e eu consigo fechar essa porta e garantir que ali somos só nós duas isso faz toda a diferença.

Eu trago para equipe que é muito mais que uma coleta de um exame, é muito mais que uma busca ativa de vacina. Às vezes o nosso olhar e a nossa escuta tem que estar aberta para outras coisas. E de repente é isso: eu fui ali preparada para um procedimento, para um exame, mas eu estou disposta a ouvir de outra forma. Então às vezes eu estou numa visita, eu fui nessa visita por conta de uma rotina de vacina, fui fazer uma busca ativa, mas a mulher me traz outras coisas, ela sinaliza que gostaria de falar alguma coisa mais, então tenho que estar disposto a receber outros sinais. Acho que isso é fundamental, da gente entender que aquele momento, por mais que fosse só um procedimento, ele é muito mais do que isso: é um espaço de escuta.

Normalmente esses casos a gente traz pra uma discussão nos matriciamentos. É claro que se uma mulher me fala que nunca falou isso para ninguém eu procuro individualmente um profissional do NASF para fazer esse apoio também. Primeiro eu pergunto para mulher se ela se sente à vontade para falar e se ela quer dar continuidade nessa fala. Algumas mulheres já falaram que não precisava, que elas estavam se sentindo super bem e que se precisassem falariam novamente, mas outras não, elas querem dar continuidade. E aí aproveitamos e damos continuidade nesse cuidado. Mas quando elas pedem sigilo, seguimos com o sigilo. Eu converso diretamente com um profissional, acho que isso é importante também. Garantir a confidencialidade.

Às vezes em conversas informais com os próprios profissionais percebemos o quanto as pessoas são vítimas de violência também e não reconhecem isso como uma violência. E aí precisamos trabalhar isso entre nós. Vamos de uma forma descontraída. Em relação ao sigilo são casos muito complexos, acabamos fazendo conversas individuais, nem sempre dependendo da complexidade do caso, por exemplo, às vezes o ACS é familiar daquela pessoa, não envolvemos nesse processo porque acho que não faz bem nem para o usuário, para o paciente, nem para o profissional também. Usamos como casos genéricos para ampliar a discussão. Então não dizemos quem é o paciente, mas ampliamos a discussão até para possibilitar essa percepção para outras pessoas também. São estratégias.

Estou no NPV desde 2016. Foi assim que eu voltei da licença maternidade. Na verdade, um dos maiores desejos é que a gente consiga realmente voltar às discussões com toda a equipe. A pandemia complicou muito isso. Nós não temos conseguido realizar nossas reuniões, discutir casos e ampliar as discussões, ainda que de forma genérica. Isso era muito bom porque trazíamos casos e, a partir deles, as próprias ACS identificavam outros casos no território e isso dava uma discussão muito rica. O meu maior desejo é que consigamos voltar a fazer isso, mas infelizmente não conseguimos. Tentamos, mas somos engolidos por demandas. O NPV em si não é uma demanda, mas uma necessidade. Nós sentimos a necessidade de cuidar dessas pessoas vítimas de violência, mas acabamos sendo engolidos pelo dia a dia.

Sintomáticos respiratório. E é basicamente a nossa rotina. A rotina de enfermagem está muito voltada para isso. E às vezes quando vem uma demanda espontânea em que uma pessoa chega e começa a falar que está se sentindo muito angustiada,

pergunto-me: “eu faço o que agora?” Nessas horas retomamos a questão dessa escuta. Estamos em um ritmo tão acelerado, perguntando o que a pessoa está sentindo e quando começou, que precisamos parar quando vemos uma queixa mais delicada. Afinal, foi essa a forma que a pessoa encontrou para procurar ajuda.

Todas as vezes que temos uma discussão com a equipe. “Mas tal paciente é poliqueixoso. Mas ele é poliqueixoso por quê? Porque cada vez ele fala de uma coisa diferente. Vamos tentar entender o que significa isso. Pode ser porque você conseguiu trazer uma resposta na última queixa e ele sente que precisa ser ouvido novamente, então você precisa dizer alguma coisa novamente. Existe aquele espaço de escuta” Nós temos pacientes que vêm para o acolhimento muitas vezes, então nós dizemos: “o que combinamos da última vez?” Daí ele traz o verdadeiro motivo de estar aqui. Como algumas mulheres que chegam e estão preparadas para falar qualquer coisa, mas que quando se sentem um pouco mais ouvidas, dizem que precisam falar sobre outra coisa. Então, não necessariamente a queixa inicial é a queixa final. Temos essa percepção das outras coisas que os pacientes querem trazer para nós é muito importante.

Pense naquele paciente que vem para conferir a pressão quando nem é hipertenso? Estamos no meio de uma pandemia, em que tentamos afastar pessoas que não tem problemas de saúde da UBS, e ele vem conferir a pressão. Você pergunta: “O senhor está sentindo alguma coisa?” Ele responde: “Não, é porque eu preciso disso e não sei o quê.” Às vezes é o “sair de casa”. Às vezes ficou tão empobrecida a rede social por conta da pandemia que ele vem aqui para nos ver mesmo. Independentemente se ele tem ou não uma síndrome gripal, ele vem ver as pessoas. Não é incomum encontrar as pessoas na recepção e dizer um “como é que você está?”. Por isso, não nos limitarmos a ouvir apenas o que ele diz primeiro faz toda a diferença.

EN4

Meu nome é Maria, sou enfermeira de formação, formada desde 2009. Comecei a trabalhar na saúde pública em 2011, no território de Capela do Socorro, onde fiquei por quatro anos como enfermeira de família. Depois, trabalhei mais quatro anos em um ambulatório de especialidades em um centro de reabilitação. Fiquei também seis meses no AE Milton Aldred. Em setembro de 2020, eu vim ser gerente desta UBS É

bem desafiador. Sabemos que o distrito Parelheiros tem o menor índice de desenvolvimento humano de São Paulo. É um desafio grande assumir a gerência de uma equipe de saúde neste território. Percebo que é um território em que a saúde chega depois dos serviços de assistência social, tem mais serviços de saúde do que de assistência social quando pensamos a nível de CREAs ou CCA. A região do Grajaú, por mais que não seja suficiente para a demanda, tem mais serviços. É essa a maior diferença que sinto quando penso na composição do território.

Quando pensamos a violência contra a mulher, algo que sempre buscamos discutir nas reuniões de equipe, pensamos que o ACS é o primeiro encontro dessa usuária ou paciente no território. E muitas vezes isso está presente até nas nossas equipes, já que o agente de saúde é parte deste território, tendo muitas vezes situações de relacionamento abusivo. Nosso grande desafio como profissionais é trazer o ACS à reflexão de não naturalizar as relações de violência. A naturalização é uma tendência que, não direi que é cultural, pois nenhuma violência é cultural. Acho que são as ferramentas que temos para lidar com essas relações. E acho que os casos chegam principalmente do agente comunitário de saúde. O trabalho que a gente faz é tentar preservar a subjetividade de cada um, mas também trazendo um pouco do contexto da violência, do que é a violência e de que forma ela se dá - pois ela não é apenas física. Essas são formas de termos dados mais corretos, não subnotificados, porque algum profissional acha que alguma situação não é violência.

A forma com que buscamos cuidar das pessoas é sempre através da escuta e do fortalecimento. Acho que temos um grande desafio quando pensamos em como é difícil o atendimento de psicoterapia individual em saúde pública. Temos uma equipe multidisciplinar (antigo NASF) que atende em cinco unidades no território. Então muitas vezes os profissionais levam duas ou três semanas para retornar para um lugar, sendo que a pessoa que está em uma situação de violência precisa de um fortalecimento e acompanhamento muito grande. Se o acompanhamento não tiver intensidade, ela tende a desistir. Esta é nossa grande preocupação. A forma como seguimos é identificando os casos e tentando sistematizar esse espaço de escuta, seja ele na visita do ACS, escuta do enfermeiro ou equipe multidisciplinar. Mas acho que o território ganharia muito se tivéssemos um cuidado sistematizado por parte da equipe multidisciplinar, se tivéssemos mais acesso. Este é nosso grande desafio. Os casos chegam também através de um aplicativo que usamos na região chamado Teia, que é preenchido pelos serviços de urgência e emergência. Muitos casos que

acessam as AMAs e as UPAs chegam através dessa contra referência. Tem um marcador roxo no aplicativo que nos indicam os casos de violência. Quando vemos o marcador, fazemos a impressão do histórico de atendimento da urgência e trazemos para a discussão de equipe para pensar na abordagem desses casos.

As reuniões de equipe é o espaço onde discutimos realmente o projeto terapêutico do paciente, pensando na singularidade da família. Quando pensamos a violência, mesmo os casos que vão para a urgência de alguma forma já foram abordados na unidade. São situações que percebemos que já abordamos aqui, mas que muitas vezes chegam no extremo da violência física. Muitas pessoas buscam o serviço de urgência e emergência quando a situação chega no ponto da violência física. Percebemos que às vezes é uma família cujo caso já discutimos aqui e que já tem alguns sinais de alerta para a equipe. Isso vemos em alguns casos. Mas existem casos que desconhecíamos, cujo contexto é de violência, para os quais precisamos achar formas de abordar isso junto da família. A família, afinal, não sabe que a vítima foi em um serviço de urgência e que a UBS está sabendo disso. Por isso precisamos pensar em formas de acessar a vítima sem que ela se assuste, impedindo um vínculo que nos permita saber melhor o que está acontecendo. A violência é um sintoma de todo um adoecimento que há no contexto familiar.

Eu acho que o processo de formação dos trabalhadores tem um investimento, quando pensamos nos encontros do próprio NPV. Nos encontros tem vindo muitas pessoas que trabalham nessa área e que trazem conhecimento para os trabalhadores. A gente percebe que os trabalhadores do NPV muitas vezes buscam conhecimento fora do ambiente de trabalho. Acredito que a dificuldade maior hoje, diante das demandas que a gente tem na unidade, principalmente neste período pandêmico e diante de tudo que o trabalhador precisa cuidar. A vítima de violência não é apenas vítima de violência. Ela é hipertensa, mulher, precisa passar no atendimento, tem um filho que também precisa de atendimento. Eu fico pensando muito em como oferecemos esse acesso em tempo oportuno e na intensidade que os casos necessitam? Diferentemente de um diabético, que vemos a cada seis meses, uma vítima de violência não pode ser vista com essa frequência. É preciso ter uma intensidade diferente. Fico preocupada como a gente consegue um profissional que tenha recurso para lidar com essa situação e que possa também trazer ferramentas para ajudar a equipe e o enfermeiro a lidar com essa situação de violência. Vejo que hoje o recurso que temos, principalmente na equipe

multidisciplinar, que tem uma identidade matricial no SUS, infelizmente não é o suficiente para as demandas que tem se apresentado, no número de casos de violência e agravamentos que tem surgido no território. Não adianta apenas notificar os casos e não oferecer um espaço de cuidado. Esse esforço que tem sido feito nos últimos anos de sensibilizar os profissionais da necessidade de notificação dos casos já deveria ter reverberado em políticas públicas orientadas para o cuidado dessas pessoas. Temos nos esforçado para notificar e acompanhar os casos, mas perceber que fazemos várias notificações de uma mesma família nos leva a refletir sobre quais cuidados temos ofertado? O que eu poderia falar como trabalhadora do SUS e como cidadã é isso.

Eu acredito que quando esses casos chegam ao ponto da violência física, procurando a urgência e emergência, tem uma postura da rede de culpabilizar a atenção básica. “O que a atenção básica fez por esse caso? Porque chegou a esse ponto?” Muitas vezes falta pensar no itinerário terapêutico deste usuário. Se um caso de violência chega na urgência, o vínculo também pode ser feito lá. O que vou oferecer no lugar em que o paciente está agora? Ao invés de culpabilizar o outro serviço, o que eu faço para garantir que essa pessoa possa ser cuidada aqui, mas também cuidada no território. Ou no caso dela já estar sendo cuidada, o que eu posso agregar ao cuidado do meu colega sem culpabilizar o seu cuidado?

EN5

Me chamo Maria, tenho 32 anos, sou agente de saúde vai fazer 13 anos esse ano e participo do grupo do NPV faz anos também. Geralmente quando tem essa demanda da violência da mulher, vamos trabalhando até com o casal, para ver como podemos ajudar. Ver também uma forma melhor para as mulheres, como a saúde da mulher. Vamos procurando recursos quando elas são agredidas, para ver onde podemos deixar ela. Desde quando ela chega à UBS falando, acolhemos da melhor maneira para elas.

Eu como sou agente de saúde há muitos anos, elas já têm uma intimidade. E estou vendo que as mulheres, antigamente, tinham mais medo de falar. Agora elas já chegam à UBS, não querendo já contar, mas no acolhimento, elas começam a contar o que está acontecendo, como agressão física ou até também verbal. O Núcleo de Prevenção de violência se reúne e na reunião da equipe, nós vamos

trabalhando no que pode melhorar na vida daquela mulher e ver recursos públicos, essas coisas para ela parar de ser agredida.

Eu acho que nós estamos precisando de mais capacitações. E ter um lugar específico para atender, porque ainda, infelizmente, já ouvimos vários relatos de mulheres falando que chega ao hospital agredida, ela fica lá, eles não estão nem aí, entendeu, não dão prioridade para essas mulheres. Eu acho que tinha que ter um olhar melhor para as mulheres, já chegar lá e ser atendida, não ficar exposta, porque ela já sofreu e ainda as pessoas ficam olhando para a cara dela toda estourada, isso é muito chato. Acontece de elas pedirem ajuda, e o homem ameaça a equipe e depois ela volta como se nada tivesse acontecido, isso é muito difícil para nós que trabalhamos com isso.

Eu acho que tinha que ter mais lugares, uma casa que acolhe as mulheres. Porque quando tive uma irmã que foi agredida, nós tivemos todo esse processo, e pra nós foi muito difícil. E olha que eu já trabalhava no NPV. Por mais que eu já tinha, pra mim, assim, foi muito, muito difícil, porque eu já tinha esse olhar, mas não sabia pra onde mandar, a minha irmã. Onde ajudou muito foi àquela casa da mulher lá em Parelheiros (CCM) ela ajudou a indicar pra onde que tinha que ir, Defensoria Pública, indicou todos aqueles lugares que tinha que tá indo. Mas aí as mulheres ficam meio perdidas. Às vezes elas querem sair dessa situação com os homens que fica agredindo. E cada vez mais estamos vendo que vem aumentando. Também estão procurando mais ajuda as mulheres. Mas você vê que os homens por qualquer coisinha já tão agredindo as mulheres, não tem paciência. Eu vejo as reportagens, não só aqui no território, mas de uma maneira geral. Você vê que cada vez mais.

EN6

Meu nome é Maria, trabalho como Agente Comunitária de Saúde, há 9 anos e estou no NPV há três anos. Os casos de violência chegam para gente através do acolhimento, através de alguma situação que vamos fazer visita na casa e acabamos nos deparando.

Elas fazem vínculo com a gente e acabam se abrindo. Até na própria visita conseguimos identificar, mas é mais no acolhimento, feito por qualquer um, elas chegam aqui, e elas se abrem com quem consigam se identificar da UBS. Isso já tem um tempinho que vem acontecendo, e eu acho, eu acho não, eu tenho certeza

de que a UBS tem muito a ajudar. Principalmente, falo assim de boca cheia, de um grupo que a gente tem aqui, que é do grupo Saúde Total é de exercícios, eu mesma dou aula, (ri um pouco) eu falo assim, porque esse grupo traz muito conforto para as mulheres. Por causa da pandemia deu uma parada, a gente tentou voltar de novo, mas como a pandemia voltou de novo tivemos que parar. Esse grupo é aberto, aqui mesmo que acontece. Estava acontecendo todos os dias e as mulheres se identificavam e nesse grupo não era só o exercício físico, era aquela transformação de uma mulher vir toda destruída e conseguir se abrir porque só tinha mulheres nesse grupo, de todas as idades, não tinha aquela indiferença, como: “eu sou muito de idade não vou entrar nesse grupo, eu sou muito nova não vou entrar nesse grupo.” Ali conseguiam se abrir, elas não acham, mas a gente identifica uma violência através de uma conversa. Elas conversando no grupo, tinha aquele espaço de conversa, que a gente fazia uma roda e conversávamos, era uma emoção tão grande e elas conseguiam colocar para fora, através de um choro, ou até de uma conversa mesmo. Então, era muito bacana e fora os grupos que a gente tenta fazer da comunidade, porém por causa da pandemia tivemos que dar uma parada, mas tem aquele grupo que a gente faz da mulher, que é um dia importante para elas, a gente fazia maquiagem, cabelo, conseguimos pessoas para transformar essa mulher e vinha aquelas que sabíamos que sofriam violência, elas encontravam refúgio. Só paramos por causa da pandemia.

Então a gente conseguia criar um vínculo muito forte e mostrar realmente pra elas qual a importância do amor-próprio, porque a violência talvez ocorra porque as vezes elas não conseguem se olhar com amor, e aqui, na UBS, eu vejo isso bastante. Quando uma mulher chega aqui a gente consegue identificar quando ela está, porque o vínculo é tão grande, conseguimos entender por que uma pessoa não está bem, e principalmente se for uma mulher. O homem a gente também consegue identificar quando ele não está em um dia bom. Mas a mulher, consegue transparecer isso aí em um olhar, então a gente vai em uma visita, a gente não consegue identificar ali na hora assim uma violência, mas se você for todo o mês na casa da paciente, eu acho que isso cria um vínculo tão grande, que você consegue olhar nos olhos dela e entender que aquele dia ela não está bem e as vezes é até uma violência que ela sofreu e ela não consegue se abrir. E aí com o vínculo, você consegue dar uma remexida aí e elas conseguem se abrir de uma forma que você nem tem noção, é muito gostoso, e eu entendi isso por causa do Núcleo.

Algumas violências que eu não sabia que era, por exemplo, a idosa. A idosa que tem a aposentadoria dela e os filhos acabam deixando faltar o remédio e cadê a aposentadoria dessa paciente, ela tem o dinheiro dela, então, cadê os filhos, eu acho que isso é sofrer violência, porque a idosa e o idoso, eles na maior parte da vida eles cuidaram daquele que estão com ele e para eles isso não é uma violência, mas no meu ver hoje pra mim é uma violência, você vê um idoso sem o remédio, mas “a minha aposentadoria não dá pra nada” e o filho cuida do dinheiro dessa paciente e você sabendo que tem como você comprar o remédio e pra mim isso já é o olhar de uma violência, a gente consegue pegar cada coisinha.

Em uma casa, quando a gente foi fazer a visita, a paciente ela atende a gente, quando o marido está ela não atende da mesma forma, e aí a gente vai não no mesmo tempo, a gente consegue identificar, mas se a gente for uns dois ou três meses na mesma casa e acontecer isso com frequência, pra mim isso já é um olhar, tem que apoderar esse olhar. Ali tem alguma situação e a agente precisa notificar, na suspeita a gente já notifica, então se a gente já suspeitou daquilo para mim já é notificado. A minha área é a mais aglomerada, então uma visita, você a potencializa da forma como você consegue. E com o que? Da forma como você fala, da forma como você chega na casa, e essa mulher quando ela não está bem, ela não vai nem te atender, ela pede até desculpa para você. Quem que pede desculpa para você porque não conseguiu atender naquele dia? Aí ela fala: “eu não consegui atender porque” ... e ela começa a contar o que aconteceu naquele dia. “Porque meu marido estava em casa” (fala baixo) e quando ela está sozinha ela conta coisas que você fala, sim realmente essa mulher é oprimida ela é, não sei, presa no próprio mundo dela. Ela é presa e porque ela sofre uma violência. E é muito bacana isso, é uma transformação muito legal. Nós mulheres queremos falar uma coisa, mas falamos outra, na pegada a gente consegue perguntar “o que está acontecendo?”

Eu acho que falta um pouquinho mais a Educação Permanente. Por exemplo, vamos marcar uma reunião, vamos falar de tal assunto, relacionado claro a qualquer tipo de violência, mas você entender um pouquinho mais profundamente aquilo, as vezes eu acho que falta um pouquinho isso, de uma roda de conversa e cada um tirar as suas dúvidas, para potencializar essa parte de crescimento mesmo. A gente faz o grupo, né? Fora do grupo do NPV, das reuniões, a gente faz aqui na UBS também, acabamos chamando outros participantes, não está participando do núcleo, mas se quiser participar também é importante. Como eu falei, identificamos uma atitude de

violência em qualquer lugar, não só na UBS. Se você é uma ACS se você é um dentista, se você é uma farmacêutica e está aqui e a pessoa quer se abrir com você, e você nem sabem nem o que fazer? Eu acho que isso é um gatilho para você conseguir lidar com aquela situação. E não dispensar, e nem querer nem saber, porque você não consegue lidar. Por isso que eu falo da Educação Permanente, ter uma roda de conversa específica para você conseguir ajudar o próximo com aquela situação.

Às vezes você não participa do núcleo e acha que a violência é normal. A gente que é da saúde tem arma e forma, só tem que aprender um pouquinho mais sobre o assunto.

EN7

Meu nome Maria, tenho 36 anos, trabalho aqui há 13 anos e estou no NPV já tem aproximadamente 6 anos, sou auxiliar de dentista. Como eu trabalho na odonto, a cadeira de odonto vira meio que um divã. Já tivemos bastante casos de paciente que chegou para passar com o dentista, que até notificamos, porque ali na quele espaço ela falou. Teve um caso de uma paciente, que ela começou a contar das violências que ela estava sofrendo em casa, começou com uma crise de ansiedade e ela apagou na cadeira. O médico veio e a mulher não voltava por nada, de tão carregada que ela estava. Ela começou a colocar aquilo para fora, não sei se foi uma sensação de alívio dela ter falado, ela apagou. Demorou bastante tempo para voltar, o médico, ficou preocupado.

Normalmente aqui na odonto recebemos bastante. Acho que pelo fato de a gente estar há bastante tempo. O dentista está há treze anos aqui, então tem muitos casos. Esses dias mesmo, que Agente de Saúde veio e falou por eu ser do NPV: “tem uma paciente assim e assim será que você consegue conversar com ela?” E aí a gente arranja uma sala e conversa. No acolhimento também do médico, o auxiliar de enfermagem recebe esses casos. Mas normalmente é por meio da ACS e as vezes acontece, como eu falei, durante as consultas. Na consulta médica é mais difícil, consulta do dentista já vi acontecer bastante e no próprio acolhimento da demanda do dia.

O último caso que teve aqui, que o ACS que veio e me chamou, eu conversei com ela e já levei para a reunião de equipe pra matriciar com o NASF. Então agendamos uma consulta com a psicóloga para tentar fazer um acompanhamento de alguma

forma. Normalmente a gente tenta direcionar para o NASF. Discute antes na reunião de equipe, e direciona para equipe técnica do NASF. Eu trouxe na reunião do NPV esse caso e logo depois levei para a reunião de equipe para o NASF. Normalmente a gente tenta esses caminhos.

Eu acho que o trabalho com violência mais desafiador é para o Agente de Saúde. Percebemos que depois de tanto tempo, que tem muito caso assim que eles atendem, que eles acabam nem trazendo. As vezes eles têm medo por conta do risco que ficam correndo no território. Já houve situações que eles depois trouxeram, de esposas de traficantes. Eles ficam com bastante receio, eles não trazem com medo do que eles possam sofrer. E acabam sofrendo, porque já aconteceu casos do ACS trazer e o profissional acabar soltando que foi o ACS que trouxe. O ACS fica em uma situação bem complicada. O caminho que a gente tem de trazer esses casos são com eles, eles que estão no território, eles que conseguem saber, eles acabam trazendo os casos que eles acham que não vai ser ruim para eles.

Eu acredito que a violência que tem no território é bem maior, a gente tem bastante, mas eu acredito que aconteça bem mais. Teve um caso de violência, era de uma idosa, a ACS trouxe e sofreu muita perseguição por conta disso, pois o assistente social, o CRAS, foi lá e aí a ACS acabou recebendo bastante ameaça.

A violência doméstica, eu acho que a gente percebe, como esse caso dessa paciente, que a ACS trouxe, nem elas sabem a violência que elas sofrem. Para elas é normal, é uma coisa que vem desde criança, então é comum, elas sofrem a violência e aí você precisa as vezes, chegar e falar: “mas isso que você está sofrendo é uma violência”. Mas as vezes elas nem reconhecem como violência. Faz tanto parte da rotina e do que elas vivem desde sempre, a gente percebe muito isso aqui. De não reconhecer mesmo como violência uma coisa que para a gente é tão clara que para elas não; é normal.

EN8

Sou a Maria, tenho 49 anos, trabalho na ASF a 12, estou gerente a mais ou menos 9 para 10 anos, estou nesta unidade há 3 anos como gerente. Sou enfermeira especialista em acupuntura, em obstetrícia, em saúde da família, em cuidados e teorias e técnicas para cuidados integrativos.

Em relação a Violência doméstica, a maioria dos casos, são muitos casos, eles chegam através dos ACS, nas reuniões de que o equipe onde a gente discute esses

casos, então, o que eu observo é que esses casos eles vão chegar muito aleatoriamente, sem aquele sentido de trazer, “olha trouxe um caso de violência”. Ele vai trazendo o caso e a gente vai percebendo que aquilo é um caso de violência, eu sinto muito isso, ele vem de uma forma mais informal, vão trazer alguma outra questão e a gente vai abordando esse caso de violência. Então eu vou fazendo essa leitura, percebo nas reuniões, que esses casos vão chegando, não com essa intenção tão de violência. Conforme o caso vai chegando vamos percebendo o quanto aquilo é um caso de violência e o quanto aquilo é significativo e aí a gente vai trabalhando e esmiuçando.

Os casos que chegam na unidade pelos usuários, são aqueles casos bem gritantes. Quando a pessoa já não dá mais conta, quando ela está naquele desespero, no limite, aí a pessoa vem aqui pedir um socorro mesmo. Tivemos um caso, que tem mais ou menos um ano e pouco que chegou uma pessoa aqui desesperada e ela saiu quase que escoltada pela polícia, a gente teve que fazer uma questão assim, porque era um pedido de socorro. Então eu percebo que quando chega para a gente é um pedido de socorro. E como é que a gente aborda isso? Eu vou reconhecendo que essa violência ela é estrutural, quando eu falo estrutural é que ela está na base da família, as pessoas vão entendendo ela com uma naturalidade algo que faz parte e que talvez não seja tão violento assim. E aí é difícil pra essa pessoa reconhecer essa violência, então é por isso que eu vou dizendo que ela traz outro contexto outra situação e aí quando a gente vai aprofundando percebemos que existe. Porque essa pessoa que traz o ACS, o funcionário, que faz esse acolhimento ele as vezes também está passando por isso, por esse tipo de violência, ele também tem isso naturalizado, e quando eu falo estrutural eu quis dizer naturalizado, “então não bobagem”. Principalmente pra entender outros tipos de violência que não só a física, a violência física está muito bem definida, bateu, ocorreu a violência, mas o limiar da violência psicológica é muito sutil, não é todo mundo que percebe. Essa é a leitura que eu faço.

Então vamos discutindo em nosso espaço de cuidado, primeiro deste funcionário. Eu entendo que ele precisa ser fortalecido, fazer esses reconhecimentos, então fazemos uma discussão quando esses casos chegam, vamos discutindo isso de uma forma: “olha, percebe, vamos tentar? Como a gente faz isso?” Fizemos isso na última reunião do Núcleo de Prevenção de Violência, primeiro pra gente reconhecer essas coisas mais sutis, o não verbal, o que não foi falado, porque eu acho que tem

uma subnotificação por não reconhecer mesmo, porque é muito difícil falar, porque quando a pessoa chega a falar é porque ela já passou do limite, não dá mais conta, até então será que ela não deu uma dica? Será que ela não passou isso? Eu acredito que sim, mas que nós, pela nossa própria dificuldade, pela naturalização dessa questão da violência, que muita gente só entende a violência quando ela é física, eu acho isso muito ruim, mas é.

Eu vou trabalhando, que talvez a psicológica seja muito pior, porque aquela marca que vai ficando. Falamos muito de violência contra mulher, mas a violência infantil, violência psicológica infantil eu acho que ela é muito forte ela existe com muita potência e vai causando essas coisas que vamos vendo depois, porque tudo volta pra infância. Usamos do espaço das reuniões de equipe, que é um espaço de cuidado, e aí vai pra rede e vamos direcionando e trazendo a rede, vai pro serviço social. Nossa Assistente Social está no núcleo de violência é muito boa. Tentamos trazer a rede pra que ela possa fazer o que precisa ser feito. Se é uma violência do idoso, se é da criança, então a gente vai direcionando para a rede, se é uma negligência, vamos tentando, mas é bastante delicado.

Não é fácil lidar com violência porque a temos que lidar com frustração. Queremos resolver caso, não tem a solução que esperamos. O que eu costumo trabalhar é que vamos fazer o que é possível, e no nosso limite. Não podemos adoecer junto com essa pessoa que está sofrendo a violência, precisamos estar forte. Temos que entender também que talvez tenha sido aquilo que ela dá conta, ela não dá conta de pôr um fim naquilo. Talvez ela não dê conta ainda, e a gente vai precisar entender isso, e dar um suporte que ela precisa. Com isso percebemos muito julgamento, por conta disso, porque você quer resolver. “Como essa pessoa está apanhando? Como essa pessoa está sofrendo isso há tanto tempo? E não resolveu?” Queremos uma solução! Dar um basta”. É algo que eu acho que é muito mais complexo, vamos usando muito desse espaço.

Entendo a violência como algo muito difícil, muito difícil de ser abordado, trabalhado, e principalmente pela fragilidade dos trabalhadores, tem uma questão da segurança, então os profissionais se sentem inseguros. Consideram uma questão muito particular, muito da vida pessoal, muito do segredo, então quando a pessoa conta é tudo no segredo, ninguém pode saber, eu não posso falar. Tem essa coisa de mascarar e entra também a questão da segurança do profissional. Eu sinto que meu maior investimento quando é fortalecer esse profissional que vai atender. O ideal é

fazer esse combinado, o que ela dá conta. Não adianta a gente propor: ‘você precisa sair da casa, você precisa fazer isso, aquilo ou aquilo outro’. Às vezes a pessoa não dá conta disso. Então do que que ela dá conta? O que ela vai conseguir e aqui na unidade é isso.

Já tive que acionar a polícia, para pessoa sair minimamente protegida, já tive que buscar abrigo eu fui atrás de abrigo para a pessoa, para que ela pudesse sair daqui minimamente pra um abrigo. Mas porque ela entendeu que aquilo ali era importante. Então a violência ela tem essa delicadeza porque o profissional está entrando em uma coisa que para ele também é difícil de abordar. Talvez pela própria história, talvez pelas minhas questões também, por essa naturalização e por outras questões eu também temos que entender a história do outro e o que o outro consegue dar conta. Então ficamos muito nessa delicadeza, eu vou pensando assim.

Uma coisa que eu sinto muito é em relação a rede, quando falo de uma rede protetiva de uma rede que se articula, eu sinto que essa rede não vai, eu sinto que ela dá um passo pra frente e um passo pra traz essa é a sensação que eu tenho nos NPS's. Eu acho que ficamos sempre muito patinando nesse lugar, que é um lugar que ainda não andou, os profissionais sentem isso. Porque isso gera um pouco de frustração, queremos que flua, que a coisa ande.

O trabalho que eu vou tentando fazer, justamente porque eu fiz essa leitura, primeiro precisamos trabalhar com a nossa frustração da coisa não rolar, da coisa não ir. Estamos fazendo o que é possível e talvez isso, que a entendemos que é pouco é significativo para aquela pessoa que está nesse sofrimento, mesmo que ela não vai tomar uma atitude tão drástica, de se afastar desse agressor, vamos dizer assim, dessa pessoa da violência ou de afastar uma criança deste contexto familiar violento, mas que a gente consiga dar subsídios para que esta pessoa consiga dar conta, minimamente de passar por este processo.

Na última reunião que a gente tivemos, falando muito, inclusive o único homem do grupo, falamos que não pode esquecer do agressor. Porque essa pessoa que faz a violência e comete a violência também precisa ser cuidado. Precisa entender qual é o nosso lugar enquanto profissional de saúde. É daquele que olha pros dois. Porque se fomos olhar historicamente, essas pesquisas, vemos que esse agressor, também em algum momento, não regra, mas uma grande porcentagem, ele teve esse contexto, foi o que ele aprendeu, foi a forma como ele aprendeu a lidar com a vida, pela vivência que ele teve, e ele precisa ser cuidado também. Então para a gente

sair desse lugar de julgar, eu acho que esse lugar de julgar precisa ser distanciado cada vez mais, precisamos estar de forma muito imparcial, para você poder olhar para a situação com clareza. Estávamos falando muito dela, mas e quem é o “agressor” neste momento, e como é que estamos olhando para ele? Como é que oferecemos esse cuidado em saúde? Porque existe um sofrimento, não acho que a pessoa só agrida porque isso dá prazer a ela, acho que existe um sofrimento aí que não foi elaborado, que não foi trabalhado e que explode em uma forma de violência. Acho que o avanço nesta questão é pequeno, são passos muito curtos. É de uma sociedade que é violenta, a nossa sociedade ela fala de uma forma violenta. Quando ela faz um elogio existem quinze palavrões dentro daquele elogio. “Puts o cara é foda”, mas que essa mesma palavra ela tem um outro sentido. É uma sociedade que se expressa ainda de uma forma muito violenta. Então é um trabalho que precisa ser muito construído.

Na última reunião entendemos que esse núcleo precisava ser aumentado. Aumentamos, mantivemos as pessoas e acrescentamos mais gente, porque entendemos, que como esse processo é muito difícil, não dá pra ficar substituindo um ano é um outro ano é outro. De última hora trouxemos a Maria, porque as pessoas se identificam muito com ela, ela é uma pessoa que quem chega se identifica muito. Ela é uma acolhedora, uma pessoa que faz o acolhimento para essas questões de violência naturalmente, ela atrai isto, pela postura que ela tem pela forma não sei se pela identificação que as pessoas têm com ela, mas de fato ela traz, ela atrai, e ela cuida muito disso. Ela dá conta, de cuidar, ela dá conta de fazer essa fala, de fazer esse acolhimento, então ela não pode ficar de fora, mesmo sendo auxiliar, sabemos que é difícil para os profissionais da enfermagem participar, pelas demandas, mas achamos fundamental e precisamos garantir a participação tanto da enfermeira como dela. E foi incrível, porque quando ela chegou à reunião ela já foi trazendo, porque ela diz, de fato ela cuida mesmo dos casos, esses que a maioria que vem por demanda espontânea chega para ela, é muito interessante isso? Como essas questões vão sendo direcionadas, as pessoas vão buscando um apoio. Entendemos que esse núcleo, enquanto núcleo de escuta acolhedora, vou entendendo que ele deveria compor a unidade inteira e quem sabe a gente não consiga isso futuramente, estar com todo mundo participando disso porque de fato é algo que a gente precisa olhar com muito cuidado, tratar com muito cuidado. Inclusive eu compartilhei de uma formação que tivemos lá na Supervisão, que uma

pessoa veio falar sobre os tipos de violência. Meu Deus! Você se identifica. Eu sofro a violência e eu também faço. Temos que ver dos dois lados, porque tem essa sutileza, porque é muito naturalizado. É o progresso da sociedade, a gente vai aprendendo a se relacionar de uma forma mais respeitosa, e menos violenta. Eu trouxe essa experiência também pra eles, até pra eles se sentirem mais a vontade. Poxa vida a pessoa está trazendo essa violência para mim, e eu sofro isso ou pior do que ela, e estou achando que é normal? Deve dar uma dor pra o profissional que vive uma violência que talvez ele não se tenha dado conta ainda e quando chega através de uma fala de um usuário ou de uma pessoa que ele está atendendo traz um sofrimento.

Existe uma barreira uma dificuldade de entender que isso é uma violência porque eu não quero olhar para minha violência, pra violência que eu sofro. Eu sempre gosto de me colocar no lugar de que também sou parte. Fiz questão de trazer essa reflexão que eu fiz nesse dia dessa palestra. Não é porque eu estou falando da violência que eu sou do Núcleo de Violência que eu não sofro a violência que eu não cometo a violência isso é importante ser discutido.

EN9

Meu nome é Maria tenho 35 anos, há 10 anos que trabalho na ASF. Há 7 anos como a ASC em outras unidades e aqui estou há 3 anos como técnica de enfermagem. Eu tenho o papel com o NPV já há destes o final do ano passado, mais ou menos mês de novembro, mas até então era só relacionado às notificações, as notificações chegavam até mim e aí eu separava por gênero, por cor e etecetera, especificamente para preenchimento de planilha, aí em janeiro foi feito o convite para eu estar mais ativamente no NPV. Agora eu participo das reuniões e está tendo um projeto também para que façamos vídeos relacionado ao NPV.

Os casos, na maioria das vezes, eles veem através de consultas ou acolhimento, a mulher se sente confortável no momento da consulta ou no momento do acolhimento para falar sobre o que ela está sofrendo em casa, fazemos o acolhimento dessa mulher, preenchemos a ficha de notificação, deixando ela o mais confortável possível, explicamos para ela sobre o fluxo da notificação e tentamos passar isso para os órgãos responsáveis. No caso quando ela decide fazer a denúncia ativamente, explicamos para ela qual o fluxo que ela tem que fazer para

que isso aconteça. Infelizmente com a pandemia ficamos sem opção de grupo, e principalmente sem opção de espaço, para acolhida dessa mulher.

Infelizmente como a maioria dos funcionários moram na área de abrangência da UBS, têm um pouco de receio sobre como orientar essa mulher a ter uma atitude correta, a se livrar daquela violência e ter força para continuar e não ficar mais dentro daquele ciclo. Infelizmente as pessoas temem, pelo que o agressor pode fazer. Quando o agressor ele sabe que aconteceu alguma notificação ou alguma coisa relacionada a UBS, em muitos casos eles acabam, vindo, fazendo ameaças, e tudo mais. Tivemos um caso aqui, foi um caso que impactou bastante na UBS porque, essa mulher veio e falou que estava com a pressão alta e não estava se sentindo bem. O agressor estava junto com ela, acolhemos e no momento da acolhida ela me puxou pelo braço e disse que não queria voltar para casa com ele, que ela estava sendo agredida, que estava em cárcere, e que ela não ia voltar para casa com ele. E aí a gente começou ali, naquele cuidado com ela e a todo momento ele vinha na porta da sala de medicação e ficava falando que queria ficar com ela. E aí eu falei para ele: “nesse momento não é certo o Sr. ficar com ela porque precisamos fazer a medicação, a medicação precisa fazer efeito e ela precisa ficar mais calma possível, tanto é que ela está na sala sozinha”. Dentro da sala estava uma enfermeira junto com ela apoiando e a gente segurando ele na porta para que ele não entrasse. Ali ela falou com a enfermeira o que estava acontecendo, as acreções que ela sofria em casa e que ela não ia voltar para casa com ele de jeito nenhum. Então entramos em contato com o CRAS, nos mobilizamos, ligamos para a família dela. Ela tinha um distúrbio, ela tomava umas medicações e estava há algum tempo sem essas medicações, que a afetava ainda mais nessa questão emocional, pedimos para que ele fosse pegar essas medicações, para termos em mãos o que ela estava fazendo uso. No momento em que ele saiu a família dela chegou e aí eles puderam pegar ela. Quando ele voltou, que ele viu que a família dela estava presente, ele ficou muito bravo. O desfecho foi legal nesse sentido. Porém, com uma semana depois esse agressor voltou e aí ele veio falando coisas horríveis para a gente, falando que ela não queria mais voltar para ele, que a culpa era nossa, nos culpou, ameaçou e tudo mais. Isso deixou a equipe bem fragilizada nesse sentido. Quando fomos buscar a proteção da polícia em relação a isso, a polícia até veio, ficou na porta da UBS mas isso é dia a dia. Todos os dias a gente tem que estar aqui e o agressor é do bairro. Isso fragilizou a equipe, mas foi bem gratificante

porque ela conseguiu sair daquele ciclo de dano e conseguiu fazer um caminho diferente.

São poucas mulheres que conseguem isso. Muita tem a questão financeira, tem a questão de até não saber que estão no ciclo de violência.

Eu tenho falado isso aqui com os profissionais, precisamos ter uma capacitação, e tem que ser uma capacitação recorrente, frequente, para que a gente consiga se empoderar sobre o que é a violência? Como ela é feita? Quando a pessoa está no ciclo de violência? Porque muitas vezes, por questões diárias, por questões de ah eu fui criada assim, a pessoa não consegue entender, a pessoa não consegue se ver no ciclo de violência, até mesmo o profissional acaba se habituando com aquilo, ah ela sempre viveu assim, ah ela fala para mim que é feliz desse jeito. E a pessoa se perde nisso, o profissional e a pessoa que está sofrendo a violência vai se perdendo, ela não sabe mais o que é felicidade. Ele sempre esteve ali e para ela, aquilo é como se fosse feliz daquele jeito. Então, é muito importante falar sobre violência. Saber identificar e principalmente saber ouvir, porque no ouvir a gente consegue identificar que a pessoa está no ciclo de violência e a pessoa falando sobre aquilo ela mesma consegue identificar, que é muito importante.

As vezes a pessoa chega, o paciente chega com uma queixa porque eu não estou dormindo muito bem, não estou comendo muito bem, eu estou com uma dor, uma dor específica, recorrente, e essa dor é crônica e não passa e faz exames e não sabe de onde vem aquela dor. E aí é o momento de você parar e procurar aquela pessoa, mas de quando começou essa dor? Essa dor começou em um momento específico? Essa dor começou depois de algum movimento que você fez? Uma queda, alguma coisa brusca? Assim a pessoa vai vir falando sobre o assunto daquela dor, de onde começou, ou eu não estou dormindo desde tal situação e acaba falando a situação que ela não está dormindo, porque as vezes na coisa corriqueira do dia a dia, que estamos tão acostumadas a falar de dor, a falar de falta de sono, a falar de falta de apetite e a esquecemos de perguntar: quando isso começou? Em que momento você se viu sem apetite, ou você se viu sem sono, você se viu com essa dor, que começou de repente? Acho que isso faz uma diferença.

Perdemos muito com essa pandemia, a questão de ser PSF mesmo, tanto nas visitas. Não conseguimos mais fazer a visita domiciliar e observar mesmo, isso de estra perto do paciente. O paciente vem até aqui, mas esse retorno da de a gente ir até o paciente se perdeu a gente não consegue mais entrar dentro da casa do

paciente. Isso é muito importante, o paciente vem ele traz a queixa e a gente vai lá e retribui, vai lá com o olhar diferenciado, acabamos escutando ele dentro do ambiente dele, acho que isso faz uma diferença muito grande, e isso acabou se perdendo por conta da pandemia. Esses espaços que a gente poderia criar para dar suporte um pouco melhor para o paciente acabaram também. Começa os grupos e tem que parar com os grupos porque aumentou os casos de covid. A pandemia deixa a gente um pouco travado nesse sentido.

Acho que essa atenção que a gente precisa ter, todo o profissional de saúde ele procura estar perto daquilo que ele mais gosta, eu costumo falar que ninguém é só braço, que ninguém é só perna, nós somos um corpo, cada um faz aquilo que gosta da maneira que sabe fazer. Mas a gente parar um pouquinho e ver como que o braço trabalha, dar um pouco mais de atenção para isso faz toda a diferença. Parar um pouquinho e ouvir mais, ouvir o que o paciente tem a falar, ouvir o que o colega tem a falar é muito importante.

As vezes a mãe vem trazer o bebê pra tomar a vacina e aí naquela orientação que a gente está dando pra vacina a mãe deixa escapar alguma coisa, “ah eu não tenho esse tempo” e você parar e prestar a atenção nisso faz toda a diferença. “Por que que você não tem esse tempo?” Se é um bebê e precisa da sua atenção. Mas eu não tenho esse recurso na minha casa. Mas se é um bebê e se você não tem o recurso de parar e colocar uma fralda molhada em cima de um lugar que ele tomou a vacina, tem alguma coisa errada.

São pequenas coisas que se pararmos para ouvir e prestar atenção naquilo que está sendo dito por quem está sendo atendido já faz uma diferença enorme.

6. DIALOGANDO COM OS OLHARES DE MARIAS

As trabalhadoras entrevistadas relataram que os casos de violência chegam à unidade trazidos pela ACS, no acolhimento e em qualquer procedimento o qual a usuária relate, como consultas médicas, coleta do Papanicolau, atendimento odontológico entre outros. Entretanto reconhecem que além do relato oral realizado pelas mulheres assistidas, torna-se fundamental um olhar atento para as situações não ditas e ou não compreendidas como violência. Assim, a visita domiciliar, é reconhecida como uma tecnologia potente de identificação. Outra estratégia de identificação está em observar as mulheres que procuram frequentemente a unidade por diferentes queixas, estar atento ao que não é dito:

“Para cuidar de uma mulher em situação de violência temos que ter uma bela sensibilidade para conseguir ver essas situações que aparecem, porque nem sempre elas falam da violência que acontecem em casa.”

“Até ela falar do que aconteceu tem um ‘eu caí da escada’, ‘me machuquei no quintal,’ ‘caí do ônibus’.”

“(...) esses casos eles vão chegar muito aleatoriamente, sem aquele sentido de trazer, “olha trouxe um caso de violência”. Ele vai trazendo o caso e percebemos que aquilo é um caso de violência.”

Os achados com as entrevistas corroboram com a literatura apresentada por Souza e Cintra (2018) onde afirmam a importância do acolhimento empático como estratégia fundamental no processo de cuidado às vítimas, além da escuta sensível à toda a mulher que procura a Unidade Básica de Saúde. Essa atitude de disponibilidade e cuidado integral faz-se fundamental uma vez que a maioria das mulheres vítimas de violência doméstica procuram os serviços de saúde com sintomas físicos e oculta dos profissionais a ocorrência da violência. O estudo de Rosa, Alvez et al. (2018) indicam a força desta realidade, afirmando que em 68% das queixas analisadas no estudo realizado, eram referentes a dor de cabeça.

As entrevistadas relataram experiências significativas nos atendimentos às usuárias:

“Houve um caso de uma paciente, que durante o procedimento com o dentista, começou a contar das violências que estava sofrendo em casa e iniciou com uma crise de ansiedade, acabou desmaiando na cadeira.”

“A paciente veio escondida. Ela veio de boné, de óculos, depois vimos que ela estava machucada. Ela chegou e já pegou um remédio de dor, só que ela não tinha coragem de se separar do esposo, porque ele provia a casa e o pai dela não aceitava ela de volta. Ela tinha duas filhas, pagava o aluguel, mas depois ela teve coragem, foi trabalhar e acabou se separando, quando as filhas. Ela apanhava sempre e depois ela começou a falar.”

“Quando tive uma irmã que foi agredida, (...) para mim, foi muito, muito difícil, porque eu já tinha esse olhar, mas não sabia para onde mandar a minha irmã.”

“Tivemos um caso aqui, que impactou bastante a UBS porque, a mulher veio e falou que estava com a pressão alta e não estava se sentindo bem. O agressor estava junto com ela, acolhemos e no momento da acolhida ela me puxou pelo braço e disse que não queria voltar para casa com ele, que estava sendo agredida e em cárcere. A todo momento o agressor ia na porta da sala de medicação e falava que queria ficar com ela. Eu disse para ele: “nesse momento não é certo o Sr. ficar com ela porque precisamos fazer a medicação, a medicação precisa fazer efeito e ela precisa ficar mais calma possível, tanto é que ela está na sala sozinha”. Dentro da sala estava uma enfermeira junto com ela apoiando e a equipe segurando-o na porta. Ela relatou a enfermeira o que estava acontecendo, as agressões que não voltaria para casa com ele. Entramos em contato com o CRAS, nos mobilizamos, ligamos para a família dela. Ela tinha um distúrbio, ela tomava umas medicações e estava há algum tempo sem essas medicações, que a afetava ainda mais nessa questão emocional, pedimos para que ele fosse pegar essas medicações, para termos em mãos e sabermos o que ela estava fazendo uso. No momento em que ele saiu a família dela chegou e a levaram. Quando ele voltou e viu que a família dela estava presente, ficou muito bravo. O desfecho foi bom nesse sentido. Porém, com uma semana depois esse agressor voltou e nos ameaçou, deixando a equipe fragilizada.”

As trabalhadoras participantes da pesquisa conseguem identificar a violência doméstica em diferentes contextos. Claramente pontuam a violência física, mas reconhecem a psicológica, relações abusivas e violência patrimonial. Todavia, observam que muitas mulheres estão em contextos de violência, mas não reconhecem tais situações como violência.

“Nós temos que ter essa visão, de que é uma violência doméstica que está acontecendo e para elas é uma coisa comum, uma rotina na vida ser maltratada dentro de casa. (...) Temos essa visão de que está acontecendo alguma coisa e que elas não querem expressar ou também têm medo. A verdade é essa: elas têm medo.”

“Acho que a gente vê, em alguns pontos, em algumas famílias, o ciclo da violência. A mulher fica nesse ciclo, os filhos entram nesse ciclo também. O que eu sei falar é as experiências de estar lá e ver. Eu já vi o pai falando: “você não vão pra escola hoje, você vão arrumar a casa”, eram todas meninas. E eu disse: “não, o importante pra elas nessa idade é ir pra escola”, mas elas já estão acostumadas com aquilo. Para mim, não é normal.”

“A naturalização é uma tendência que, não direi que é cultural, pois nenhuma violência é cultural. Acho que são as ferramentas que temos para lidar com essas relações.”

“Nem elas sabem a violência que sofrem. Para elas é normal, é uma coisa que vem desde criança, então é comum, elas sofrem a violência e aí você precisa as vezes, chegar e falar: “mas isso que você está sofrendo é uma violência”. Mas as vezes elas nem reconhecem como violência. Faz tanto parte da rotina (...) de não reconhecer mesmo como violência uma coisa que para a gente é tão clara que para elas não.”

Da mesma forma como é possível identificar situações de violência em qualquer procedimento realizado dentro da Atenção Básica e por qualquer profissional, as trabalhadoras entendem que o cuidado também pode ocorrer nestes espaços. Consideram a escuta atenta e sensível como uma grande ferramenta de trabalho.

OLIVEIRA e FERIGATO (2019), SIGNORELLI et al. (2018), OLIVEIRA et al. (2015) apontam a Atenção Básica (AB), com o programa da Estratégia Saúde da Família, como tecnologia potente para prevenção, identificação e intervenção no âmbito da violência doméstica contra a mulher. Consideram, também, a capilarização do cuidado territorial por meio de visitas domiciliares e do/a ACS como central no processo de enfrentamento do fenômeno violência doméstica.

As participantes identificaram os limites em suas práticas de trabalho neste dispositivo de cuidado, recorrendo às reuniões de equipe para solicitarem apoio de outros profissionais e encaminhamentos. Falaram que, por vezes, a rotina de uma UBS não favorece o cuidado integral, uma vez que é necessário tempo e não raro, a dimensão da produtividade é colocada em primeiro plano. O apoio matricial das

equipes multiprofissionais, antigos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), agora designados como equipe multiprofissional das UBS tem sua potência, mas, também, apresentam limites:

“Primeiro eu converso, vejo se precisa de ajuda no momento e depois procuro direcionar. Existe uma reunião de equipe dentro dessas unidades que discutimos esses casos. Não é só a equipe técnica, são os agentes de saúde, que estão batendo na porta da casa deles durante a semana para fazer as visitas, às vezes ele tem um olhar também, um contato mais pessoal com as pessoas dentro da casa.”

“O momento que é sempre muito importante para mim envolve muita a coleta do Papanicolau. (...) Eu acho que temos muita vontade de cuidar, às vezes o território é muito pobre de equipamentos para nos dar esse suporte, infelizmente, nos vemos em uma situação muito difícil, porque temos tantas e tantas demandas que queremos oferecer um espaço de cuidado muito maior e não conseguimos (...) eu trago para equipe que é muito mais que uma coleta de um exame, é muito mais que uma busca ativa de vacina. Às vezes o nosso olhar e a nossa escuta têm que estar aberta para outras coisas. (...) Acho que isso é fundamental, da gente entender que aquele momento, por mais que fosse só um procedimento, ele é muito mais do que isso: é um espaço de escuta.”

“A forma com que buscamos cuidar das pessoas é sempre através da escuta e do fortalecimento. (...)A forma como seguimos é identificando os casos e tentando sistematizar esse espaço de escuta, seja ele na visita do ACS, escuta do enfermeiro ou equipe multidisciplinar. Mas acho que o território ganharia muito se tivéssemos um cuidado sistematizado por parte da equipe multidisciplinar, se tivéssemos mais acesso.”

“Então, é muito importante falar sobre violência. Saber identificar e principalmente saber ouvir, porque no ouvir conseguimos identificar que a pessoa está no ciclo de violência e a pessoa falando sobre aquilo ela mesma consegue identificar. (...) Perdemos muito com essa pandemia, (...) espaços que poderíamos criar para dar suporte um pouco melhor para o paciente acabaram também. Começa os grupos e temos que parar porque aumentou os casos de covid. A pandemia nos deixou um pouco travado nesse sentido. (...) Parar um pouquinho e ouvir mais, ouvir o que o paciente tem a falar, ouvir o que o colega tem a falar é muito importante.”

ARBOIT et al., (2018) afirma como dificultador do processo de cuidado das mulheres vítimas de violência doméstica foi a grande demanda das UBS, tornando, muitas vezes, as situações de violência invisibilizadas.

Outro ponto apresentado pelas trabalhadoras refere-se aos sentimentos que emergem ao trabalhar com situação de violência, como medo de sofrer retaliação por parte do agressor. Este achado foi recorrentemente encontrado na literatura como barreira para o acolhimento, cuidado e enfrentamento da violência no âmbito da Atenção Básica, como nos estudos de Almeida et al. (2014) e Lawrenz et al. (2019). Outros sentimentos foram apreendidos nesta pesquisa como impotência e frustração, uma vez que as trabalhadoras reconhecem o ciclo da violência e, por diferentes motivos, a mulher continua nesta situação e ou retorna à convivência com o abusador.

“Só posso falar com quem e que não vai ter nenhuma reação contra mim.”

“Isso é muito difícil de lidar com essa questão, para a gente às vezes é muito difícil compreender que a pessoa aceita como normal aquela situação sendo que é uma situação de extrema violência.”

“Não é fácil lidar com violência porque a temos que lidar com frustração. Queremos resolver caso, não tem a solução que esperamos.”

Ao falarem de suas práticas e estratégias de cuidado, as trabalhadoras sentem orgulho da potência que a atenção básica tem.

“Falo assim de boca cheia, de um grupo que a gente tem aqui (,) eu falo assim, porque esse grupo traz muito conforto para as mulheres. “

As trabalhadoras demandam espaços de fala: consideram a reunião do NPV importante, mas gostariam de mais oportunidades de fala e instrumentalização para proporcionar melhor cuidado. Apontaram para a Educação Permanente como a estratégia de grande importância.

“Na verdade, um dos maiores desejos é que a gente consiga realmente voltar às discussões com toda a equipe. A pandemia complicou muito isso. Nós não temos conseguido realizar nossas reuniões, discutir casos e ampliar as discussões, ainda que de forma genérica. Isso era muito bom porque trazíamos casos e, a partir deles, as próprias ACS identificavam outros casos no território e isso dava uma discussão muito rica. O meu maior desejo é que consigamos voltar a fazer isso.

“Por isso que eu falo da Educação Permanente, ter uma roda de conversa específica para você conseguir ajudar o próximo com aquela situação. (...) Nós que somos da saúde temos arma e forma, só temos que aprender um pouquinho mais sobre o assunto.”

“Eu tenho falado isso aqui com os profissionais, precisamos ter uma capacitação, e tem que ser uma capacitação recorrente, frequente, para que a gente consiga se empoderar sobre o que é a violência? Como ela é feita? Quando a pessoa está no ciclo de violência?”

Almeida et al. (2014) e Lawrenz et al. (2019) apontam como dificuldade e desafio a falta de instrumentalização dos profissionais para lidar com esta demanda.

Além dos NPV's as trabalhadoras reconhecem as reuniões de equipe e os matriciamentos como espaços de Educação Permanente.

“Existe uma reunião de equipe dentro dessas unidades que discutimos esses casos.”

“Depois do NPV, chego do curso, falo o que aconteceu, o que foi focado no curso e divulgamos para equipe e os casos aparecem mais. Começamos a passar para elas que isso não é normal, tem um jeito de falar com a paciente, que podem denunciar, tem que sair desse ciclo. (...) As experiências no NPV eu vou passando para outras colegas. No NPV aprendemos, vi coisas que não sabia, fomos a fundo.”

“A gente percebe que os trabalhadores do NPV muitas vezes buscam conhecimento fora do ambiente de trabalho.”

“Usamos do espaço das reuniões de equipe, que é um espaço de cuidado, e aí vai para a rede e vamos direcionando e trazendo a rede.”

Os achados proporcionados pelo levantamento da literatura, empreendido nesta pesquisa, corroboram ao trazerem a formação profissional e a Educação Permanente como estratégias de cuidado e enfrentamento da violência no território (OLIVEIRA; FERIGATO, 2019; OLIVEIRA et al., 2015).

As trabalhadoras participantes da pesquisa ao narrarem suas experiências, também sinalizaram que, também, poderiam estar em contexto de violência e ou relações abusivas. Por esta razão, justificam, dificuldade de identificar e proporcionar o cuidado para esta demanda:

“Às vezes em conversas informais com os próprios profissionais percebemos o quanto as pessoas são vítimas de violência também e não reconhecem isso como uma violência. E aí precisamos trabalhar isso entre nós.”

“A naturalização é uma tendência que, não direi que é cultural, pois nenhuma violência é cultural. Acho que são as ferramentas que temos para lidar com essas relações.”

“Porque muitas vezes, por questões diárias, por questões de ah eu fui criada assim, a pessoa não consegue entender, a pessoa não consegue se ver no ciclo de violência, até mesmo o profissional acaba se habituando com aquilo, ah ela sempre viveu assim, ah ela fala para mim que é feliz desse jeito.”

“Eu vou reconhecendo que essa violência ela é estrutural, quando eu falo estrutural é que ela está na base da família, as pessoas vão entendendo-a com uma naturalidade algo que faz parte e que talvez não seja tão violento assim. E aí é difícil para essa pessoa reconhecer essa violência, então é por isso que eu vou dizendo que ela traz outro contexto outra situação e aí quando a gente vai aprofundando percebemos que existe. Porque essa pessoa que traz, o ACS, o funcionário, que faz esse acolhimento, ele as vezes também está passando por isso, por esse tipo de violência, ele também tem isso naturalizado. Quando eu falo estrutural eu quis dizer naturalizado, então não bobagem. Principalmente para entender outros tipos de violência que não só a física (...), mas o limiar da violência psicológica é muito sutil, não é todo mundo que percebe.”

Como proposta para mitigar esta situação, pontuam a necessidade de mais espaços de cuidado para o trabalhador.

“Não podemos adoecer junto com essa pessoa que está sofrendo a violência, precisamos estar fortes.”

“Então vamos discutindo em nosso espaço de cuidado, primeiro deste funcionário. Eu entendo que ele precisa ser fortalecido.”

Os dados apreendidos nas entrevistas vão ao encontro aos achados na literatura: (1) necessidade de um olhar atento para além da queixa trazida, (2) observar as pessoas que adentram com frequência a unidade básica de saúde sem relatar a violência, mas sim acometimentos físicos e diferentes dores, (3) a importância do ACS como um facilitador no vínculo e conhecimento da região e o (4) modelo da ESF com grande potência para identificar e intervir em situações de violência doméstica, visto a possibilidade da realização das visitas domiciliares.

Há também convergência quanto aos limites das práticas de cuidado: pouco tempo para este cuidado das situações de violência doméstica, excesso de

demandas, falta de espaços específicos de cuidar e a necessidade de instrumentalização das trabalhadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Falar sobre violência e sobretudo violência doméstica, requer contextualizar este fenômeno nos diferentes vieses que a constroem como: tempo histórico, local, gênero, raça e classe. Da mesma forma, falar sobre as trabalhadoras de saúde que atendem mulheres em situação de violência, requer refletir sobre as mesmas bases. Vale ressaltar que esta pesquisa também foi atravessada pela pandemia Covid 19, uma vez que as trabalhadoras estavam na linha de frente, sofrendo com a dupla jornada (trabalho e família), acometidas de medo de adoecer e levar a doença para suas casas. Era evidente o cansaço e a fragilidade que as acompanhavam, onde antes das entrevistas falavam: “*se eu parar para falar vou chorar*”, além da preocupação de falarem o “certo”.

As trabalhadoras de saúde, entrevistadas nesta pesquisa, trouxeram sutilmente em suas falas essas concepções. Observam nas atendidas dependências financeira; reponsabilidade sobre o cuidado da casa e filhos, pontuado, pela sociedade e por elas como atribuição da mulher; a desigualdade de gênero; a falta de apoio dos familiares e a rede de cuidado insuficiente. Sendo em grande parte a atenção básico o local possível para atender a demanda de violência doméstica.

Pontuam fortemente o aumento dos casos e o aumento das demais demandas de saúde da unidade durante a pandemia que dificultou o cuidado específico a esta população. Concebem a importância dos NPV's nas unidades, tem clareza das suas atribuições e limitações. Foi possível observar o lugar de fala de cada *Maria* em que sustentam seu conhecimento do trabalho a partir de onde estão: Parelheiros, extremo sul da capital, considerado em sua totalidade uma região rural, tendo o pior índice de desenvolvimento humano da cidade paulistana; as pessoas, em sua maioria autodeclarada preta e parda, vulnerabilizadas no que diz respeito ao acesso a cidade e com isso aos recursos de saúde, educação, trabalho, moradia e mobilidade urbana.

As *Marias* são mulheres que pisam no asfalto e no barro para dar o melhor possível no cuidado à essas mulheres, desenvolvendo estratégias criativas, construindo técnicas de identificação dos casos, a partir da experiência viva.

Entretanto, avaliam que muitas colegas de trabalho estão em situação de violência e não o reconhecem.

Ficou evidente a importância de espaços reflexivos de fala sobre a temática, tanto para ampliar o conhecimento sobre a assunto como espaço de acolhida aos sentimentos que emanam neste processo. A Educação Permanente, em sua ampla importância dentro dos processos de trabalho, pode dar uma direção para as inquietações surgidas nas trabalhadoras. E nesta direção que o Produto Educativo foi desenvolvido: Terapia Comunitária Integrativa, uma possibilidade de escuta acolhedora aos trabalhadores de saúde.

Maria catadora de si mesma.

Ali

*O corpo se encurvou diante de papeis, de sujeiras, de ferros e de pesos em sua
coluna*

Os pés doíam e se dividiam no sustento de duas rodas

Os plásticos faziam barulhos parecidos com o de sua alma

Vai e vem

Vem e vai

*Os passos de 200 metros de sangue são ministrados pelo conhecimento de
sobreviver*

Não sabe ler, não sabe cores, nunca estudou

Um grito diz “daqui eu tenho vontade de ir embora, sabia?”

São grandes as vargens, são 20 anos catando

*Cata pedaços de dores, de simplicidade, de raiva, de faltas, de violências, de saber
que não*

sabe, mas que sabe o que ninguém sabe

Ela vai catando tudo que recicla

Recicla o preconceito...recicla a ausência do governo

Ali

Onde a loucura pode se manifestar

As mãos e os pés rachados, mostram marcas de sua história

O crespo do cabelo, a cor de sua pele e o gênero dão os ritmos de um sistema desigual

Ali

A marca da luta, da escravidão, da memória que não se lembra

Ali

Anda pelas ruas simplesmente como mulher preta de ser, deixando-se ver, buscando ter

Ela vai catando tudo que recicla, como catadora perdida em seus próprios sonhos

Ali

Veio do outro lado, das grandes margens, vargens

Tem seu pertencimento de mulher que leva consigo mais quatro pretas

Marcada pela idade

Sua cabeça mergulha em sentimentos e sua maior lembrança é: es catadora de si mesma

Todos os dias se recicla

Faz sua caminhada protegida por Dandara dos Palmares, Carolina Maria de Jesus, Antonieta

de Barros, Marielle Franco, Chica da Silva, Elza Soares e suas ancestralidades

Assim és grande, assim Maria é preta

(Autoria: Nayara Veras.)

REFERÊNCIAS

ARAGAKI, S. S. et al. Entrevistas: negociando sentidos e coproduzindo versões de realidade. In: SPINK, M. J. P. et al. (org.). **A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas**. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Disponível em: <http://www.centroedelstein.org.br>

BARAGATTI, D. Y.; LEITÃO, M. N. C.; FERRIARI, M. G. C.; SILVA, E. M. Critical path of women in situations of intimate partner violence. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 26:e3025, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2414.3025>.

BÍBLIA Sagrada, 73ª Edição, Edição Claretiana, 1991.

BRASIL. **Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm Acesso em: 03 jul. 2021.

CALAZANS, M.; CORTES, L. O processo de criação, aprovação e implementação da Lei Maria da Penha. In: CAMPOS, C. H. (Org.). **Lei Maria da Penha comentada em uma perspectiva jurídico-feminista**. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011.

CHAÍ, M. **Sobre a Violência**. 1 edição, Editora Autentica, Belo Horizonte, 2017.

EVANGELISTA, M. **Segredos compartilhados: a transcrição como recurso narrativo em histórias sobre aborto**. X Encontro Regional Sudeste de História Oral. Disponível em https://www.sudeste2013.historiaoral.org.br/resources/anais/4/1374458121_ARQUIV_O_Texto_ABHO_Unicamp.pdf

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. **Método e metodologia na pesquisa científica**. 3 edição, Yendis, editora Ltda, São Caetano do Sul (SP), 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos e Magdaleno Júnior, Ronis. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribui es psicanalíticas. **Psicologia em Estudo**. v. 17, n. 1, pp. 63-71, 2012. Disponível em: <>. Epub 02 Ago 2012. ISSN 1807-0329.

FREUD, S. **Além do Princípio do Prazer**. (L.A.Hanns, Trad.) Escritos sobre psicologia do inconsciente, Sigmund Freud 1915-1920 (v. 2, pp. 123-198) Rio de Janeiro: Imago, 2006. Original publicado em 1920.

GOMES, V. L. O. et al. Domestic violence against women: representations of health professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 4, p. 718-724, Aug. 2015.

Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000400718&lng=en&nrm=iso

GUERRA, V. N. A.; SANTORO Jr.; AZEVEDO, M. A. Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes e Política de Atendimento: Do Silêncio ao Compromisso. **Res. Ver. Bras. Cresc. Des. Hum.** v. 2, n. 1, Jan/Jun. 1992.

KEHL, M. R. **Deslocamento do feminino**. Rio de Janeiro: Imago. 2008

LAWRENZ, P. et al. Violence against Women: Notifications of Health Professionals in Rio Grande do Sul. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e 34428, 2018.

Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34428>.

LIMA, G. Q.; WERLANG, B. S. G. **Mulheres que Sofrem Violência: Contribuições da Psicanálise**. Psicologia em Estudo, v. 16, n.º4, out/dez 2011.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, SP: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História Oral. Como fazer, como pensar**. 1. ed. São Paulo: Editora Contexto, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____, **A inclusão da Violência na agenda da Saúde: trajetória histórica**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 11, nº1, março de 2007.

NASCIMENTO, V. L. V., TAVANTI R. M., PEREIRA, C. C. Q. **O uso de mapas dialógicos como recurso analítico em pesquisas científicas**. In: SPINK, M. J. P. et al. (org.). A produção de informação na pesquisa social: compartilhando ferramentas. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais. Disponível em: <http://www.centroedelstein.org.br>

OLIVEIRA, E. C. S.; PEZZATO, L. M.; MENDES, R. Às margens do cuidado: regulações de gênero em uma equipe de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. e280208, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312018000200604&lng=pt&nrm=iso

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre violência e saúde**. OMS Genebra; 2002. Disponível em

<https://opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude-1.pdf>. Acesso em 13/01/2022

PENHA, M. da. **Sobrevivi... posso contar**. 2. ed. Fortaleza: Armazém da Cultura, 2012.

PENNA, P. D. M.– **Mulheres em Situação de Violência Doméstica: um diálogo entre a psicanálise e o direito**: Curitiba, Juruá. 2019.

RALO, J. M. **Violência doméstica entre adolescentes escolares no município de São Paulo**. 2013. Dissertação (Mestrado em Saúde Materno Infantil) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013. doi:10.11606/D.6.2013.tde-06112013-111715. Acesso em: 2019-11-11.

ROSA, D. O. A. et al. **Violência provocada pelo parceiro íntimo entre usuárias da Atenção Primária à Saúde: prevalência e fatores associados**. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe4 [Acessado 28 Novembro 2021] , pp. 67-80. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S405>

RAVAGNOLI, N. A entrevista narrativa como instrumento na investigação de fenômenos sociais na Linguística Aplicada. **The Specialist**., v. 39, n. 3, 2018.

SÁ-SILVA, J. R.; ALMEIDA, C. D.; GUINDANI, J. F. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista Brasileira de História e Ciências Sociais**, São Leopoldo, RS, Ano 1, n.1, Jul., 2009.

SANTOS, C. M., IZUMINO, W. P. **Violência contra as mulheres e violência de gênero: Notas sobre estudos feministas no Brasil**. E.I.A.L. Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe, 16, 2005.

SÃO PAULO (cidade). Coordenadoria Regional de Saúde – Sul. Área Técnica de Atenção à Saúde da Pessoa em Situação de Violência. **Guia Rápido: Atenção Integral à Saúde da Pessoa em Situação de Violência**. São Paulo, SP: Coordenadoria Regional de Saúde – Sul, 2021.

SILVA, A. P.; BARROS, C. R.; NOGUEIRA, M. L. M.; BARROS, V. A. de. “Conte-me sua história”: **Reflexões sobre o método de história de vida**. Mosaico: Estudos em Psicologia, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 25- 35, 2007. Disponível em: Acesso em: 10 de novembro de 2019.

SMS – São Paulo – **Linha de cuidado para Atenção Integral à Pessoa em situação de Violência (LC) 2015**. Disponível em:

https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/atencao_basica/index.php?p=277142 - Acesso 10 de novembro de 2019.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da Violência, 2015: Homicídios de Mulheres no Brasil** - Disponível em <http://www.mapadaviolencia.org.br>

ANEXOS

Anexo 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto de Pesquisa: Trabalhadoras de Saúde e as Práticas de Cuidado às Mulheres em Situação de Violência: Gênero, violência e Formação

Pesquisador Responsável: Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Local onde será realizada a pesquisa: UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Roschel, UBS Jardim Silveira e UBS Jardim Embura

Você está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa acima especificada. O convite está sendo feito a você porque você compõe o Núcleo de Prevenção à violência de sua unidade de saúde. Sua contribuição é importante, porém, você não deve participar contra a sua vontade.

Antes de decidir se você quer participar, é importante que você entenda porque esta pesquisa está sendo realizada, todos os procedimentos envolvidos, os possíveis benefícios, riscos e desconfortos que serão descritos e explicados abaixo.

A qualquer momento, antes, durante e depois da pesquisa, você poderá solicitar maiores esclarecimentos, recusar-se a participar ou desistir de participar. Em todos esses casos você não será prejudicado, penalizado ou responsabilizado de nenhuma forma.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, você poderá entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis Sylvia Helena Souza da Silva Batista (orientadora) e Cristiane Stoever Dacal (mestranda), nos telefones 46619454, celular 11997853332 e e-mail Sylvia.batista@unifesp.br e cris.stoever@gmail.com. Este estudo foi analisado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) que é um órgão que protege o bem-estar dos participantes de pesquisas. O CEP é responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos, visando garantir a dignidade, os direitos, a segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisas. Caso você tenha dúvidas e/ou perguntas sobre seus direitos como participante deste estudo ou se estiver insatisfeito com a maneira como o estudo está sendo realizado, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de São Paulo, situado na Rua Botucatu, 740, CEP 04023-900 – Vila Clementino, São Paulo/SP, telefones (11) 5571-1062 ou (11) 5539-7162, às segundas, terças, quintas e sextas, das 09:00 às 12:00hs ou pelo e-mail cep@unifesp.br.

Todas as informações coletadas neste estudo serão confidenciais (seu nome jamais será divulgado). Somente o pesquisador e/ou equipe de pesquisa terão conhecimento de sua identidade e nos comprometemos a mantê-la em sigilo. Os dados coletados serão utilizados apenas para esta pesquisa.

Após ser apresentado(a) e esclarecido(a) sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte como voluntário(a), você deverá rubricar todas as páginas e assinar ao final deste documento elaborado em duas vias. Cada via também será rubricada em todas as páginas e assinada pelo pesquisador responsável, devendo uma via ficar com você, para que possa consultá-la sempre que necessário.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES QUE VOCÊ PRECISA SABER SOBRE A PESQUISA

Justificativa para realização da pesquisa: Considerando a violência como fenômeno transversal aos processos de cuidado em saúde de que forma seria possível trabalhar questões relacionadas com a violência de maneira a prevenir a mesma, em processos de educação na saúde.

Objetivos da pesquisa: Compreender como as concepções de violência e gênero se expressam no atendimento prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica a saúde da região rural do município de São Paulo.

População da pesquisa: As trabalhadoras da rede básica de saúde que atendem mulheres em situações de violência doméstica

Procedimentos aos quais será submetido(a): você será submetida a uma entrevista narrativa, realizada com as pesquisadoras, a qual será gravada em áudio. Após, as pesquisadoras irão transcrever a entrevista e realizar a análise qualitativa. O tempo gasto nesta entrevista será de no máximo uma hora.

Riscos em participar da pesquisa: serão mínimos os riscos e desconfortos, podendo ocorrer cansaço e /ou necessidade de desdobrar a entrevista em mais de um momento, dependendo de suas condições e necessidades. Durante a entrevista. Ressalto que sua identidade permanecerá preservada.

Benefícios em participar da pesquisa: Você pode contribuir para o desenvolvimento de tecnologias sociais em saúde que permitam a educação permanente e da qualidade do cuidado ao usuário.

Privacidade e confidencialidade: os pesquisadores se comprometem a tratar seus dados de forma anônimo, com privacidade e confidencialidade. Solicito sua autorização para a gravação de áudio. O acesso ao material coletado, será somente do pesquisador.

Acesso a resultados parciais ou finais da pesquisa: você terá acesso aos resultados durante a realização da pesquisa e quando de sua finalização e publicação

Custos envolvidos pela participação da pesquisa: a participação na pesquisa não envolve custos, tampouco compensações financeiras. Se houver gastos, como de transporte e alimentação, eles serão ressarcidos pelo pesquisador.

Danos e indenizações: Se ocorrer qualquer problema ou dano pessoal durante ou após os procedimentos aos quais a Sra será submetida, lhe será garantido o direito a tratamento imediato e gratuito na Instituição, não excluindo a possibilidade de indenização determinada por lei, se o dano for decorrente da pesquisa.

Consentimento do participante

Eu, abaixo assinado, declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) de pesquisa. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, que li ou foram lidos para mim, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação e esclareci todas as minhas dúvidas. Foi-me garantido que eu posso me recusar a participar e retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto me cause qualquer prejuízo, penalidade ou responsabilidade. Autorizo a divulgação dos dados obtidos neste estudo mantendo em sigilo minha identidade. Informo que recebi uma via deste documento com todas as páginas rubricadas e assinadas por mim e pelo Pesquisador Responsável.

Nome do(a)

participante: _____

Assinatura: _____ local e

data: _____

Declaração da pesquisadora

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária, o Consentimentos Livre e Esclarecido deste participante (ou representante legal) para a participação neste estudo. Declaro ainda que me comprometo a cumprir todos os termos aqui descritos.

Nome do Pesquisador:

Assinatura: _____

Local/data: _____

Presenciei a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e aceite do participante.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores)

Nome: _____; Assinatura: _____

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: Trabalhadoras de Saúde e as Práticas de Cuidado às Mulheres em Situação de Violência: Gênero, violência e Formação

Pesquisador: SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51204021.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.059.357

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1010/2021 (parecer final)

Projeto de Mestrado de Cristiane Stoever Dacal.

Dr. Orientadora Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, Instituto Saúde e Sociedade, UNIFESP.

- Centros Coparticipante: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

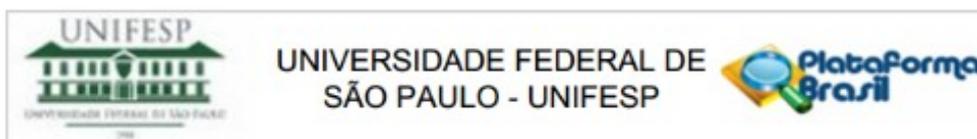
Nome da responsável no Centro Coparticipante: Nadia Ravani Gurgel

Nome do CEP do Centro Coparticipante: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf> postado em 22/08/2021).

APRESENTAÇÃO: Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender como as concepções de violência e gênero se expressam no atendimento prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica a saúde da região rural do município de São Paulo. No âmbito dos objetivos específicos, definiu-se: mapear os fatores que levam a não

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

identificação de situações de violência contra mulheres e caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência. A metodologia na presente investigação é qualitativa, abrangendo 16 trabalhadoras, do sexo feminino, que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência das Unidades selecionadas, com formação distintas. Considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado à outras mulheres, definiu-se pela utilização de entrevistas narrativas. Os processos analíticos dar-se-ão pela opção entre duas trilhas analíticas: a Análise de Conteúdo do tipo Temática, e os Mapas Dialógicos e Repertórios Linguísticos. O processo da pesquisa deverá compreender 12 meses.

HIPÓTESE: As trabalhadoras que cuidam de mulheres em situação de violência podem estar envolvidas em contextos semelhantes, o que pode dificultar o diálogo e o cuidado das mulheres na rede básica de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Compreender como as concepções de violência e gênero se expressam no atendimento prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica a saúde da região rural do município de São Paulo.

OBJETIVO SECUNDÁRIO: Mapear os fatores que levam a não identificação de situações de violência contra mulheres. Caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência.

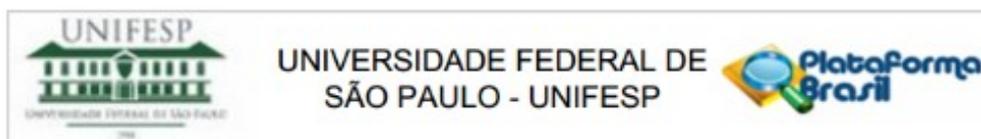
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

RISCOS: serão mínimos os riscos e desconfortos, podendo ocorrer cansaço e /ou necessidade de desdobrar a entrevista em mais de um momento, dependendo de suas condições e necessidades. durante a entrevista. Ressalto que sua identidade permanecerá preservada.

BENEFÍCIOS: Você pode contribuir para o desenvolvimento de tecnologias sociais em saúde que permitam a educação permanente e da qualidade do cuidado ao usuário

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf> postado em 22/08/2021); e do arquivo do projeto detalhado enviado (<ProjetoUNIFESPFINAL.pdf> postado em 22/08/2021).

TIPO DE ESTUDO: A metodologia na presente investigação é qualitativa, com utilização de entrevistas narrativas. Os processos analíticos dar-se-ão pela opção entre duas trilhas analíticas: a Análise de Conteúdo do tipo Temática, e os Mapas Dialógicos e Repertórios Linguísticos.

LOCAL: UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Roschel, UBS Jardim Silveira e UBS Jardim Embura.

PARTICIPANTES: 16 trabalhadoras, do sexo feminino, que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) com formação distintas.

- Critério de Inclusão: maior frequência nas reuniões de rede dos NPV realizada na STS-PA, no ano de 2018 e 2019. Foi realizada uma análise das listas de presença e as unidades selecionadas forma: UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Roschel, UBS Jardim Silveira e UBS Jardim Embura.

- Critério de Exclusão: Participantes que não desejem participar da pesquisa.

- Recrutamento: As participantes serão convidadas via e-mail institucional (divulgado na página das servidoras nas Unidades Básicas de Saúde), de modo individual e sigiloso (envio e resposta).

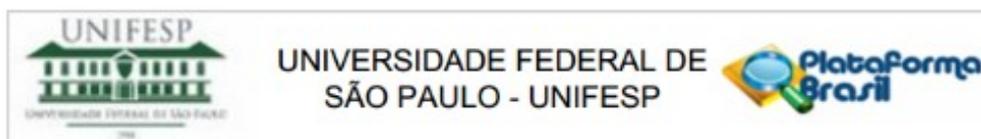
PROCEDIMENTOS: O caminho metodológico descrito iniciar-se-á pela descrição do percurso para a composição do Referencial Teórico da pesquisa e em segunda, explicita-se o contexto da investigação, os processos de produção e análise dos dados e os procedimentos éticos.

- Considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado à outras mulheres, definiu-se pela utilização de entrevistas narrativas.

- Considerando que as trabalhadoras de saúde, pela natureza de suas atividades, continuaram a atuar nas regiões e junto às pessoas durante a pandemia Covid 19 ,utilizando os EPIs e as medidas de proteção , as entrevistas narrativas serão produzidas nos locais de atuação das participantes em horários por elas disponibilizados.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1- Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.
- 2- Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:
 - a) Carta enviada à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo pelas pesquisadoras (<CARTAAUTORIZA.pdf >).
 - b) Autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, CONDICIONADA à aprovação da pesquisa pelo CEP/SMS (<SMSAUTORIZA.pdf>).
 - c) Ficha de autorização para realização da pesquisa emitida pela Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros (<AUTORIZACAO_SECRETARIA.pdf >).
- 3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a) (<TCLE_CEP_Unifesp.pdf>).
- 4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado.

Recomendações:

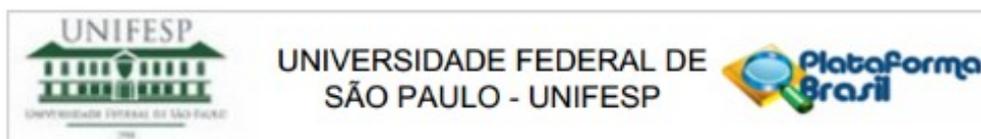
RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP/UNIFESP é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP/UNIFESP recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

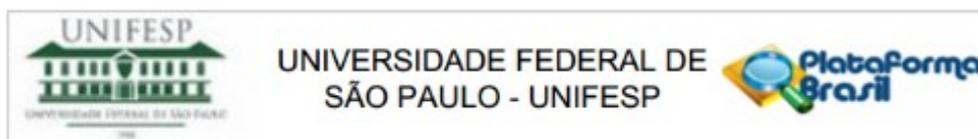
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4957499 de 08 de Setembro de 2021. PROJETO APROVADO.

RESPOSTA DE PENDÊNCIA

PENDÊNCIA 1. Nesta pesquisa a Coordenadoria Regional de Saúde Sul da cidade de São Paulo foi adicionada como Centro Coparticipante. Pelas regras do CEP Unifesp (podem ser lidas em: <https://cep.unifesp.br/participante-coparticipante#quando-a-unifesp-e-o-centro-coordenador-e-inclui-outro-centro-como-coparticipante>), quando a Unifesp é o Centro Coordenador e adiciona

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

outro centro participante, é necessário anexar:

PENDÊNCIA 1.1. Carta da instituição Coparticipante de ciência e autorização (uma carta para cada instituição): nesta carta deverá constar que a instituição aceita ser coparticipante ou participante na pesquisa e está ciente dos procedimentos que serão realizados. A carta, preferencialmente carimbada, deverá ser assinada pelo dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura.

RESPOSTA: Anexou-se a Carta da Coordenadoria Regional Sul – Secretaria Municipal de Saúde

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 1.2. Carta do(a) Pesquisador(a) Responsável vinculado ao centro coparticipante: nesta carta o Pesquisador(a) deve afirmar que está ciente e concorda com a coparticipação, informando o local, os procedimentos, em linhas gerais, que serão realizados em seu Centro em relação a sua participação, e número de participantes em seu centro, se for o caso.

RESPOSTA: Anexou-se a Carta da Pesquisadora Responsável vinculada ao centro coparticipante

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 1.3. TCLE: se houver participação de voluntários nos centros coparticipantes, no TCLE deve constar, além dos dados do pesquisador e CEP/Unifesp, o nome e os dados do pesquisador responsável pela pesquisa no Centro Coparticipante e os dados do CEP deste Centro.

RESPOSTA: foram feitas as inserções requeridas quanto ao CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

PENDÊNCIA ATENDIDA

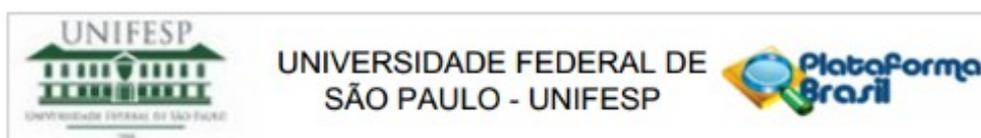
PENDÊNCIA 2. O cronograma informado no formulário de informações básicas indica que parte do estudo já será iniciada antes da aprovação do protocolo (fase de aprovação + coleta de dados – início 27/09/2021). Adequar o formulário. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f).

ORIENTAÇÃO: Considerem o tempo de tramitação da pesquisa no CEP da SMS para indicar a possível data de início da coleta de dados.

RESPOSTA: Foi feita a adequação no formulário de informações básicas, projetando o início para 20 de novembro de 2021

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Considerações Finais a critério do CEP:

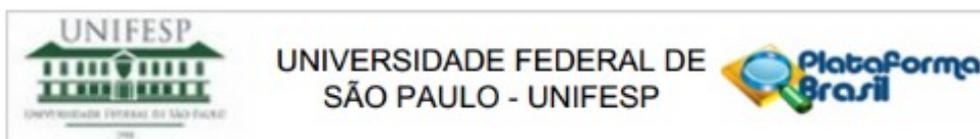
1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf	09/10/2021 19:41:42		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA2.doc	09/10/2021 19:40:26	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	Carta_Ciencia_PESQUISADORA.pdf	02/10/2021 15:38:29	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	Carta_auencia_CRSSMS.pdf	02/10/2021 15:36:50	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_REVISADO.doc	02/10/2021 15:33:48	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	CARTAAUTORIZA.pdf	22/08/2021 21:53:59	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SECRETARIA.pdf	22/08/2021 21:53:29	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	SMSAUTORIZA.pdf	22/08/2021 21:53:10	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	CADASTROCEP.pdf	22/08/2021 21:52:18	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Unifesp.pdf	22/08/2021 21:52:01	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUNIFESPFINAL.pdf	22/08/2021 21:51:47	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_ASSINADA.pdf	22/08/2021 21:51:16	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

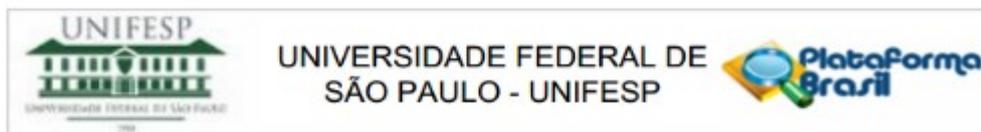
Não

SAO PAULO, 25 de Outubro de 2021

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br

Anexo 3 - Parecer do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalhadoras de Saúde e as Práticas de Cuidado às Mulheres em Situação de Violência: Gênero, violência e Formação

Pesquisador: SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 51204021.4.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.059.357

Apresentação do Projeto:

Projeto CEP/UNIFESP n: 1010/2021 (parecer final)

Projeto de Mestrado de Cristiane Stoever Dacal.

Dr. Orientadora Profa. Dra. Sylvia Helena Souza da Silva Batista

Projeto vinculado ao Departamento de Saúde Educação e Sociedade, Campus Baixada Santista, Instituto Saúde e Sociedade, UNIFESP.

- Centros Coparticipante: COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE SUL

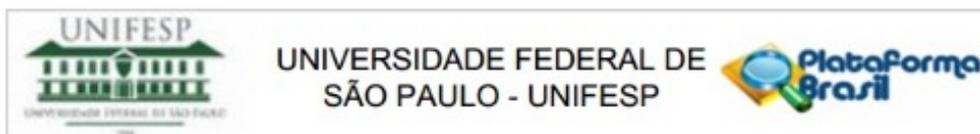
Nome da responsável no Centro Coparticipante: Nadia Ravani Gurgel

Nome do CEP do Centro Coparticipante: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo - SMS/SP

-As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf> postado em 22/08/2021).

APRESENTAÇÃO: Esta pesquisa tem como objetivo geral compreender como as concepções de violência e gênero se expressam no atendimento prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica a saúde da região rural do município de São Paulo. No âmbito dos objetivos específicos, definiu-se: mapear os fatores que levam a não

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

identificação de situações de violência contra mulheres e caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência. A metodologia na presente investigação é qualitativa, abrangendo 16 trabalhadoras, do sexo feminino, que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência das Unidades selecionadas, com formação distintas. Considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado à outras mulheres, definiu-se pela utilização de entrevistas narrativas. Os processos analíticos dar-se-ão pela opção entre duas trilhas analíticas: a Análise de Conteúdo do tipo Temática, e os Mapas Dialógicos e Repertórios Linguísticos. O processo da pesquisa deverá compreender 12 meses.

HIPÓTESE: As trabalhadoras que cuidam de mulheres em situação de violência podem estar envolvidas em contextos semelhantes, o que pode dificultar o diálogo e o cuidado das mulheres na rede básica de saúde.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Compreender como as concepções de violência e gênero se expressam no atendimento prestado por trabalhadoras de saúde às mulheres em situação de violência nas unidades de atenção básica a saúde da região rural do município de São Paulo.

OBJETIVO SECUNDÁRIO: Mapear os fatores que levam a não identificação de situações de violência contra mulheres. Caracterizar e discutir as tecnologias de cuidado presentes na Atenção Básica para cuidar de mulheres em situação de violência.

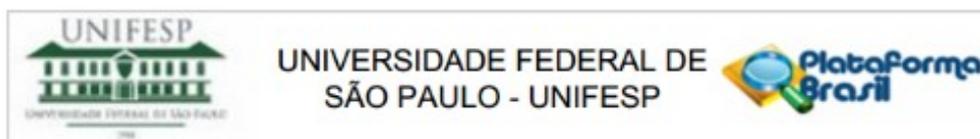
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos e benefícios, o pesquisador(a) declara:

RISCOS: serão mínimos os riscos e desconfortos, podendo ocorrer cansaço e /ou necessidade de desdobrar a entrevista em mais de um momento, dependendo de suas condições e necessidades. durante a entrevista. Ressalto que sua identidade permanecerá preservada.

BENEFÍCIOS: Você pode contribuir para o desenvolvimento de tecnologias sociais em saúde que permitam a educação permanente e da qualidade do cuidado ao usuário

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

- As informações elencadas neste campo foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (<PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf> postado em 22/08/2021); e do arquivo do projeto detalhado enviado (<ProjetoUNIFESPFINAL.pdf> postado em 22/08/2021).

TIPO DE ESTUDO: A metodologia na presente investigação é qualitativa, com utilização de entrevistas narrativas. Os processos analíticos dar-se-ão pela opção entre duas trilhas analíticas: a Análise de Conteúdo do tipo Temática, e os Mapas Dialógicos e Repertórios Linguísticos.

LOCAL: UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Roschel, UBS Jardim Silveira e UBS Jardim Embura.

PARTICIPANTES: 16 trabalhadoras, do sexo feminino, que compõem os Núcleos de Prevenção de Violência (NPV) com formação distintas.

- Critério de Inclusão: maior frequência nas reuniões de rede dos NPV realizada na STS-PA, no ano de 2018 e 2019. Foi realizada uma análise das listas de presença e as unidades selecionadas forma: UBS Recanto Campo Belo, UBS Jardim Roschel, UBS Jardim Silveira e UBS Jardim Embura.

- Critério de Exclusão: Participantes que não desejem participar da pesquisa.

- Recrutamento: As participantes serão convidadas via e-mail institucional (divulgado na página das servidoras nas Unidades Básicas de Saúde), de modo individual e sigiloso (envio e resposta).

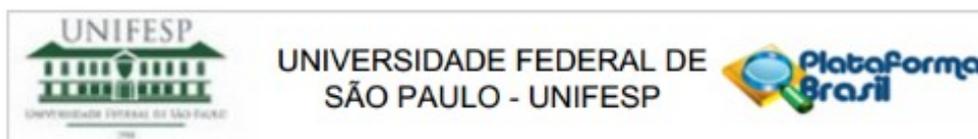
PROCEDIMENTOS: O caminho metodológico descrito iniciar-se-á pela descrição do percurso para a composição do Referencial Teórico da pesquisa e em segunda, explicita-se o contexto da investigação, os processos de produção e análise dos dados e os procedimentos éticos.

- Considerando a complexidade da temática violência e a subjetividade das mulheres trabalhadoras de saúde, que atuam diretamente no cuidado à outras mulheres, definiu-se pela utilização de entrevistas narrativas.

- Considerando que as trabalhadoras de saúde, pela natureza de suas atividades, continuaram a atuar nas regiões e junto às pessoas durante a pandemia Covid 19 ,utilizando os EPIs e as medidas de proteção , as entrevistas narrativas serão produzidas nos locais de atuação das participantes em horários por elas disponibilizados.

(mais informações, ver projeto detalhado).

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1-Foram apresentados adequadamente os principais documentos: folha de rosto; projeto completo; cópia do cadastro CEP/UNIFESP, orçamento financeiro e cronograma.

2-Outros documentos importantes anexados na Plataforma Brasil:

a) Carta enviada à Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo pelas pesquisadoras (<CARTAAUTORIZA.pdf >).

b) Autorização da Secretaria Municipal de Saúde da cidade de São Paulo, CONDICIONADA à aprovação da pesquisa pelo CEP/SMS (<SMSAUTORIZA.pdf>).

c) Ficha de autorização para realização da pesquisa emitida pela Supervisão Técnica de Saúde de Parelheiros (<AUTORIZACAO_SECRETARIA.pdf >).

3- O modelo do TCLE foi apresentado pelo(a) pesquisador(a) (<TCLE_CEP_Unifesp.pdf>).

4- O modelo de questionário / roteiro de entrevista está anexado no final do projeto detalhado.

Recomendações:

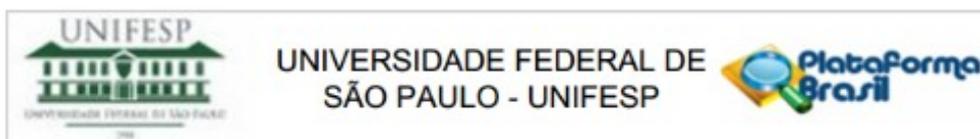
RECOMENDAÇÃO 1- O parecer do CEP/UNIFESP é fortemente baseado nos textos do protocolo encaminhado pelos pesquisadores e pode conter, inclusive, trechos transcritos literalmente do projeto ou de outras partes do protocolo. Trata-se, ainda assim, de uma interpretação do protocolo. Caso algum trecho do parecer não corresponda ao que efetivamente foi proposto no protocolo, os pesquisadores devem se manifestar sobre esta discrepância. A não manifestação dos pesquisadores será interpretada como concordância com a fidedignidade do texto do parecer no tocante à proposta do protocolo.

RECOMENDAÇÃO 2- Destaca-se que o parecer consubstanciado é o documento oficial de aprovação do sistema CEP/CONEP, disponibilizado apenas por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 3- É obrigação do pesquisador desenvolver o projeto de pesquisa em completa conformidade com a proposta apresentada ao CEP. Mudanças que venham a ser necessárias após a aprovação pelo CEP devem ser comunicadas na forma de emendas ao protocolo por meio da Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 4- O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil. Os pesquisadores devem informar e justificar ao CEP a eventual

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

necessidade de suspensão temporária ou suspensão definitiva da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 5- Os pesquisadores devem manter os arquivos de fichas, termos, dados e amostras sob sua guarda por pelo menos 5 anos após o término da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 6- Intercorrências e eventos adversos devem ser relatados ao CEP/UNIFESP por meio de notificação enviada pela Plataforma Brasil.

RECOMENDAÇÃO 7- Se na pesquisa for necessário gravar algum procedimento (exemplos: entrevistas, grupos focais), o CEP/UNIFESP recomenda que as gravações sejam feitas em aparelhos a serem utilizados única e exclusivamente para a pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 8- Os pesquisadores deverão tomar todos os cuidados necessários relacionados à coleta dos dados, assim como, ao armazenamento dos mesmos, a fim de garantir o sigilo e a confidencialidade das informações relacionadas aos participantes da pesquisa.

RECOMENDAÇÃO 9- Uma vez concluída a coleta de dados, é recomendado ao pesquisador responsável fazer o download dos dados coletados para um dispositivo eletrônico local, apagando todo e qualquer registro de qualquer plataforma virtual, ambiente compartilhado ou "nuvem".

RECOMENDAÇÃO 10- Se a coleta de dados for realizada em ambiente virtual, solicitamos que sigam as orientações contidas no OFÍCIO CIRCULAR Nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, disponível para leitura em: http://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf

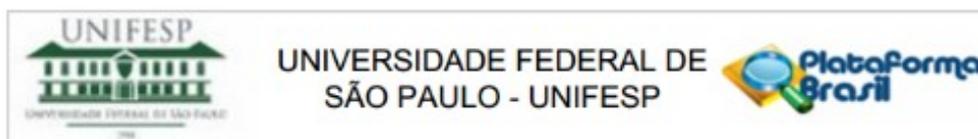
Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Respostas ao parecer nº 4957499 de 08 de Setembro de 2021. PROJETO APROVADO.

RESPOSTA DE PENDÊNCIA

PENDÊNCIA 1. Nesta pesquisa a Coordenadoria Regional de Saúde Sul da cidade de São Paulo foi adicionada como Centro Coparticipante. Pelas regras do CEP Unifesp (podem ser lidas em: <https://cep.unifesp.br/participante-coparticipante#quando-a-unifesp-e-o-centro-coordenador-e-inclui-outro-centro-como-coparticipante>), quando a Unifesp é o Centro Coordenador e adiciona

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

outro centro participante, é necessário anexar:

PENDÊNCIA 1.1. Carta da instituição Coparticipante de ciência e autorização (uma carta para cada instituição): nesta carta deverá constar que a instituição aceita ser coparticipante ou participante na pesquisa e está ciente dos procedimentos que serão realizados. A carta, preferencialmente carimbada, deverá ser assinada pelo dirigente institucional ou pessoa por ele delegada, com identificação de cargo/função e respectiva assinatura.

RESPOSTA: Anexou-se a Carta da Coordenadoria Regional Sul – Secretaria Municipal de Saúde

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 1.2. Carta do(a) Pesquisador(a) Responsável vinculado ao centro coparticipante: nesta carta o Pesquisador(a) deve afirmar que está ciente e concorda com a coparticipação, informando o local, os procedimentos, em linhas gerais, que serão realizados em seu Centro em relação a sua participação, e número de participantes em seu centro, se for o caso.

RESPOSTA: Anexou-se a Carta da Pesquisadora Responsável vinculada ao centro coparticipante

PENDÊNCIA ATENDIDA

PENDÊNCIA 1.3. TCLE: se houver participação de voluntários nos centros coparticipantes, no TCLE deve constar, além dos dados do pesquisador e CEP/Unifesp, o nome e os dados do pesquisador responsável pela pesquisa no Centro Coparticipante e os dados do CEP deste Centro.

RESPOSTA: foram feitas as inserções requeridas quanto ao CEP da Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo.

PENDÊNCIA ATENDIDA

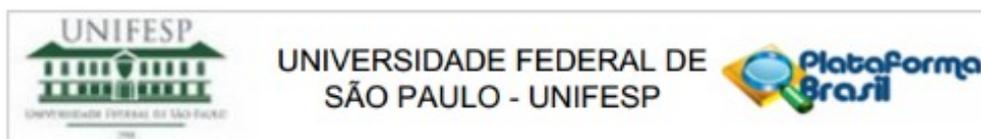
PENDÊNCIA 2. O cronograma informado no formulário de informações básicas indica que parte do estudo já será iniciada antes da aprovação do protocolo (fase de aprovação + coleta de dados – início 27/09/2021). Adequar o formulário. Lembramos que nenhum estudo pode ser iniciado antes da aprovação pelo CEP/UNIFESP (Norma Operacional CNS nº 001 de 2013, item 3.3.f).

ORIENTAÇÃO: Considerem o tempo de tramitação da pesquisa no CEP da SMS para indicar a possível data de início da coleta de dados.

RESPOSTA: Foi feita a adequação no formulário de informações básicas, projetando o início para 20 de novembro de 2021

PENDÊNCIA ATENDIDA

Endereço: Rua Botucatu, 740
Bairro: VILA CLEMENTINO **CEP:** 04.023-900
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 **Fax:** (11)5539-7162 **E-mail:** cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Considerações Finais a critério do CEP:

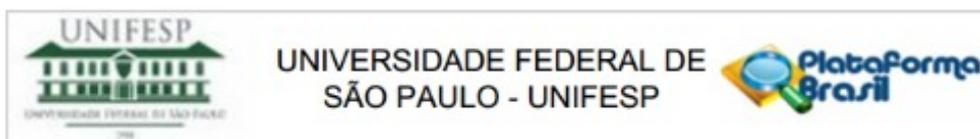
1 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação toda proposta de modificação ao projeto original, incluindo necessárias mudanças no cronograma da pesquisa, deverá ser encaminhada por meio de emenda pela Plataforma Brasil.

2 - O CEP informa que a partir desta data de aprovação, é necessário o envio de relatórios parciais (semestralmente), e o relatório final, quando do término do estudo, por meio de notificação pela Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1813490.pdf	09/10/2021 19:41:42		Aceito
Outros	CARTARESPOSTA2.doc	09/10/2021 19:40:26	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	Carta_Ciencia_PESQUISADORA.pdf	02/10/2021 15:38:29	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	Carta_auencia_CRSSMS.pdf	02/10/2021 15:36:50	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_REVISADO.doc	02/10/2021 15:33:48	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	CARTAAUTORIZA.pdf	22/08/2021 21:53:59	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SECRETARIA.pdf	22/08/2021 21:53:29	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	SMSAUTORIZA.pdf	22/08/2021 21:53:10	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Outros	CADASTROCEP.pdf	22/08/2021 21:52:18	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CEP_Unifesp.pdf	22/08/2021 21:52:01	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br



Continuação do Parecer: 5.059.357

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoUNIFESPFINAL.pdf	22/08/2021 21:51:47	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHADEROSTO_ASSINADA.pdf	22/08/2021 21:51:16	SYLVIA HELENA SOUZA DA SILVA BATISTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Outubro de 2021

Assinado por:
Paula Midori Castelo Ferrua
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Botucatu, 740
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-900
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: cep@unifesp.br

APÊNDICE

Apêndice 1 - Roteiro da Entrevista Narrativa

1. A partir de sua experiência como trabalhadora de saúde atuante na Atenção Básica, poderia nos relatar uma experiência marcante que tenha envolvido cuidado/ assistência a uma usuária com queixa de violência doméstica?
2. Nessa experiência relatada o que lhe marcou? Que sentimentos esta experiência lhe fez perceber?
3. Você identifica em sua trajetória de formação, momentos de educação permanente que tenham lhe preparado para viver esta experiência de cuidar/atender a uma usuária com queixa de violência doméstica? Se sim, poderias nos relatar. Em caso negativo, você percebe como importante esta formação? Por quê?
4. A partir de sua vivência, como concebes violência doméstica? Em sua compreensão, quais as relações ente violência doméstica e gênero?
5. Você gostaria de pontuar algo que avalie como importante para o cuidado no campo das mulheres vítimas de violência doméstica?

Núcleo direcionador	Unidades de Análise	Contexto
Identificação dos Casos	Entrevista 1	Para cuidar de uma mulher em situação de violência temos que ter uma bela sensibilidade para conseguir ver essas situações que aparecem, porque nem sempre elas falam da violência que acontecem em casa.
Identificação dos Casos	Entrevista 2	Até ela falar do que aconteceu tem um “eu caí da escada”, “me machuquei no quintal,” “caí do ônibus”.
Identificação dos Casos	Entrevista 3	O momento para mim que é muito importante é a coleta do Papanicolau. O momento de passar a chave na porta temos um espaço segura para conversar. Então elas se sentem muito a vontade nesse momento para falar de situações muito delicadas.
Identificação dos Casos	Entrevista 4	Pensamos que o ACS é o

		<p>primeiro a encontro dessa usuária ou paciente no território. Nosso grande desafio é trazer o ACS a reflexão de não naturalizar as relações de violência.</p>
Identificação dos Casos	Entrevista 5	<p>estou vendo que as mulheres, antigamente, tinham mais medo de falar. Agora elas já chegam à UBS, não querendo já contar, mas no acolhimento, elas começam a contar o que está acontecendo, como agressão física ou até também verbal. O Núcleo de Prevenção de violência se reúne e na reunião da equipe, nós vamos trabalhando</p>
Identificação dos Casos	Entrevista 6	<p>Os casos de violência chegam para gente através do acolhimento, através de alguma situação que vamos fazer visita na casa e acabamos nos deparando.</p>

		<p>Elas fazem vínculo com a gente e acabam se abrindo. Até na própria visita conseguimos identificar, mas é mais no acolhimento, feito por qualquer um, elas chegam aqui, e elas se abrem com quem consigam se identificar da UBS. Isso já tem um tempinho que vem acontecendo, e eu acho, eu acho não, eu tenho certeza de que a UBS tem muito a ajudar.</p>
Identificação dos Casos	Entrevista 7	<p>Como eu trabalho na odonto, a cadeira de odonto vira meio que um divã. Já tivemos bastante casos de paciente que chegou para passar com o dentista, que até notificamos, porque ali na quele espaço ela falou</p>
	Entrevista 8	<p>esses casos eles vão chegar muito aleatoriamente, sem aquele sentido de trazer, “olha trouxe um caso de violência”. Ele vai trazendo o caso e a gente</p>

		vai percebendo que aquilo é um caso de violência (..) ele vem de uma forma mais informal, vão trazer alguma outra questão e a gente vai abordando esse caso de violência. (..) percebo nas reuniões, que esses casos vão chegando, não com essa intenção tão de violência.
Identificação dos Casos	Entrevista 9	eles veem através de consultas ou acolhimento, a mulher se sente confortável no momento da consulta ou no momento do acolhimento para falar sobre o que ela está sofrendo em casa, fazemos o acolhimento dessa mulher,
Experiência Significativa	Entrevista 1	uma moça, que sempre aparecia por aqui com hematomas no corpo, mas que sempre estava reclamando de dor de cabeça, sempre vinha por algum motivo.
Experiência Significativa	Entrevista 2	a paciente veio escondida. Ela veio de boné, de óculos, depois vimos que ela estava machucada. Ela chegou e

		<p>já pegou um remédio de dor, só que ela não tinha coragem de se separar do esposo, porque ele provia a casa e o pai dela não aceitava ela de volta. Ela tinha duas filhas, pagava o aluguel, mas depois ela teve coragem, foi trabalhar e acabou se separando, quando as filhas cresceram um pouquinho. Ela apanhava sempre e depois ela começou a falar.</p>
Experiência Significativa	Entrevista 3	<p>Eu lembro de momentos em que eu fiz uma coleta de Papanicolau (...) eu lembro de atendimentos em que elas começam a chorar e nem consegui coletar o exame. (...) acaba sendo até contraditório, um exame preventivo, um procedimento invasivo e que se sentem à vontade para falar de situações tão delicadas.</p>
Experiência Significativa	Entrevista 4	<p>Não Houve relato</p>
Experiência Significativa	Entrevista 5	<p>Quando tive uma irmã</p>

		que foi agredida, (...) para mim, foi muito, muito difícil, porque eu já tinha esse olhar, mas não sabia para onde mandar, a minha irmã.
Experiência Significativa	Entrevista 6	Não houve relato. Relatou de forma generalizada
Experiência Significativa	Entrevista 7	Houve um caso de uma paciente, que durante o procedimento com o dentista, começou a contar das violências que estava sofrendo em casa e iniciou com uma crise de ansiedade, acabou desmaiando na cadeira. O médico foi acionado e a paciente não voltava. (...) não sei se foi uma sensação de alívio por ter falado.
Experiência Significativa	Entrevista 8	Os casos que chegam na unidade pelos usuários, são aqueles casos bem gritantes. Quando a pessoa já não dá mais conta, quando ela está naquele desespero, no limite, a pessoa vem aqui pedir socorro. Tivemos um caso, que tem mais ou menos um ano, onde

		<p>chegou uma pessoa aqui desesperada e ela saiu quase que escoltada pela polícia, porque era um pedido de socorro.</p>
Experiência Significativa	Entrevista 9	<p>Tivemos um caso aqui, que impactou bastante a UBS porque, a mulher veio e falou que estava com a pressão alta e não estava se sentindo bem. O agressor estava junto com ela, acolhemos e no momento da acolhida ela me puxou pelo braço e disse que não queria voltar para casa com ele, que estava sendo agredida e em cárcere. A todo momento o agressor ia na porta da sala de medicação e falava que queria ficar com ela. Eu disse para ele: “nesse momento não é certo o Sr. ficar com ela porque precisamos fazer a medicação, a medicação precisa fazer efeito e ela precisa ficar mais calma possível, tanto é que ela está na sala sozinha”. Dentro da sala estava uma enfermeira junto com</p>

		<p>ela apoiando e a equipe segurando-o na porta. Ela relatou a enfermeira o que estava acontecendo, as agressões que não voltaria para casa com ele. Entramos em contato com o CRAS, nos mobilizamos, ligamos para a família dela. Ela tinha um distúrbio, ela tomava umas medicações e estava há algum tempo sem essas medicações, que a afetava ainda mais nessa questão emocional, pedimos para que ele fosse pegar essas medicações, para termos em mãos e sabermos o que ela estava fazendo uso. No momento em que ele saiu a família dela chegou e a levaram. Quando ele voltou e viu que a família dela estava presente, ficou muito bravo. O desfecho foi bom nesse sentido. Porém, com uma semana depois esse agressor voltou e nos ameaçou, deixando a equipe</p>
--	--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		fragilizada.
Concepção de Violência	Entrevista 1	Nós temos que ter essa visão, de que é uma violência doméstica que está acontecendo e para elas é uma coisa comum, uma rotina na vida ser maltratada dentro de casa. (...) Temos essa visão de que está acontecendo alguma coisa e que elas não querem expressar ou também têm medo. A verdade é essa: elas têm medo.
Concepção de Violência	Entrevista 2	Acho que a gente vê, em alguns pontos, em algumas famílias, o ciclo da violência. A mulher fica nesse ciclo, os filhos entram nesse ciclo também. O que eu sei falar é as experiências de estar lá e ver. Eu já vi o pai falando: “vocês não vão pra escola hoje, vocês vão arrumar a casa”, eram todas meninas. E eu disse: “não, o importante pra elas nessa idade é ir pra

		escola”, mas elas já estão acostumadas com aquilo. Para mim, não é normal.
Concepção de Violência	Entrevista 3	a própria pessoa acha que isso é normal. Isso é muito difícil de lidar com essa questão, para a gente às vezes é muito difícil compreender que a pessoa aceita como normal aquela situação sendo que é uma situação de extrema violência
Concepção de Violência	Entrevista 4	A naturalização é uma tendência que, não direi que é cultural, pois nenhuma violência é cultural. Acho que são as ferramentas que temos para lidar com essas relações (...). O trabalho que a gente faz é tentar preservar a subjetividade de cada um, mas também trazendo um pouco do contexto da violência, do que é a violência e de que forma ela se dá - pois ela não é apenas física.
Concepção de Violência	Entrevista 5	E estou vendo que as mulheres, antigamente, tinham mais medo de falar. Agora elas já

		<p>chegam à UBS, não querendo já contar, mas no acolhimento, elas começam a contar o que está acontecendo, como agressão física ou até também verbal. (...). Mas você vê que os homens por qualquer coisinha já estão agredindo as mulheres, não tem paciência. Vejo as reportagens, não só aqui no território, mas de uma maneira geral.</p>
Concepção de Violência	Entrevista 6	<p>elas não acham, mas a gente identifica uma violência através de uma conversa(...).</p> <p>Conseguimos identificar quando ele não está em um dia bom. (...) A idosa que tem a aposentadoria dela e os filhos acabam deixando faltar o remédio e cadê a aposentadoria dessa paciente (..) eu acho que isso é sofrer violência (...) a gente consegue pegar cada coisinha.</p> <p>Em uma casa, quando fazemos a visita, a paciente nos atende de</p>

		<p>uma forma, quando o marido está ela não atende da mesma forma(..) ela pede até desculpa para você. Quem que pede desculpa porque não conseguiu atender naquele dia? (..) e ela começa a contar. “Porque meu marido estava em casa” (fala baixo) (...) sim realmente essa mulher é oprimida (...), presa no próprio mundo dela. Ela é presa e porque ela sofre uma violência. (...)</p> <p>identificamos uma atitude de violência em qualquer lugar.</p>
Concepção de Violência	Entrevista 7	<p>A violência doméstica, eu acho que a gente percebe, (...) nem elas sabem a violência que sofrem. Para elas é normal, é uma coisa que vem desde criança, então é comum, elas sofrem a violência e aí você precisa as vezes, chegar e falar: “mas isso que você está sofrendo é uma violência”. Mas as vezes</p>

		<p>elas nem reconhecem como violência. Faz tanto parte da rotina (...) de não reconhecer mesmo como violência uma coisa que para a gente é tão clara que para elas não.</p>
Concepção de Violência	Entrevista 8	<p>Eu vou reconhecendo que essa violência ela é estrutural, quando eu falo estrutural é que ela está na base da família, as pessoas vão entendendo com uma naturalidade algo que faz parte e que talvez não seja tão violento assim. É difícil pra essa pessoa reconhecer essa violência. (...) a violência física está muito bem definida, bateu, ocorreu a violência, mas o limiar da violência psicológica é muito sutil, não é todo mundo que percebe.</p>
Concepção de Violência	Entrevista 9	<p>Mas se é um bebê e se você não tem o recurso de parar e colocar uma fralda molhada em cima de um lugar que ele tomou a vacina, tem alguma coisa errada. São pequenas coisas que se</p>

		pararmos para ouvir e prestar atenção naquilo que está sendo dito por quem está sendo atendido já faz uma diferença enorme.
Cuidado	Entrevista 1	Primeiro eu converso, vejo se precisa de ajuda no momento e depois procuro direcionar. Existe uma reunião de equipe dentro dessas unidades que discutimos esses casos. Não é só a equipe técnica, são os agentes de saúde, que estão batendo na porta da casa deles durante a semana para fazer as visitas, às vezes ele tem um olhar também, um contato mais pessoal com as pessoas dentro da casa.
Cuidado	Entrevista 2	Na reunião de equipe a enfermeira pergunta, esta mulher está vindo muito aqui e ela começa a questionar: “será que está acontecendo alguma coisa?”
Cuidado	Entrevista 3	Acho que além da chegada da informação e da situação de violência pelas visitas das ACS, o

		<p>momento que é sempre muito importante para mim envolve muita a coleta do Papanicolau. (...) Eu acho que temos muita vontade de cuidar, às vezes o território é muito pobre de equipamentos para nos dar esse suporte, infelizmente, nos vemos em uma situação muito difícil, porque temos tantas e tantas demandas que queremos oferecer um espaço de cuidado muito maior e não conseguimos (...) Eu trago para equipe que é muito mais que uma coleta de um exame, é muito mais que uma busca ativa de vacina. Às vezes o nosso olhar e a nossa escuta tem que estar aberta para outras coisas. (...) Acho que isso é fundamental, da gente entender que aquele momento, por mais que fosse só um procedimento, ele é muito mais do que isso: é um espaço de escuta.</p>
--	--	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

		<p>(...) Normalmente esses casos a gente traz pra uma discussão nos matriciamentos. É claro que se uma mulher me fala que nunca falou isso para ninguém eu procuro individualmente um profissional do NASF para fazer esse apoio também.</p>
Cuidado	Entrevista 4	<p>A forma com que buscamos cuidar das pessoas é sempre através da escuta e do fortalecimento. (...)A forma como seguimos é identificando os casos e tentando sistematizar esse espaço de escuta, seja ele na visita do ACS, escuta do enfermeiro ou equipe multidisciplinar. Mas acho que o território ganharia muito se tivéssemos um cuidado sistematizado por parte da equipe multidisciplinar, se tivéssemos mais acesso.</p>
Cuidado	Entrevista 5	<p>O Núcleo de Prevenção de violência se reúne e na reunião da equipe, nós vamos trabalhando no</p>

		que pode melhorar na vida daquela mulher e ver recursos públicos, essas coisas para ela parar de ser agredida. (...) Eu acho que tinha que ter mais lugares, uma casa que acolhe as mulheres
Cuidado	Entrevista 6	Eu tenho certeza de que a UBS tem muito a ajudar. Principalmente, (...) de um grupo que, é Saúde Total é de exercícios, (...) porque esse grupo traz muito conforto para as mulheres.
Cuidado	Entrevista 7	O último caso que teve aqui, que o ACS que veio e me chamou, eu conversei com ela e já levei para a reunião de equipe pra matriciar com o NASF. Então agendamos uma consulta com a psicóloga para tentar fazer um acompanhamento de alguma forma. Normalmente a gente tenta direcionar para o NASF. Discute antes na reunião de equipe, e direciona para equipe

		<p>técnica do NASF. Eu trouxe na reunião do NPV esse caso e logo depois levei para a reunião de equipe para o NASF. Normalmente a gente tenta esses caminhos.</p>
Cuidado	Entrevista 8	<p>Usamos do espaço das reuniões de equipe, que é um espaço de cuidado, e aí vai pra rede e vamos direcionando e trazendo a rede, vai pro serviço social. Nossa Assistente Social está no núcleo de violência é muito boa. Tentamos trazer a rede pra que ela possa fazer o que precisa ser feito. Se é uma violência do idoso, se é da criança, então a gente vai direcionando para a rede, se é uma negligência, vamos tentando, mas é bastante delicado.</p>
Cuidado	Entrevista 9	<p>Então, é muito importante falar sobre violência. Saber identificar e principalmente saber ouvir, porque no ouvir a gente consegue identificar que a pessoa está no</p>

		<p>ciclo de violência e a pessoa falando sobre aquilo ela mesma consegue identificar, que é muito importante. (...) Perdemos muito com essa pandemia,(...) Esses espaços que a gente poderia criar para dar suporte um pouco melhor para o paciente acabaram também. Começa os grupos e tem que parar com os grupos porque aumentou os casos de covid. A pandemia deixa a gente um pouco travado nesse sentido. (...) Parar um pouquinho e ouvir mais, ouvir o que o paciente tem a falar, ouvir o que o colega tem a falar é muito importante.</p>
<p>Sentimentos</p>	<p>Entrevista 1</p>	<p>Os recursos podem até chegar para algumas pessoas, mas e o medo? Para onde vai o medo da pessoa? Às vezes até a própria família tem medo, porque “eu vou para onde?”, “para onde que eu vou morar?”, “se eu denunciar meu marido que está me batendo todo</p>

		dia, ou que está espancando a própria família, chegando bêbado, quem vai me apoiar? Para onde eu vou? Como vou denunciar se depois vou ter que voltar para casa?”.
Sentimentos	Entrevista 2	Só posso falar com quem e que não vai ter nenhuma reação contra mim. (medo)
Sentimento	Entrevista 3	Isso é muito difícil de lidar com essa questão, para a gente às vezes é muito difícil compreender que a pessoa aceita como normal aquela situação sendo que é uma situação de extrema violência. (sugere frustração)
Sentimento	Entrevista 4	Fico preocupada como a gente consegue um profissional que tenha recurso para lidar com essa situação e que possa também trazer ferramentas para ajudar a equipe e o enfermeiro a lidar com essa situação de violência. (referiu recursos técnicos e

		subjetivos)
Sentimento	Entrevista 5	Eu acho que tinha que ter um olhar melhor para as mulheres, já chegar lá e ser atendida, não ficar exposta, porque ela já sofreu e ainda as pessoas ficam olhando para a cara dela toda estourada. (falou com indignação)
Sentimento	Entrevista 6	falo assim de boca cheia, de um grupo que a gente tem aqui, que é do grupo Saúde Total é de exercícios, eu mesma dou aula, (ri um pouco) eu falo assim, porque esse grupo traz muito conforto para as mulheres. (orgulho do trabalho que realiza)
Sentimento	Entrevista 7	As vezes eles têm medo por conta do risco que ficam correndo no território. Já houve situações que eles depois trouxeram, de esposas de traficantes. Eles ficam com bastante receio, eles não trazem com medo do que eles possam sofrer
Sentimento	Entrevista 8	Não é fácil lidar com violência porque a temos que lidar com frustração. Queremos resolver caso,

		<p>não tem a solução que esperamos. O que eu costumo trabalhar é que vamos fazer o que é possível, e no nosso limite. Não podemos adoecer junto com essa pessoa que está sofrendo a violência, precisamos estar forte. (...) Entendo a violência como algo muito difícil, muito difícil de ser abordado, trabalhado, e principalmente pela fragilidade dos trabalhadores, tem uma questão da segurança, então os profissionais se sentem inseguros.</p>
Sentimento	Entrevista 9	<p>. Infelizmente as pessoas temem, pelo que o agressor pode fazer. Quando o agressor ele sabe que aconteceu alguma notificação ou alguma coisa relacionada a UBS, em muitos casos eles acabam, vindo, fazendo ameaças, e tudo mais.</p>
Educação Permanente	Entrevista 1	<p>Existe uma reunião de equipe dentro dessas unidades que discutimos</p>

		esses casos.
Educação Permanente	Entrevista 2	<p>Depois do NPV, chego do curso, falo o que aconteceu, o que foi focado no curso e divulgamos para equipe e os casos aparecem mais. Começamos a passar para elas que isso não é normal, tem um jeito de falar com a paciente, que podem denunciar, tem que sair desse ciclo. (...)</p> <p>As experiências no NPV eu vou passando para outras colegas. No NPV aprendemos, vi coisas que não sabia, fomos a fundo.</p>
Educação Permanente	Entrevista 3	<p>Na verdade, um dos maiores desejos é que a gente consiga realmente voltar às discussões com toda a equipe. A pandemia complicou muito isso. Nós não temos conseguido realizar nossas reuniões, discutir casos e ampliar as discussões, ainda que de forma genérica. Isso era muito bom porque trazíamos casos e, a</p>

		<p>partir deles, as próprias ACS identificavam outros casos no território e isso dava uma discussão muito rica. O meu maior desejo é que consigamos voltar a fazer isso. (...)Todas as vezes que temos uma discussão com a equipe.</p>
Educação Permanente	Entrevista 4	<p>Eu acho que o processo de formação dos trabalhadores tem um investimento, quando pensamos nos encontros do próprio NPV. Nos encontros tem vindo muitas pessoas que trabalham nessa área e que trazem conhecimento para os trabalhadores. A gente percebe que os trabalhadores do NPV muitas vezes buscam conhecimento fora do ambiente de trabalho. (...)</p>
Educação Permanente	Entrevista 5	<p>Eu acho que nós estamos precisando de mais capacitações.</p>
Educação Permanente	Entrevista 6	<p>Por isso que eu falo da Educação Permanente, ter uma roda de conversa específica para você conseguir ajudar o</p>

		<p>próximo com aquela situação. (...) A gente que é da saúde tem arma e forma, só tem que aprender um pouquinho mais sobre o assunto.</p>
Educação Permanente	Entrevista 7	<p>O último caso que teve aqui, que o ACS que veio e me chamou, eu conversei com ela e já levei para a reunião de equipe pra matriciar com o NASF.</p>
Educação Permanente	Entrevista 8	<p>Usamos do espaço das reuniões de equipe, que é um espaço de cuidado, e aí vai para a rede e vamos direcionando e trazendo a rede.</p>
Educação Permanente	Entrevista 9	<p>Eu tenho falado isso aqui com os profissionais, precisamos ter uma capacitação, e tem que ser uma capacitação recorrente, frequente, para que a gente consiga se empoderar sobre o que é a violência? Como ela é feita? Quando a pessoa está no ciclo de violência?</p>

