

RENATA GRANUSSO BONIN

Será que vai deixar eu falar?
Expectativas e experiências na assistência à violência de gênero

Monografia apresentada ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva e Atenção Primária do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do título de especialista em Saúde Coletiva e Atenção Primária.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Flávia P. L. D'Oliveira.

São Paulo
2017

RENATA GRANUSSO BONIN

Será que vai deixar eu falar?
Expectativas e experiências na assistência à violência de gênero

Monografia apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do título
de especialista em Saúde Coletiva e Atenção
Primária

Programa de Residência Multiprofissional em Saúde
Coletiva e Atenção Primária

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Flávia P. L. D'Oliveira.

São Paulo
2017

AGRADECIMENTOS

A escuta é uma ferramenta fundamental para profissionais de saúde. É o que possibilita entender a realidade de quem procura por assistência, que a comunicação aconteça, que a intervenção possa ser pensada e o direito à saúde realmente garantido.

Desta forma, gostaria de agradecer à professora Ana Flávia pela inestimável oportunidade de estudar o tema da violência de gênero, atender as mulheres no CONFAD e descobrir essa técnica de conversa que permite um encontro tão potente.

Esses seis meses foram intensos e me ajudaram a ampliar a minha escuta e consequentemente meu potencial enquanto psicóloga e profissional de saúde.

A residência possibilitou uma transformação pessoal e profissional e ainda sentirei seus resultados nos anos que virão. Gostaria de agradecer professores, supervisores e profissionais do Centro de Saúde Escola com os quais tive a oportunidade de refletir, aprender e expandir minha compreensão sobre o que é ser profissional de saúde. A profissão de psicóloga tem como um de seus pilares a escuta de quem nos procura para falar de suas condições de vida, percepções e escolhas, de seu sofrimento. Agradecimentos especiais à Dulce e à Vanessa que me acompanharam de perto nestes dois anos e me ajudaram a desenvolver o meu ser psicóloga.

Gostaria de agradecer também ao grupo de residentes que fiz parte. Com vocês aprendi muito sobre a complexidade e riqueza do trabalho em grupo. Agradecimentos especiais à Camila, por sua amizade e pela ajuda nas angústias pessoais e profissionais.

Agradeço à Mariana Nasser e Ana Flávia por terem me apresentado a União de Mulheres de São Paulo, um encontro muito feliz e que fez diferença na minha trajetória. Agradeço à União pelos cursos que me permitiram um aprendizado que vai para além dos temas das aulas e que não se consegue em livros, o aprendizado que surge por se estar entre mulheres e aprender mais sobre como somos diferentes, fortes e como nossa união é importante.

Agradeço também à Dona Carmem, Teresa, Rosana, Elisabete, Juliana, Diva e Sueli, mulheres da minha vida e que me ajudaram a chegar até aqui.

Por fim, agradeço a todas as mulheres que atendi no CONFAD, com as quais aprendi muito. Foi uma experiência fundamental e que deu sentido e significado para todos os estudos.

“Agredida em sua própria residência
Julgada sempre pela aparência
Numa situação histórica e permanente,
A sociedade que se faz indiferente
Questão cultural, força corporal,
Visão moral, pressão mental
Levanta sua voz e me diz qualé que é
É embassado ou não é... Ser mulher!?
Se eu sou mulher estou pronta pra lutar
Se eu sou mulher eu vou sempre avançar
Se eu sou mulher ninguém vai me parar”.

Luana Hansen

Sumário

1. INTRODUÇÃO	1
1.1 Atendimento a Conflitos Familiares Difíceis no Centro de Saúde Escola do Butantã.....	6
2.OBJETIVO	8
2.1 Objetivo Geral	8
2.2 Objetivos Específicos	8
3.METODOLOGIA	9
3.1 Desenho do estudo	9
3.2 Local do Estudo	9
3.3 Amostra	9
3.4 Instrumentos	10
3.5 Coleta e Análise dos dados	10
3.6 Questões éticas da pesquisa	11
4.RESULTADOS.....	12
4.1 Expectativas frente ao atendimento CONFAD	15
4.2 Experiência do atendimento CONFAD	22
5.DISSCUSSÃO	31
6.CONCLUSÃO	34
7.ANEXOS.....	36
8.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	42

RESUMO

A violência de gênero contra a mulher é entendida neste trabalho como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” na esfera doméstica, no âmbito familiar e em qualquer relação de afeto, independente de orientação sexual¹. Priorizou-se neste estudo a violência realizada por parceiro íntimo e por familiares devido sua magnitude nacional e internacional. Acontece com mulheres em todos os países, em todas as raças, classes sociais, religião, orientação e identidade sexual. A Atenção Primária à Saúde conta com o aspecto longitudinal do cuidado e da possibilidade de uma maior aproximação com o território. Assim, seria possível para as Unidades Básicas de Saúde detectar e abordar a situação de violência e servir como porta de entrada da rede de assistência especializada. Os objetivos desta pesquisa foram(a) compreender as expectativas das usuárias em abordar a situação de violência de gênero num equipamento de saúde, (b) Identificar como as usuárias avaliam a experiência do atendimento e (c) identificar atributos do profissional de saúde e do serviço considerados importantes pelas usuárias para contar sobre a violência sofrida. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa pautado na análise de conteúdo temática e fundamentado na perspectiva de gênero e saúde. Os dados foram coletados por entrevistas individuais semiestruturadas com seis mulheres envolvidas em situação de violência atendidas num posto de saúde. Foram realizadas 6 entrevistas com usuárias do CSEB que passaram pelo atendimento CONFAD nos últimos 5 anos. Por meio dos discursos das usuárias foi possível eleger duas categorias: expectativas e realidades. Nelas, foi possível observar atributos importantes relacionados à configuração do atendimento e à conduta do profissional CONFAD.

Palavras-chave: Violência de Gênero. Violência por parceiro íntimo. Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Violence against women is considered in this research as "any action or omission based on gender that causes death, injury, physical, sexual or psychological suffering and moral or property damage" in the domestic sphere, within the family, regardless of their relationship and sexual orientation. This study prioritizes violence perpetrated by intimate partners and family members, due to its national and international magnitude. It happens to women in all countries, of all races, social classes, religions, orientation and sexual identity. The Primary Health Care has a longitudinal aspect of care and the possibility of a closer approach to the territory. Thus, it would be possible for the Basic Health Units to detect and address the situation of violence, serving as a gateway for the specialized care network. The objectives of this research were (a) to understand the expectations of the users in addressing the gender violence situation in a health facility, (b) to identify how the users evaluate the experience of the service and (c) to identify attributes on both healthcare professionals and in the service itself, considered important by its users in their testimonies about domestic violence. This is a qualitative study based on the analysis of themed content and on the perspective of gender and health. Data was collected through semi-structured individual interviews with six women, involved in a situation of violence, who were examined at a health center. Six interviews with CSEB users, who underwent CONFAD services in the last 5 years, were carried out. Through the discourses of the users it was possible to choose two categories: expectations and realities. In them, important attributes related to the configuration of care and to the conduct of the professional CONFAD were observed.

Key words: Violence against women. Partner violence. Primary Health Care.

1. INTRODUÇÃO

A violência de gênero contra a mulher é entendida neste trabalho como “qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial” na esfera doméstica, no âmbito familiar e em qualquer relação de afeto, independente de orientação sexual¹. Priorizou-se neste estudo a violência realizada por parceiro íntimo e por familiares devido sua magnitude nacional e internacional^{2,3}. Acontece com mulheres em todos os países, em todas as raças, classes sociais, religião, orientação e identidade sexual.

A situação para as mulheres negras é agravada devido ao racismo se somar às vulnerabilidades⁴ as quais estão expostas. A persistente escassez de dados e a dificuldade em encontrar fontes de informação nacionais sobre a violência com base em sexo, raça/cor e tipo de agressor é significativa do cenário de desigualdades que marca o país⁵.

Segundo relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS)², uma das formas mais comuns de violência de gênero contra a mulher é a praticada pelo parceiro ou ex-parceiro. Estar mais exposta à violência por pessoas íntimas pode significar sofrê-la de forma contínua e por longos períodos ou mesmo toda a vida⁶. Em contrapartida, a violência sofrida por homens costuma ser perpetrada majoritariamente entre desconhecidos ou conhecidos fora da rede social próxima², o que denota uma nítida separação entre a esfera privada para a situação das mulheres e a esfera pública para a dos homens. Não é nas ruas, mas dentro de suas próprias casas e realizada por alguém com o qual se tem um vínculo afetivo e de confiança. Estudos nacionais demonstram que parceiros ou ex-parceiros íntimos se destacam entre os principais agressores nas situações de violência, além de verificarem altas taxas para os tipos psicológica, física e sexual⁷. Em torno de 1 a cada 3 mulheres no Brasil sofre ou sofreu violência física e/ou sexual por parceiro íntimo³.

A violência de gênero contra a mulher ainda encontra-se invisibilizada, vista pela sociedade brasileira como comum e banal, dificultando a abordagem nos seus diversos setores. O movimento feminista brasileiro pressiona o Estado e a assistência

prestada principalmente pelos setores da Justiça¹ e Saúde há décadas. Desde os anos 80, a violência de gênero contra a mulher é um dos principais focos do movimento feminista, o que possibilitou a formulação junto ao Estado de políticas públicas mais condizentes específicas para esta realidade. Nos anos 90, o movimento leva o tema da violência para discussão no campo da Saúde e do desenvolvimento social e continua até hoje a realizar ações para tornar o fenômeno da violência cada vez mais visível, fazer respeitar os direitos humanos já conquistados e para que continue o desenvolvimento de políticas públicas afinadas com as questões de gênero e reflexão por parte da sociedade sobre o tema^{8,9}.

A violência de gênero contra a mulher faz parte da vida social: a agressão sexual, agressão a pessoas e bens, o assédio, as humilhações, ameaças ou desqualificações dependem em muito dos contextos culturais onde estão inseridos os relacionamentos, como aponta Schraiber e Oliveira⁶:

A violência contra a mulher diz respeito, pois, a sofrimentos e agressões dirigidos especificamente às mulheres pelo fato de serem mulheres. Como termo genérico, agora para referir à situação experimentada pelas mulheres, quer remeter também a uma construção de gênero, isto é, se em primeiro lugar evidencia uma dada ocorrência sobre as mulheres, também quer significar a diferença de estatuto social da condição feminina, diferença esta que faz parecer certas situações de violência experimentadas pelas mulheres – especialmente a violência que se dá por agressores conhecidos, próximos e de relacionamento íntimo, como experiências de vida usuais.

A LMP¹ dá visibilidade à violência de gênero contra a mulher e legitima ações intersetoriais voltadas para os temas de violência e gênero. É também um avanço considerável se comparada a outras legislações que só recentemente saíram de vigor e negavam direitos às mulheres, como a necessidade da mulher casada receber autorização do marido para exercer uma profissão⁵. É fruto do estímulo de movimentos internacionais para a garantia dos direitos humanos e do movimento feminista¹⁰, e cria mecanismos jurídicos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, dentre eles os Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher. A LMP garante em seu 2º artigo que:

¹ Entendida neste estudo como os equipamentos jurídico-policiais (Juizados de violência doméstica e familiar, Delegacia comum e Delegacia da mulher).

Toda mulher, independente de classe, raça, etnia, orientação sexual, renda, cultura, nível educacional, idade e religião, goza dos direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sendo-lhe assegurada as oportunidades e facilidades para viver sem violência, preservar sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual e social.

Outro ponto importante da Lei é que define as diferentes formas de violência contra a mulher, a saber: física, psicológica, sexual, patrimonial e moral. Desta forma, respalda uma compreensão abrangente do fenômeno da violência contra a mulher, legitimando a busca de auxílio às mulheres envolvidas nessa situação e a criação de uma rede de assistência para além do setor jurídico, como os setores Saúde e Assistência Social.

Após 10 anos de sua criação, a lei ainda se encontra em fase de implementação, mas importantes avanços foram realizados. O conjunto de equipamentos que realizam este tipo de assistência se desenvolveu e ganhou novos pontos para abordagem da violência, como casas-abrigo, centros de atendimento integral e multidisciplinar para mulheres e seus dependentes, delegacias especializadas e o apoio à criação de Centros de Educação e Reabilitação para os agressores¹⁰.

O município de São Paulo tem inaugurado, nas últimas décadas, equipamentos voltados para a assistência às mulheres envolvidas em situação de violência, vinculados à Secretaria Municipal de Assistência e Desenvolvimento Social (SMADS), à Secretaria Municipal de Políticas para as Mulheres (SMPM), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), ao Tribunal de Justiça e à Secretaria de Segurança Pública do Estado de São Paulo. Cada um destes atende uma especificidade deste fenômeno e compõe o conjunto de equipamentos públicos que prestam assistência aos casos.

Este conjunto de serviços, quando consegue articular-se e pensar conjuntamente as estratégias de assistência, forma a Rede de Assistência às Mulheres Envolvidas em Situação de Violência^{11,12}. O número de serviços que atende as mulheres nesta situação não é o único indicador para uma assistência suficiente, pois deve vir acompanhado da qualidade da assistência e articulação entre os diferentes setores que compõem a Rede¹¹. É a integração de suas ações, a capacidade de interlocução, criação de canais de comunicação e articulação entre as instituições que irão defini-las enquanto um conjunto de serviços ou uma rede de assistência real⁹:

[...] estrutura em que convivem atores e suas relações, com seus ideais, quadros discursivos e mapas cognitivos, e de cuja

constituição participam ideologias políticas e discursos culturais, que, nas suas convergências e divergências, podem afastar ou aproximar os sujeitos que a integram. Nesse sentido, as afinidades entre as atitudes dos sujeitos que representam as instituições e organizações e sua trajetória biográfica teriam um peso considerável nas possibilidades de conexões e na qualidade dessas conexões, que também se fazem presentes na consolidação ou não da rede em torno de metas e objetivos comuns.

Nesta pesquisa optou-se pela expressão “mulheres em situação de violência” ao invés de “mulheres vítimas de violência”. Essa diferença é importante pois entende-se que nomear as mulheres como “vítima”, além de ter origem no discurso do Direito e não fazer sentido para o contexto da Saúde, significa também enxergá-la como destituída de autonomia diante das possibilidades de seu contexto, defini-la como incapaz de decisões e de lidar ou sair da situação de violência⁶.

O conceito de Rota Crítica foi desenvolvido pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) como forma de estudar o caminho percorrido pelas mulheres em situação de violência em busca de garantir seus direitos humanos e uma vida sem violência. A rota pode acessar dois tipos diferentes de rede: formal e informal. A rede formal é composta por serviços institucionalizados que compõem a rede de assistência. A rota informal é comporta por familiares, amigos, vizinhos, instituições religiosas, etc, A rota tem início com a decisão de romper o silêncio e denunciar a situação de violência, em geral marcada por aspectos dificultadores, relacionados tanto à rede social de apoio da mulher quanto pelos equipamentos da rede intersetorial que deveriam auxiliá-la neste processo. Muitos destes dificultadores decorrem do tratamento da violência somente enquanto um problema individual, negando a influência social deste fenômeno^{13,14}.

A OMS compreende a violência contra a mulher como um problema de saúde pública, por ser um obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico e violar os direitos humanos¹⁵. Define saúde como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades". Embora este estado de completude seja inalcançável, esta definição sugere que a saúde é algo abrangente e complexo, integrada nos diversos âmbitos da vida de uma pessoa e que será assegurada por meio do trabalho de diversos setores da sociedade. Desta forma, entende-se que o fenômeno da violência de gênero contra a mulher extrapola o setor

judiciário e policial¹⁰, devendo ser abordada também nas escolas, ambiente de trabalho, e no setor saúde para além de uma prática curativista dos sintomas.

A violência pode impactar a saúde das mulheres e sua qualidade de vida. Estudos mostram que violência dentro do casamento e estupro estão relacionados à maiores índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaleia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico de diversos tipos. Também afeta a saúde reprodutiva, estando relacionada a dores pélvicas crônicas, doenças pélvicas inflamatórias, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez indesejada. Com frequência a situação de violência se repete e a cada episódio se agrava^{7,15}. Nas ações de prevenção, dificulta ou impede intervenções em situações como planejamento familiar, HIV/Aids e riscos obstétricos⁷.

Esse fenômeno social tem efeitos nas formas como as mulheres buscam os serviços de saúde, denotando maior frequência nas consultas dos serviços ambulatoriais e hospitalares, embora a violência nas relações de gênero muitas vezes não seja percebida e considerada na terapêutica destes casos¹⁰. Como pontua Schraiber e seus colaboradores¹⁶:

[...] quanto mais visível se tornar a violência que desencadeia sofrimentos e danos à saúde, mais eficaz será a ação assistencial. O que cada mulher em situação de violência traz aos serviços de saúde não é a violência como um problema: em geral, traz apenas seus efeitos. A violência vivida, portanto, não aparece como tal, nem mesmo como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se “ invisível ” também no interior dos serviços de saúde, isto é, como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres que procuram estes serviços.

A atenção primária conta com o aspecto longitudinal do cuidado e a possibilidade de uma maior aproximação com o território. Dentre suas potencialidades, destaca-se a construção de vínculo com os usuários, a representação, em alguma medida, do Estado e da garantia de direitos, além das visitas domiciliares que vão até os usuários. Desta forma o posto de saúde encontra-se na rota de muitas mulheres em situação de violência, estando ciente de sua realidade ou não⁷. A Atenção Primária tem aspectos promissores para a assistência destas mulheres: é um local em que a maioria das mulheres passam ao menos uma vez na vida, encontra-se próximo do território, conta equipes de referência e proposta de cuidado longitudinal. Se o serviço conseguir se organizar em ações de acolhimento e intervenções (salas de espera, ações no território, atendimento), tem a possibilidade de ser um ponto de apoio importante e

eficaz na rota destas mulheres, apoiando a garantia de direitos humanos como necessários para a saúde.

1.1 Atendimento a Conflitos Familiares Difíceis no Centro de Saúde Escola do Butantã

O CONFAD (Conflitos Familiares Difíceis) é uma técnica de atendimento a pessoas em situação de violência realizado no Centro de Saúde Escola Samuel Barnsley Pessoa (CSEB), um equipamento de Atenção Primária à Saúde (APS). Existe oficialmente desde 2000, contudo já em 1994 a temática de gênero e violência doméstica permeava as atuações no Programa de Saúde da Mulher, sendo até hoje seu principal foco. O atendimento leva este nome por questões culturais, já que a população atendida se identifica, ao se tratar do contexto doméstico e familiar, mais facilmente com o termo “conflitos familiares” em comparação à palavra “violência”¹⁷.

Seu surgimento ocorreu devido à percepção de profissionais de que a violência de gênero contra a mulher era uma questão de saúde pública, sendo necessário trabalhar este fenômeno social também na atenção primária. O programa atende mulheres de todo o distrito do Butantã, com variação de origem, idade, cor, renda, escolaridade e ocupação. Recebe encaminhamentos de serviços da região, das áreas jurídica, assistência social e saúde. Visa, concomitante à assistência prestada, sensibilizar os profissionais para o problema da violência e questões de gênero. Embora a grande maioria dos casos que chegam para atendimento no CONFAD seja de mulheres envolvidas em situação de violência doméstica num relacionamento heterossexual, o programa também atende outros tipos de violência de gênero e violência perpetrada por desconhecidos ou não-familiares, de todas as faixas etárias.

Esta técnica de atendimento norteia-se por princípios como o não julgamento por parte do profissional, a não vitimização da mulher, entendida como sujeito de direitos e possibilidade de ação e pelos direitos humanos das mulheres. Configura-se como detecção, escuta qualificada e construção de estratégias numa postura de responsabilização com a usuária, respeitando sua autonomia, além de orientação sobre a rede de assistência às mulheres vítimas de violência doméstica¹⁸. Após o acolhimento¹⁹ e a orientação sobre direitos, auxilia as usuárias a identificar seus projetos pessoais e acessar os serviços necessários para se fortalecerem e garantirem seus direitos. Desta

forma, o CONFAD cumpre duas funções: servir de porta de entrada para a rede de assistência especializada e abordar, dentro das possibilidades da APS, a situação de violência e o impacto na saúde das usuárias.

2. OBJETIVO

2.1 Objetivo Geral

Investigar a assistência prestado pelo CONFAD aos casos de violência doméstica no CSEB, por meio da percepção de usuárias

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar as expectativas das usuárias sobre o atendimento;
- Identificar como as usuárias avaliaram a experiência do atendimento;
- Identificar atributos do profissional de saúde e do serviço considerados importantes pelas usuárias.

3. METODOLOGIA

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo qualitativo, em que foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas com usuárias atendidas pelo CONFAD.

3.2 Local do Estudo

Este estudo foi realizado no Centro de Saúde Escola Professor Samuel Barnsley Pessoa (CSEB), vinculado à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e sob a responsabilidade dos Departamentos de Medicina Preventiva, Pediatria, Clínica Médica e FOFITO (Fisioterapia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional) da referida universidade. Este equipamento de saúde configura-se como uma Unidade Básica de Saúde (UBS) Tradicional e localiza-se no Distrito do Butantã, Zona Oeste do município de São Paulo e encontra-se em atividade há 39 anos. Sua área adscrita é diversa, com regiões de alta e baixa vulnerabilidade, além de abarcar os moradores do Conjunto Residencial da USP.

3.3 Amostra

Para a coleta de dados optou-se pela amostragem por conveniência, priorizando-se a diversidade de: idade, tempo de relacionamento e escolaridade, tendo em vista o objeto de pesquisa, a metodologia adotada e o tempo disponível para a realização deste trabalho.

Dessa forma, inicialmente, realizou-se um levantamento nos arquivos digitais do CSEB sobre usuárias atendidas pelo CONFAD nos últimos 5 anos, resultando um total de 230 pessoas (217 mulheres e 13 homens), dentre usuários do território e usuários fora de área, que são aqueles com outra UBS de referência no Butantã ou mesmo (em menor número) de outras partes da cidade. Em seguida, foram selecionadas as usuárias do sexo feminino residentes no território do CSEB na época da entrevista, configurando em 103 usuárias. Considerou-se que a proximidade com o serviço implicaria em maior possibilidade de comparecimento à entrevista.

A terceira etapa foi contatar somente as usuárias que possuíam registro de atendimento em seu prontuário ou que o mesmo tenha sido encontrado, totalizando 50

usuárias. Este critério foi usado devido alguns prontuários não estarem disponíveis, ou estarem registrados como encaminhados ao CONFAD mas não possuem registro de atendimento, ou mesmo não possuem registro de encaminhamento e atendimento no CONFAD o que pode significar um erro de digitação do serviço. Ao final deste processo, foi possível contatar via telefone 36 mulheres, resultando em 11 agendamentos e 6 entrevistas realizadas. Uma das entrevistas agendadas foi cancelada devido a problemas de saúde da usuária.

Estimou-se a realização de 10 entrevistas usando o critério de saturação, encerrando a coleta quando houvesse acúmulo suficiente de informações sobre o tema e escassez de novos dados. Entretanto, o total de 6 entrevistas proporcionou material suficiente para abordar os temas desejados.

Os convites foram realizados via telefone e mediante interesse, agendada a entrevista.

3.4 Instrumentos

Foram elaborados dois roteiros para esta pesquisa: um roteiro de entrevistas e um roteiro para a análise das mesmas. O roteiro de entrevistas (Anexo B) foi construído no formato semiestruturado, com 20 perguntas abertas e abordados os temas Saúde, Violência, Rede Social de Apoio, Rede de Assistência à Violência e Conduta do Profissional de Saúde, com o intuito de possibilitar às participantes abordarem suas expectativas e experiências frente à vivência da violência e o atendimento recebido, além de refletir a respeito. O roteiro de análise (Anexo C) conta com 7 perguntas, de forma a orientar a pesquisadora para as categorias temáticas importantes, durante leitura das transcrições das entrevistas.

3.5 Coleta e Análise dos dados

Foram agendadas 11 entrevistas e ao todo 6 foram realizadas. As principais dificuldades encontradas para contatar as usuárias foram: dados desatualizados no cadastro do CSEB; tentativas de contato realizadas em horário comercial, quando as usuárias estavam trabalhando; o agendamento das entrevistas se darem somente durante o horário em que o posto de saúde estava aberto, o que não lhes permitia comparecer para a entrevista ou mesmo atender o telefone devido rotina de trabalho; algumas usuárias não se recordavam especificamente do atendimento CONFAD; algumas

usuárias não demonstraram interesse em participar da pesquisa. Além disso, o convite para participar da pesquisa só foi realizado quando foi possível falar diretamente com a usuária, por questões éticas: sua passagem pelo CONFAD é sigilosa. Em contrapartida, parte das mulheres referiu durante a ligação sobre a ajuda que haviam recebido do CONFAD, perguntando sobre a possibilidade de responderem as perguntas via telefone, uma opção não contemplada nesta pesquisa.

Os dados foram coletados em novembro de 2016, através entrevistas individuais semiestruturadas, por meio de gravação das mesmas. As usuárias foram estimuladas a contar sobre a trajetória no serviço referente à situação de violência vivida e a opinarem sobre o atendimento recebido, inclusive sugestões sobre aspectos que poderiam ser melhorados. Após a transcrição, as entrevistas foram analisadas a partir do instrumento em anexo (anexo C). Todas as usuárias entrevistadas foram informadas sobre a pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (Anexo A).

Ao analisar as respostas das usuárias, os núcleos de sentidos das expectativas e experiências de cada mulher puderam ser identificados, respondendo desta forma, ao objetivo traçado nesta pesquisa. Estes núcleos foram analisados e agrupados em categorias temáticas a partir dos referenciais teóricos utilizados, produzindo uma síntese interpretativa final.

3.6 Questões éticas da pesquisa

Além da utilização do TCLE (Anexo A) em linguagem acessível para as mulheres que foram entrevistadas, foi possível prestar orientação e acolhimento àquelas que demonstraram interesse. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, individualmente, em uma sala de atendimento do serviço de saúde que garantisse privacidade às usuárias. Foram usados nomes fictícios no corpo do texto, além de outras modificações necessárias para o não reconhecimento das participantes. O resultado da pesquisa será apresentado aos profissionais do Centro de Saúde Escola, de forma a contribuir com o trabalho que já vem sendo realizado junto aos casos de Violência de Gênero Contra a Mulher.

4.RESULTADOS

A amostra compreendeu 6 entrevistas, cujas características sociodemográficas estão dispostas na Tabela 1 (ANEXO D). As entrevistadas constituíram um grupo propositadamente diverso: houve variação de idade, cor, escolaridade, ocupação, status civil e núcleo familiar. A amostra também diferiu entre mulheres que viviam, no momento da entrevista, em contexto de violência e aquelas que não mais a vivenciavam.

Ao serem perguntadas sobre sua cor, 4 entrevistadas se declaram pardas, uma morena e uma branca. Levou-se em consideração seu entendimento da própria cor, por entender que faz parte da produção sociocultural do país. Embora a questão racial e étnica seja um aspecto importante, pois mulheres negras e pobres sofrem mais violência e apresentem mais dificuldade de acesso a recursos formais para lidar com a mesma, não foi possível colher mais dados a respeito para tratar o tema, sendo uma limitação neste estudo.

A violência de gênero perpetrada por parceiro íntimo ocorreu com 5 das 6 entrevistadas, sendo a violência perpetrada por familiar do sexo masculino (irmão) a exceção. A violência psicológica foi referida em todos os casos, a violência física em 5 destes, e houve referência de violência sexual e patrimonial em dois casos, diferentes entre si.

Em relação ao número de atendimentos CONFAD, 4 das entrevistadas foram atendidas uma única vez² e 1 duas vezes. Todas as mulheres entrevistadas foram encaminhadas para o atendimento CONFAD por profissionais do próprio serviço: equipe de enfermagem (técnicas de enfermagem e enfermeira), médica, psiquiatra e psicóloga. O primeiro relato sobre violência aconteceu em grupos de recepção na saúde mental, atendimentos de enfermagem no setor de saúde do adulto e saúde mental. A trajetória das usuárias dentro do serviço variou entre abordar diretamente a situação de violência ou desta ser detectada por um profissional durante atendimento de rotina. As orientações CONFAD de acordo com os prontuários alternaram entre a apresentação da rede de assistência para atendimentos específicos (jurídico) e o tipo de auxílio que poderia ser conseguido de cada um deles, discussão sobre planos pessoais da usuária (os já identificados e os em construção), estratégias para planos de vida que contemplassem saídas informais (sem ajuda de equipamentos específicos - conseguir creche para filhos,

² Não foi possível obter esta informação em uma das entrevistadas.

trabalho para ter rotina menos restrita ao ambiente familiar e autonomia financeira), apoio de atendimento na saúde mental quando condizente com as necessidades de saúde da usuária, estímulo de busca à rede social de apoio.

No geral, as mulheres não tiveram dificuldades em falar sobre a situação de violência, durante as entrevistas da pesquisa, sendo que o relato se iniciava espontaneamente durante as perguntas sociodemográficas (status civil, número de filhos), sendo necessário por vezes adaptar a ordem das perguntas do roteiro. Em uma delas o gravador precisou ser ligado às pressas, porque a entrevistada iniciou a fala sobre a violência espontaneamente, antes mesmo das perguntas iniciais.

O sofrimento psicológico foi referido como o principal impacto da violência na saúde das entrevistadas, sendo a saúde mental um componente importante de suas concepções de processo saúde-doença. Os impactos referidos foram: a dificuldade para dormir, a depressão, “nervoso”, ansiedade, tristeza, medo, pesadelos e discussões familiares. Ao ser questionada sobre o que era saúde para si, Maria responde:

“Ah...ser saudável é você ter uma alimentação adequada, que não consegue né. Porque hoje até pra isso é difícil, você ter uma alimentação. Até o sossego seu faz parte né. Tudo isso! É um monte de fatores que envolve sua saúde... Não é só alimentação. Né! É preocupação (...) você não precisa tá com doença nem nada. Se você num dormi bem, você não tem uma saúde saudável. Cê tem que deitar na cama e conseguir dormir. (...) Pra se amanhece bem no outro dia, porque uma noite de sono...pra mim é um terror eu não dormi à noite.

Maria aborda a saúde física e mental em sua fala e dá importância à segunda. Sofria violência psicológica de seu parceiro e, embora estivesse fora da situação de violência, sua resposta sobre o que era saúde está permeada por suas experiências neste contexto. Ela referiu durante a entrevista que uma das consequências da violência psicológica era a dificuldade em dormir. Essa dificuldade se devia aos convites do marido para relações sexuais quando estava embriagado, além das situações de risco que colocava a família, por quebrar objetos e deixar o fogão aceso durante a madrugada. Dificuldade para dormir, ansiedade, nervoso e estresse podem estar associados à episódio de violência dentro da esfera doméstica.

Já Francisca, que se encontrava em situação de violência no momento da entrevista, relatou:

“(A violência) Pode (fazer mal à saúde das mulheres)... que eu me sinto doente, viu. | E de que forma pode fazer mal? | Por dentro mesmo, sabe? Na cabeça, parece que não fica boa mais, não sei mais resolver as coisas assim, antes eu tomava decisão, já ia e fazia, agora não... Fico meia presa. | Sim. Esse meio presa quer dizer o que? | Que, eu quero... ah eu falo assim, aí eu vou-me embora, vou arriscar, depois eu vou começar a pensar um monte de coisa na minha cabeça e não vou. É assim... | Esse monte de coisa é o que? Você poderia falar? | Ah eu fico imaginando o que pode acontecer também né! O que que ele vai fazer comigo, com meus parentes, vai criando uma bola de neve.

É visível na fala da usuária uma situação de desamparo e impotência. O humor deprimido está relacionado às suas condições de vida, como uma reação normal. É importante que o serviço de saúde não medicalize as queixas e entenda o contexto de seus sintomas antes de intervir.

Entre as entrevistadas, 5 procuraram a rede especializada de assistência. Os serviços referidos foram: Delegacia Policial Comum, Delegacia de Defesa da Mulher, Defensoria Pública do Fórum, Centro de Referência da Mulher e Centro de Defesa e Convivência da Mulher. Somente uma mulher referiu não ter buscado a rede. Importante ressaltar que os serviços jurídico-policiais são a estratégia mais divulgada do combate à violência contra a mulher e com frequência a primeira tentativa de ajuda por elas buscada¹¹, sendo que a falta de acolhimento de suas demandas e/ou a baixa qualidade da assistência prestada foram pontos levantados por três usuárias.

A partir das leituras das entrevistas foram produzidos núcleos de sentido que se apresentam sistematizados em duas categorias: expectativas para o atendimento e experiência do atendimento, divididas em temas e expostas a seguir. Optou-se por utilizar as palavras da usuária para nos referirmos à UBS e à assistência centrada na mulher, respectivamente Posto de saúde e Ajuda. Entende-se que a palavra “ajuda” se utilizada fora do contexto da pesquisa pode adquirir caráter assistencialista, o que não é o caso deste trabalho. A ajuda aqui se refere a um auxílio centrado na mulher, em suas necessidades, um auxílio visando sua autonomia, que ela consiga tomar suas decisões da forma como lhe for melhor.

4.1 Expectativas frente ao atendimento CONFAD

A busca de ajuda na rede primária pode passar despercebida pelos profissionais de saúde, por não se enquadrar na estratégia socialmente mais aceita nas instituições (judicialização)⁹. Além disso, a experiência anterior da mulher na rede informal e formal pode impactar em sua expectativa em receber ajuda¹³ no posto de saúde e nas expectativas relacionadas também ao CONFAD.

A invisibilização destas ações iniciais e informais prejudica a compreensão da realidade da mulher, aspectos importantes de sua rota crítica que impactam na tomada de decisão. A demanda realizada ao posto de saúde deve ser entendida dentro do contexto da usuária: encontra-se alocada em determinada geração, raça, classe social e determinação de papel de gênero.

A primeira categoria foi disposta em três eixos: (1) “Oportunidade de falar”, (2) “Ser Ajudada” e (3) “Sigilo”.

No eixo “**Oportunidade de Falar**” demonstra-se principalmente a demanda das usuárias por um espaço onde pudessem se expressar e abordar diretamente a situação de violência sofrida. Embora a vontade de falar tenha sido referida por todas as entrevistadas, veio acompanhada de receio e desconfiança sobre se o posto de saúde ou atendimento atenderia sua demanda. Este receio pode estar relacionado ao tempo disponível para atendimento e à conduta/interesse do profissional.

(Maria) *“Eu sabia assim, eu sempre tive a consciência de que eu ia falar (no atendimento). Que eu ia falar tudo que tava acontecendo comigo, que eu tinha que falar. Mas eu, será que vai deixar eu falar? Será que eu vou ter a oportunidade de falar?”.*

(Juliana) *“Mas será que eu vou, que eu posso, falar tudo o que eu quero? (risos) A gente fica com medo né! Fiquei assim. Será que eu posso falar tudo, tudo tudo tudo?”.*

Falar sobre a violência pode ser muito difícil, exigir coragem. Dependendo do tipo de acolhimento encontrado na família e conhecidos, muitas mulheres podem preferir contar à uma instituição do que à própria família. Falar de algo tão sensível requer do espaço disponibilizado para que esta mulher fale do seu jeito: com seu raciocínio, sua necessidade de relatar os fatos, sua compreensão de sua situação de vida. É a este **tudo** que Juliana se refere.

*(Francisca)... aí ela falou assim que aqui tinha um serviço que podia me ajudar. (...) Porque às vezes a gente precisa se abrir mais com as pessoas mas a gente tem **medo** de falar. Fala uma palavrinha e aí já fica com medo. | E por que o medo? O que você acha que pode acontecer? / Porque...a vida pessoal a gente fica com **vergonha** né. (...) Porque aqui é pra cuidar da saúde, agora vem com os problemas lá de casa né... | Você acha que aqui (no posto) não dá pra falar dessas coisas? / Não, agora eu tô vendo que dá pra falar né!*

O “medo” e a “vergonha” são aspectos pertencentes à esfera interna, mas também reações causadas pelo contexto social das mulheres, funcionando muitas vezes como barreira na busca por ajuda e conseqüentemente dificultando o acesso às oportunidades de assistência da rede especializada⁸. Estes sentimentos estão relacionados à posição que as usuárias podem ser colocadas, de responsabilidade pela violência sofrida e sua situação deslegitimada, além do receio de que sua demanda não estivesse entre os objetivos de atendimento do posto. A fala de Francisca demonstra a anterior falta de confiança para falar de seus “problemas de casa” no posto de saúde. Não era um espaço garantido e não havia certeza sobre o que lhe seria oferecido. O atendimento CONFAD, embora sinalizasse ajuda, poderia não se mostrar a ajuda desejada⁸. É interessante perceber a diferença entre ajuda desejada e ajuda de fato recebida. É no momento da assistência em que se negocia (ou não) o quanto o sofrimento da usuária pode ser traduzido enquanto objeto possível de intervenção e o que esta significa na interação. É neste momento que as alternativas terapêuticas são negociadas ou impostas e que a usuária pode ter sua vivência da violência legitimada como injusta e digna de ação ou não⁶. Como denota a fala de Francisca, o receio se traduz na pergunta: dá pra falar sobre a violência no posto?

Quando a mulher procura um serviço da rede de assistência, ela o faz com base em seus planos e possibilidades. Contudo, a lógica dos serviços e das usuárias é

diferente, devido à dificuldade de tradução das necessidades, resultando em respostas parciais ou indesejadas às demandas trazidas. No setor Saúde, o sofrimento da mulher e os sintomas decorrentes da situação de violência podem ser desconsiderados por não haver base anatomopatológica para justificá-lo, o que sinaliza que este não é o espaço adequado para tratar desta questão⁹. Mesmo havendo sintomas pelo corpo, estes podem ser entendidos como único objeto de intervenção, desconsiderando a violência como questão de saúde social. Esta lógica invisibiliza ou mascara questões de desigualdade de direitos humanos, mais especificamente desigualdades de gênero¹¹

Todas as entrevistadas falaram sobre a situação no posto após longo período de violência. Importante destacar que quando a violência é revelada¹¹, seja como registro de boletim na delegacia ou abordada num atendimento de saúde, pode estar ocorrendo há anos e numa fase já crítica para a vida e/ou saúde das usuárias. No caso de Maria e Antônia, a delegacia foi a primeira instituição a ser procurada: no primeiro caso, a usuária encontrou a negação de sua demanda e Antônia uma resposta parcial, o que pode ter afetado sua confiança para buscar ajuda em outros em outras instituições, no caso o posto de saúde.

Entende-se ainda que a dificuldade das mulheres em falar sobre a situação de violência decorre de outros aspectos/ da lógica assistencial do posto. Os postos de saúde estão acostumados a trabalhar com questões da vida privada de seus usuários³, quando estas se encontram legitimadas como intervenção de saúde. Contudo os profissionais de saúde podem entender que a violência é um problema que deve ser resolvido apenas pela segurança pública.

Na delegacia, a oportunidade de falar é pequena e pautada pelas informações que são necessárias ao boletim de ocorrência (B.O), transformando sua fala já tolhida em um discurso incompreensível para a mulher⁹. Este desencontro de expectativas e de linguagens dificulta a garantia de seus direitos humanos. Maria referiu que após a experiência de atendimento na delegacia, “perdeu as esperanças” na instituição:

“Que nem a delegacia da mulher, a delegacia da mulher hoje eu num... eu já procurei! Pra fazer uma denúncia. Mas eu acho tão uma burocracia, uma coisa tão difícil. | Como que foi lá? Assim a primeira instância, cê tem que ter três denúncias, quatro, não sei quantas, pra poder a pessoa ser chamada. Por

³ Como a saúde sexual (uso de métodos contraceptivos, doenças sexualmente transmissíveis e seu tratamento) e a alimentação (alimentos e peso considerados saudáveis).

isso que acontece as violência hoje. Porque você tem que ter várias denúncias pra pessoa chegar ali e ser abordado (a situação). | E como que você foi atendida? Você acha que foi bem atendida na delegacia?| Num fui não! | O que aconteceu?| Num fui não porque... a minha cunhada, até a respeito disso, a minha cunhada ela... ela chegou falar que eu era uma vadia, que isso que eu tava fazendo (encerrar o casamento) era errado. Que eu era uma vadia. Tendeu? Me pôs abaixo de cachorro. Inventou conversas, fofoca, eu achei aquilo um absurdo e procurei a delegacia pra fazer. Eles falou isso não leva a nada. Porque eu fiquei tão aborrecida, porque o que ela falou foi muito sério. |Uhum!| E falou uma coisa que não era verdade. Além disso tudo falei não, além de tá sofrendo em casa uma agressão. E eu ainda tenho que ouvir de uma pessoa. Isso é muito, e uma coisa que eu não faço. Eu achei aquilo um absurdo, eu procurei a delegacia. Eles me falaram ah, isso não vai (dar) em nada não. Isso aí que vai acontecer, isso aí até que vai a julgamento essa pessoa for condenada, que ele vai fazer, pagar uma cesta básica. Desse jeito me falaram”.

A lógica punitivista do sistema judiciário molda a escuta dos profissionais responsáveis por prestar sua assistência. A fala das mulheres é considerada somente nos fatos que se encaixam nesta lógica⁹, nos artigos previsto em lei, ficando os outros componentes desmerecidos e à mercê do senso comum (julgamento moral) deste profissional.

A criação da DDM foi criada como mais como proposta isolada de ação contra violência do que política pública estruturada⁹. Mesmo assim, derivou em maior número de unidades e seus profissionais não tem contado com qualquer tipo de capacitação para atender com qualidade sua clientela, o que pode fazer com que individualizem o problema, situação que pode ser aplicada às delegacias comuns⁹. Como equipamento procurado por muitas mulheres em situação de violência, a delegacia comum e da mulher, caso conseguisse ter visão mais abrangente do problema, teria um potencial pedagógico importante na rede de assistência.

No campo da Justiça⁴ as ações tiveram início com a modificação em algumas legislações, a instauração da primeira Delegacia de Defesa da Mulher (DDM) em 1985 e posteriormente com a criação da LMP. Contudo, também é frequente na literatura que estas delegacias não são espaços de efetivação dos direitos das mulheres e que a implementação da LMP é parcial, ainda que as mulheres percebam a delegacia como o

⁴ Aqui entendido como as instituições jurídico-policiais.

lugar de defesa de seus direitos, especialmente em situação de violência, provavelmente por ser a instância que tem em suas possibilidades a prisão do agressor⁹.

Tanto a Saúde quanto a Justiça se constituem enquanto portas de entrada para a rede especializada, e mostraram avanços importantes. Contudo ainda se configuram enquanto portas instáveis, que dependem da visão e entendimento de direitos humanos e das questões de gênero do profissional da ponta para se fechar ou se abrir. Desta forma, compreende-se o receio das usuárias sobre sua oportunidade de fala no posto o que confirma achados de pesquisas anteriores na Atenção Primária do município: alta magnitude do evento e sua invisibilidade. Houve somente 3,8% de registro de violência de gênero nos prontuários, quando sua prevalência era de 50%⁷ entre as usuárias dos serviços.

A violência contra a mulher também está investida culturalmente de forma a ficar invisibilizada e dependerá muitas vezes de características regionais para sua revelação¹⁷:

(Márcia) “(...) só que lá (Estado) é muito difícil e lá é um lugar tem muito preconceituoso. Nossa, isso aí (falar sobre a violência) pra sociedade é inadmissível, é acabar com o mundo. Aqui não, aqui já é diferente. Lá você separou com três filho, pronto, ninguém quer mais você, ninguém respeita mais você... (...) Cria empecilho. Porque você abandonou o marido. Lá o homem é a base de tudo. E na realidade não é isso”.

É possível perceber que as entrevistadas valorizaram a oportunidade de falar numa instituição que acolheu sua demanda. O falar tudo nem sempre tem um local garantido, pois ao procurar a rede informal de apoio podem surgir respostas já conhecidas, desqualificadores e revitimizadoras.

A fala tem aspectos terapêuticos importantes quando a mulher é escutada e a reação do profissional é adequada, independente de contexto psicoterapêutico. Ao falar, as usuárias organizam seus pensamentos, podem atribuir novos sentidos às suas vivências, tornam real seu posicionamento contra a violência sofrida e concretizam uma ação no sentido de buscarem ajuda para sua situação. Ser escutada num serviço de saúde, por um profissional, legitimou a busca por ajuda das usuárias.

O eixo “**Ser Ajudada**” trata da procura por uma assistência centrada nas necessidades da mulher, que respeita sua autonomia na relação terapêutica e na tomada

de decisão. A usuária não está a procura de uma prescrição (saída pré-concebida) antes do encontro com o profissional de saúde, ou mesmo que o profissional resolva sua situação. Elas esperam interesse, orientação, apoio para a tomada de decisões e validação de sua posição de não querer mais a violência e procurar meios que lhe façam sentido para lidar com ela.

Num fenômeno complexo como a violência, as demandas não se concentram somente na judicialização da violência (investigação, julgamento e punição), mas também em demandas de saúde (sofrimento e adoecimento, abuso de drogas e álcool), acesso a trabalho, moradia e educação (creche, escola). Demandas básicas que sinalizam o impedimento diário aos direitos humanos e consequente vulnerabilidade das mulheres, que ficam agravadas quando a violência acontece.

(Francisca) ... qual era sua expectativa na hora que marcaram o CONFAD pra você? Que que falaram que era? / *Eu perguntei pra ela, daí ela falou 'não, você vai passar lá', ela vai falar tudo com você, e ela, bom não sei como que é lá, mas ela pode te ajudar muito!* [...] *Que que eu fiquei pensando? Eu fiquei mais **aliviada** né!*

(Antônia) ... *e na hora que ele agride é falta de dinheiro, é a cachaça envolvida e aí é esse conflito que eu vim atrás (de ajuda) porque eu comecei a me sentir de fato muito agredida. [...] E aí eu falei poxa, como é que eu faço né. Não quero um cara que chegue bêbado em casa com a minha filha (presente) né. Ele é agressivo do tipo quebrar as coisas né, e aí chega no dia seguinte dizendo que não vai fazer mais e aí repete. E aí ele é... eu vim procurar orientação, o que eu faço nessa situação?*

Durante a entrevista Antônia, gestante e atualmente desempregada, falou das violências sofridas em relacionamentos anteriores - dos quais refere ter conseguido se desvencilhar - e como a presença de filhos e dependência financeira do parceiro são dificultadores no atual relacionamento. Outra característica em sua história é a diferença de comportamento do companheiro na esfera pública e na esfera privada, sendo respeitado no lugar onde moram.

(Maria) *“Ai eu tava ansiosa! Eu queria ajuda de qualquer jeito. Ai foi era muito bom aquilo! Eu não via a hora sabe, quando marcaram, ‘vish eu não vejo a hora!’ Muito bom. Porque eu gosto de aprender. Cê tem que aprender hoje. Vivê, aprendê, que isso faz parte da nossa vida, nosso dia a dia. Porque hoje*

tem muita coisa ruim envolvida, e você tendo conhecimento você consegue vive numa boa. Acho que muita gente precisa. [E conhecimento é o que assim?] Ah você sabê das coisa, do que tá acontecendo, o que você pode fazê. O que você não pode. Eu acho que é por aí”.

O posto se configura como um local onde se pode conseguir ajuda, embora não se tenha certeza de que ajuda seria esta. Maria refere que a ajuda é um aprendizado de conhecimentos que ela não tinha, supondo que o profissional de saúde pode fornecer elementos novos para ajudá-la a lidar com a situação de violência, pensar estratégias e tomar decisões. A sensação de ansiedade referida pela usuária é consequência da sinalização da oportunidade de fala, por ela desejada, e destes conhecimentos que ela não possuía.

(Márcia)... num sei eu era safada demais num sei, eu num vim (ao atendimento). | Safada como? | Ah num sei, porque o povo fala que mulher quando apanha é safada...gosta de ser mulher de bandido, eu num sei, mas eu não acho que é isso. | Que que você acha? É importante o que você acha. | Que às vezes é falta de informação, é medo, é vergonha do que os outros vão pensar... e hoje em dia eu num penso isso.

Fica evidente na fala de Márcia o medo de ser julgada quando procurasse ajuda. De acordo com a literatura⁸, passar pela violência é motivo de vergonha para muitas mulheres, pela situação de apanhar do marido, permanecer na relação. Ao mesmo tempo, provaria sua própria falta de vergonha, pelo julgamento realizado por vizinhos e a própria família: “... eles (vizinhos) acham que eu sou uma tremenda sem vergonha”. A vergonha fica desta forma internalizada pelas próprias mulheres e corroborada pela comunidade. A vergonha pode causar o silêncio sobre a violência, dificultando o acesso até às redes primárias de ajuda, que em geral são as primeiras utilizadas pelas mulheres^{8, 13}.

O terceiro eixo aborda a valorização das mulheres por um ambiente de privacidade para abordar a violência. Desta forma, é necessário considerar as condições assistenciais que permitam às mulheres o espaço de fala e de obtenção de ajuda mais adequados. O atendimento CONFAD além de ser individual opta por seguir princípios ao invés de roteiros fechados, o que permite que o atendimento seja criado a partir da realidade e condição de compreensão, fortalecimento e disposição de enfrentamento de cada usuária.

(Antônia) Então quando fala 'ah é um atendimento que fazem, que orientam as mulheres', achei que era um monte de gente (...) que fosse uma pessoa falando... e a gente ouvindo, ou eu tive essa sensação de que por ser um grupo a gente pudesse falar também, ou só uma coisa é... de lei mesmo, sabe assim? Fala olha, você tem o direito de ir na delegacia, toda (lei) Maria da Penha, uma coisa mais objetiva e sobre leis assim. Uma aula orientando sobre isso. (...) Mas eu acho que, informar talvez que seja um atendimento individual, não sei, depende tanto da mulher né. Que às vezes, a quantidade de pessoas, você fala não quero encontrar com outras pessoas, que talvez tenha me deixado um pouco com medo de vir, é, achar que tem mais gente, sabe?

Desta forma, foi possível apreender algumas das expectativas das mulheres. Relacionadas à estrutura do atendimento, as dúvidas eram se haveria tempo de atendimento suficiente para que abordagem de um tema tão sensível como a violência e se haveria sigilo. As expectativas relacionadas à profissional eram se ela permitiria que falassem, se estaria disposta a ouvi-las e ter a atenção necessária ao que seria dito, se validaria suas experiências e sentimentos e teria noção da complexidade de sua situação, se respeitaria sua opinião, entendendo sua lógica, se seriam julgadas.

4.2 Experiência do atendimento CONFAD

Esta categoria aborda três aspectos das experiências relatadas: a vivência das mulheres sobre relatar a violência no posto (atendimentos comuns e especificamente o CONFAD); a avaliação feita pelas usuárias sobre a experiência de atendimento; aspectos importantes da conduta do profissional.

Dentre os pontos positivos citados, foi referido sobre a maior confiança para procurar ajuda em outros serviços após experiência favorável no CSEB. Essas falas vão de encontro ao sugerido pelo conceito de Rota Crítica: a garantia dos direitos depende das respostas encontradas durante a trajetória da mulher pelos equipamentos, sendo que a violência institucional pode travar sua busca a médio ou longo prazo.

As mulheres valorizaram a relação percebida como de respeito entre profissional de saúde e usuária, como disse Maria: “São pessoas que nem a gente, mas são pessoas

que tem conhecimento”. A percepção do respeito é devido à menor assimetria na relação, comparado ao que costumam encontrar no setor Saúde:

(Maria) *Que me orientou como fazer... não falar assim “você faz aquilo”, mas me ensinou o caminho ali por onde poderia ir, tendeu?*

(Antônia) *“... aí depois eu vim aqui e só tinha eu e a A. (profissional do CONFAD), super informal, ela sentada aí eu aqui, bate papo assim. | E o que que você achou disso? | Isso me tranquilizou! Ela disse, se você quiser você vem, se não quiser não venha...”*

A noção de maior proximidade entre profissional e usuário pode ser entendida por aspectos na conduta do profissional, como poder falar e ter sua fala e opinião valorizadas, permitindo maior participação da usuária na realização do atendimento. Além disso, a configuração do espaço no qual o atendimento acontece: sem mesa separando profissional e usuária, perguntar a opinião da usuária sobre o atendimento, o retorno ser decidido pela usuária e em geral o atendimento ser realizado por mais de uma profissional dando atenção às suas necessidades.

A ajuda para implementar planos que a usuária já tinha, ajudando-a a reconhecê-los e o fato de ser um atendimento com ajuda específica para a situação de violência também foram aspectos levantados. Além disso, foram mencionados o acolhimento recebido, a oportunidade de reflexão e enxergar a situação com mais clareza e o fortalecimento da mulher para tomar suas decisões.

Desta forma, os núcleos temáticos encontrados se referem a diferentes dimensões do atendimento e relacionam-se também com as expectativas: (1) Ser escutada, (2) Receber/encontrar ajuda e (3) Avaliação do atendimento.

O eixo “**Ser Escutada**” mostra um aspecto reconhecido e muito valorizado por elas no comportamento do profissional: oferecer à usuária a oportunidade de falar, da forma como estas conseguem e do jeito que precisam, validando seus sentimentos, experiências e o direito de viver sem violência. Possibilitar um espaço de expressão para um problema complexo é fundamental, sendo necessário um tipo de escuta que não se resume a busca de sintomas e diagnósticos, mas que considere os elementos culturais, psicológicos e sociais⁶. Esta escuta é parte de uma “técnica da conversa” (tecnologia

leve) que não se restringe aos profissionais da saúde mental, devendo ser realizada por todos os profissionais e que não deveria depender de características psicológicas ou do senso comum/temperamento dos mesmos.

(Maria) *“Ah eu achei muito bom! Queria que desse certo assim pra todo mundo. Que, assim, pra muitas pessoas, que precisa de uma ajuda. [E o que que foi muito bom?] Ah muito bom assim de deu poder me abrir, falar... e tentar resolver também”*.

Na fala de Maria é possível perceber como poder falar foi algo que já fez diferença em sua trajetória na busca por ajuda. Marcia referiu durante a entrevista que no CONFAD foi a primeira oportunidade que teve de contar tudo o que tinha acontecido:

“Eu ter me aberto pela primeira vez, porque eu nunca tinha contado. Eu sempre conto por cima, eu nunca tinha contado os detalhes do que aconteceu”.

“E eu me aliviei muito, nossa, tinha dias que eu nem dormia, e depois que eu, acho que me abri, coloquei tudo pra fora, desencanou mais, eu não tenho medo. Antes eu tinha medo de andar na rua, tinha medo do telefone tocar, medo de mensagem. É... às vezes eu achava que alguém tava me seguindo. E tudo era aquilo que tava dentro, quando você põe pra fora, ajuda muito.

Percebe-se que a oportunidade de fala pode conter a dimensão do desabafo. Este não é o objetivo principal do atendimento do CONFAD, mas é entendido como um aspecto importante do mesmo para que as mulheres atendidas possam, a partir do acolhimento realizado, sentirem-se seguras e apoiadas para abordar pontos importantes de sua situação e tomarem decisões. Ao validar a posição da mulher e legitimar a sua busca por maior qualidade de vida, o profissional auxilia a mulher legitimar ela mesma sua situação: ela não é o que dizem dela, não está louca, sendo uma mãe ruim, etc.

O eixo **“Receber ajuda”** aborda a ajuda oferecida às demandas das usuárias: o acolhimento e validação de sua situação e sentimentos, a orientação sobre direitos e referências sobre serviços (como acessá-los, o que é possível conseguir em cada um deles), ter sua situação considerada e sua autonomia respeitadas.

As falas das mulheres corroboram estudos da área¹¹ ao demonstrar que suas demandas não se reduzem à judicialização da questão, mesmo que serviços jurídico-

policiais sejam os mais divulgados. Caminhos fora do setor jurídico-policial ou mesmo informais podem ser tão válidas quanto, como voltar a estudar, conseguir trabalhar para ter autonomia financeira e poder sair de casa, relacionados à garantia de direitos, como trabalho, educação, habitação. O acesso à educação e trabalho é difícil para os brasileiros com baixa escolaridade em geral, mas muitas mulheres encontram-se numa vulnerabilidade maior devido seu gênero, por estarem culturalmente submetidas à expectativas sociais como: a necessidade de se casar e se reproduzir, a responsabilidade pelo trabalho doméstico, a responsabilidade pela criação dos filhos, os espaços que podem ocupar, os horários em que o espaço público é permitido, entre tantos outros.

O CONFAD tem como objetivo auxiliar as mulheres a colocar em prática seus planos de vida. Quando o profissional de saúde desconsidera aspectos sociais, culturais e psicológicos, cria a expectativa de que as usuárias irão seguir sua lógica e suas prescrições. As mulheres procuram uma assistência que as considere sujeito de ação (não vitimização por parte do profissional), que respeite seu juízo sobre as próprias vivências e que compartilhe a decisão sobre o que é possível ou não de ser feito. O encaminhamento decidido sem considerar a realidade e opinião da mulher pode não ser seguido e a tentativa de ajuda por parte do posto mal compreendida, interrompendo sua rota crítica⁶.

Profissionais de saúde podem se sentir impotentes diante da crença de que as mulheres esperam que eles resolvam a situação de violência, o que não condiz com a realidade. As mulheres procuram por quem as oriente sobre seus direitos, que as ajudem a descobrir ou se dar conta de seus planos de vida e que considerem suas necessidades nos planos assistenciais respeitando sua autonomia, apoiando e respeitando suas decisões ou o processo para que sejam tomadas⁸. Ao mesmo tempo, contextualizar as situações social e historicamente e apresentar os equipamentos especializados pode ampliar do sofrimento individual para uma experiência comum a muitas mulheres.

A expectativa do profissional de encaixar a situação de violência na lógica diagnóstico-terapêutica-prescrição pode ser superada entendendo que a violência é uma questão complexa que atinge todos os âmbitos da vida mulher e que necessita de ação intersetorial, utilizando desta forma estratégias que visem a redução de vulnerabilidades, o que se dá por meio da garantia dos direitos humanos da mulheres⁴. Desta forma, o atendimento CONFAD assume também um potencial pedagógico que visa promover o fortalecimento desta mulher.

Quando Francisca respondeu “*Que vocês entendeu a minha situação*” ao ser perguntada sobre o que foi positivo no atendimento CONFAD, é possível perceber que a interação profissional-usuária foi efetivo: ela conseguiu falar o que precisava, foi escutada, compreendida e não julgada. Sua fala continua ressaltando os pontos que mais valorizou durante o atendimento:

“Que eu vi interesse da parte de vocês né. | Interesse? | É! E, ninguém me julgou com nada... Ah, que teve interesse, que não julgou... | Que bom, F! Então você acha que essa orientação que a gente deu ajudou a conhecer outros equipamentos que podem te ajudar? | É, porque agora eu tô vendo que já vai desenrolar a creche...”

O que Francisca que caracteriza como “interesse por ela” é um elemento que deveria ser essencial na saúde e que diz respeito à responsabilização do profissional de saúde com o cuidado com a usuária.

Francisca tinha um filho pequeno que precisava levar para todo lado: no atendimento CONFAD, nas outras consultas do posto, inclusive na entrevista. O marido a restringia ao ambiente doméstico sempre que possível. Antes de perceber que sua situação se configurava como violenta, achava que o comportamento do parceiro era ciúmes. Para esta usuária, conseguir colocar o filho numa creche (plano prévio ao atendimento e que foi reforçado durante a conversa) e começar a trabalhar eram as estratégias mais importantes no processo de sair da situação de violência. Também descobriu que poderia procurar a via jurídica para resolver seu problema de forma mais simples do que o esperado, colocando esta opção como um objetivo a médio prazo.

Maria também já tinha um plano quando veio para o atendimento: “*Eu já tinha um plano. E aí me ajudou*”. Refere que o bom foi “*Ter alguém pra me orientar*” e quando se referiu à profissional CONFAD, disse que “*São pessoas que nem a gente, mas são pessoas que tem conhecimento*”. Maria procurou ajuda no posto devido ao sofrimento com a violência psicológica e alcoolismo do marido, quando a situação já era vista por ela como insuportável. Avaliou o atendimento como de grande ajuda:

“Assim me deu confiança pra mim tomar decisões. Isso foi muito bom, esse ponto aí, tá. Que me orientou como fazer... não falar assim “você faz aquilo”, mas me ensinou o caminho ali por onde poderia ir, tendeu? Pra dar certo, entendeu? [...] Você tem que saber também o que é certo e o que é errado, assim né? O

que você pode e não pode, na convivência. Porque a gente que tem que saber, e tentar.

O respeito à autonomia da usuária é uma intervenção potente, mesmo quando significa que o a mulher sai do atendimento com um “tempo pra pensar” e a possibilidade de voltar quando quiser, como foi o caso de Antônia, que optou por continuar com o atendimento psicológico que já fazia e continuar no relacionamento. É importante considerar trabalha-se com a ajuda desejada pela mulher (e os aspectos sociais e culturais que interferem neste desejo), que pode diferir da ajuda recebida no serviço de saúde. Há uma cobrança social de que mulheres que em relações violentas saiam desta situação e as que não seguem este script podem ser vistas como coniventes com a violência, o que corrobora o discurso de culpabilização das mulheres pela situação em que vivem, tendo como consequências sentimentos de medo e vergonha que obstaculizam a procura por assistência^{8,11}. Uma sociedade violenta é fruto da negligência de direitos humanos e a falha das políticas públicas de proteção. Mesmo que a mulher opte por não sair da situação de violência no momento presente, intervenções podem ser realizadas pelos profissionais de saúde para ajuda-la a garantir melhores condições de vida e se posicionar na relação com o agressor de forma a permanecer mais segura. Permanecer no relacionamento não significa o fracasso da ação assistencial e nem que o cuidado em saúde pode ser considerado como acabado. Escolhas como falar sobre a violência no posto, vir ao atendimento CONFAD, trabalhar aspectos pessoais para o fortalecimento já são ações importantes na rota crítica da mulher e que a levarão a novas ações.

(Antônia) Mas depois que eu vim aqui era só eu e a Ana F., super informal, ela sentada aí eu aqui, bate papo assim. | E o que que você achou disso? | Isso me tranquilizou! Ela disse, se você quiser você vem, se não quiser não venha... Ah fica mais pessoal né,, você fica... você fala... ao mesmo tempo te dá um frio na barriga porque você fala 'puta, vou ter que falar né. Acabei de passar pela situação' ...

Márcia procurou o CONFAD quando não estava mais morando com o agressor, embora tivesse medo de que ele a encontrasse. Neste caso, o CONFAD a ajudou a lidar com essa nova fase e trabalhar aspectos que ficaram desta violência, num caráter de prevenção de novos episódios. Referiu que o atendimento a ajudou a perceber melhor seu contexto e ver a situação com mais clareza.

(Márcia) E daí quando você chegou no CONFAD, o que você encontrou?/ *Encontrei uma pessoa que me ouviu, me falou que tinha outros lugares pra mim... procurar, tomar providências, eu até hoje tenho guardado esse lugares, que se eu precisar, eu volto, pego, eu ainda tenho os números de telefone que você me deu.*

(Francisca) Você recomendaria uma conversa no CONFAD para outras mulheres vivendo nessa situação? | *Com certeza.* | O que que você falaria pra elas? Como que você apresentaria? | *Eu ia pedir pra elas comparecer aqui no posto, pedir ajuda.* | É um lugar pra pedir ajuda então? | *Isso!*

Estudos mostram^{7,8} que a informação precisa e de qualidade, considerando as questões socioculturais de gênero, é um elemento facilitador da rota e mostra a importância de haver um encontro entre a prática do profissional de saúde e as necessidades dessas mulheres, mais próxima de uma atenção integral.

As usuárias levantaram aspectos facilitadores e dificultadores da abordagem direta da violência no posto, referindo uma avaliação sobre a mesma. Dentre os aspectos positivos, o posto foi referido como um lugar que a usuária já conhece (a lógica de atendimento, os profissionais, o vínculo), como referido por Adriana: “*E já é um lugar que eu conheço, facilita*” e faz parte de sua rotina, onde pode receber diferentes tipos de atendimento:

Uma coisa que tocar no assunto é difícil. Né uma coisa lembra a outra mas assim, se você tem coragem de chegar lá e falar, é bem bacana, assim. E é bacana que tá dentro do posto e assim, te, você já vem aqui por outros motivos né”. M4 – Adriana.

Outro ponto citado foi como a ajuda recebida no CONFAD modificou a compreensão da usuária sobre o que tem espaço para ser tratado no posto de saúde. Além disso, respondeu às suas demandas e que proporcionou também a confiança na assistência prestada em outras instituições.

(Francisca) *Porque...a vida pessoal a gente fica com vergonha né. [...] Porque aqui é pra cuidar da saúde, agora vem com os problemas lá de casa né... | Você acha que aqui não dá pra falar dessas coisas? | Não, agora eu tô vendo que dá pra falar né!*

(Maria) *Sim, porque, assim se aqui eu encontrei (ajuda) aqui, então eu acho assim você perde o medo assim de precisar de uma ajuda em outro lugar... você perde aquela insegurança. Então você fala “se acontecer qualquer coisa, eu posso ir procurar ajuda.*

(Maria) *“Aprendi bastante! Aprendi a tomar minhas decisões. Me deu força pra tomar minhas decisões. E tá dando certo, que é o mais importante. Se não fosse através disso também, hoje eu nem sei o que teria acontecido comigo. Se eu não tivesse procurado aqui ajuda. Eu nem sei como é que eu tava hoje. Isso aí eu posso te dizer. Verdade”*.

(Márcia) *Pra mim foi bom! Eu me aliviei, perdi o medo, da vergonha já tinha perdido e mais ainda, porque agora eu falo igual coisa ‘eu fui agredida’, eu não tenho vergonha, a única vergonha que eu tenho é de não ter falado antes, a única vergonha que eu tenho é essa.*

Na fala de Adriana fica evidente a importância de diferentes tipos de cuidados para as mulheres. A violência tem vários efeitos na saúde das mulheres, sendo importante que elas tenham à disposição diferentes tratamentos, quando acharem necessário. Das 6 entrevistadas, 3 passaram por atendimento no extinto Setor de Saúde Mental do posto.

Eu sei que eu passei aqui (CONFAD) uma vez só, passei em duas entrevistas, achei que ajudou, achei interessante assim. [...] Ter um apoio assim no caso já tava fazendo terapia né, já faço terapia aqui há um tempão, então já faço uma coisa que já me ajuda bastante né. Porém uma ajuda específica num assunto que é tão...assim, corre tanto, achei bacana.

A dificuldade de comunicação no campo da saúde pode se dar devido à ausência de uma linguagem comum que faça sentido para o profissional de saúde colocar a vivência da mulher dentro de sua compreensão técnica. Especificamente na Saúde Mental há mais flexibilidade em relação à nosografia médica e muitos adoecimentos são considerados pelo seu aspecto de sofrimento causado ao indivíduo. Embora a noção de “sofrimento” aproxime-se mais se comparado da vivência da mulher em situação de violência, é importante que não se transforme num reducionismo de ansiedades, depressões ou outros tipos de problemas mais condizentes com a intervenção médica.

Os aspectos negativos citados não estavam relacionados à postura do profissional durante o atendimento, mas ao fluxo da instituição: o caminho percorrido pelas usuárias para chegar até o CONFAD ou mesmo a pouca divulgação de sua existência. Foram sugeridos maior divulgação dentro e fora do posto, para que sua função de porta aberta fosse mais utilizada.

(Maria)... não dá pra falar diretamente com vocês. Se eu não frequentasse o posto, não passasse numa triagem aqui, eu não ia saber de nada (CONFAD). Então é importante falar com os outros profissionais também?| Sim. Não falar tudo né. Que nem tudo pode falar. Porque ela não vai ter tempo de me ouvir, não vai, a moça dizer ah não vai ter tempo de me ouvir, assim né. | Tem diferença então?| Tem diferença! Tem, tem. | Que diferenças seriam essas assim?| Assim, de você poder se expressar, falar, o que aconteceu, como aconteceu, essas coisas toma tempo.

Outro aspecto que surgiu indiretamente na fala de Antônia é a necessidade de realizar um convite ao CONFAD explicando como se dá esse atendimento, para que a mulher saiba que encontrará um atendimento individual, específico para sua situação, com um profissional disposto a ouvi-la, com tempo maior de consulta e que respeitará sua autonomia.

Então quando fala 'ah é um atendimento que fazem, que orientam as mulheres', achei que era um monte de gente [...] que fosse uma pessoa falando... e a gente ouvindo (...) Mas eu acho que, informar talvez que seja um atendimento individual, não sei, depende tanto da mulher né. Que às vezes, a quantidade de pessoas, você fala não quero encontrar com outras pessoas, que talvez tenha me deixado um pouco com medo de vir, é, achar que tem mais gente, sabe?

Mas depois que eu vim aqui era só eu e a A. (profissional), super informal, ela sentada aí eu aqui, bate papo assim.

5. DISCUSSÃO

A situação de violência é um problema que atinge várias mulheres e elas devem ser acolhidas nos serviços de saúde da Atenção Primária e suas demandas consideradas como objeto de intervenção. As UBS encontram-se em posição privilegiada para tratar o assunto com seus usuários e promover seus direitos sociais, devido a aproximação com o território e proposta de cuidado longitudinal. Abordar a violência em um espaço institucional legitima a procura por ajuda e vai em direção à implementação de políticas públicas já existentes, além de propiciar seu desenvolvimento, como é o caso da política nacional de saúde da mulher.

Os sofrimentos que acometem as mulheres e situação de violência podem ser de ordem social, psicológica e física, devendo receber assistência adequada. Tal sofrimento é considerado um impacto negativo em sua saúde, o que torna possível sua avaliação e tratamento quando se tem como base um saber científico mais politizado e sintonizado com o contexto no qual as vulnerabilidades das mulheres podem ser melhor compreendidas⁶. As demandas são trazidas aos serviços na linguagem da assistência que é realizada e é importante que não sejam medicalizadas ou reduzidas¹¹.

Embora a violência possa causar dano à saúde a curto e longo prazo e que mulheres nessa situação tenham mais probabilidade de procurar os serviços de saúde, principalmente os da Atenção Primária²⁰, o relato da violência acontece menos do que o esperado quando se tem por base a prevalência de mulheres nesta situação⁷. Maior atenção para este fenômeno e respostas apropriadas dos profissionais de saúde às mulheres é um dos eixos fundamentais para a mudança deste cenário.

A técnica de conversa proposta pelo CONFAD leva em consideração a importância em se criar um canal de comunicação livre e direta entre profissional e usuária. Pretende servir como porta de entrada para pontos na rota crítica da mulher que funcionem como facilitadores para lidar e sair da situação de violência. Com base na fala das mulheres, foi possível perceber um encontro entre as expectativas e as experiências das usuárias neste tipo de atendimento, o que as permitiu trazer sua situação e consequências como algo que pôde ser trabalhado no serviço. Também foi possível identificar atributos importantes do profissional de saúde e da estrutura do atendimento para uma assistência adequada nestes casos: atendimento individual, tempo de consulta, a validação do discurso da usuária e compreensão da complexidade de sua

situação, o não julgamento, a não medicalização de sua queixa, a orientação sobre serviços e direitos, o respeito da autonomia e o sigilo. Todas estas características foram encontradas em estudos anteriores²⁰ e nesta pesquisa principalmente a oportunidade de falar, o receber ajuda, a ética e a confidencialidade. Foi possível identificar também a potencialidade deste tipo de assistência, o quanto ela é capaz de fornecer respostas a uma necessidade social das mulheres, assumindo um potencial pedagógico em cidadania e direitos.

O poder falar foi um dos aspectos mais importantes surgidos nesta pesquisa, e está relacionado a diferentes significados: ser ouvida, ter sua situação considerada como digna de atenção, ser acreditada. Essa procura por um lugar onde se possa falar está relacionada com a falta de espaço em várias instâncias, pessoais e formais. Para que as intervenções possíveis ao setor saúde sejam disponibilizadas às usuárias é preciso que elas falem sobre sua situação com os profissionais. É importante que a instituição se prepare para este tipo de assistência e sinalize às mulheres que a UBS é um lugar onde dá para falar disso.

Estratégias que visem ao convencimento das mulheres, baseadas na perspectiva de judicialização e que restrinjam a compreensão da violência somente ao âmbito da vontade individual da mulher são respostas inadequadas, embora largamente utilizadas. Os profissionais podem propor ações, mas não devem pretender controlar as escolhas das mulheres, já que suas consequências irão impactar somente a vida destas mesmas mulheres. De acordo com a literatura^{4,8}, estratégias que visem a redução de vulnerabilidades por meio da garantia dos direitos humanos, apostando num canal de comunicação direta com a usuária e recusando a redução a aspectos individuais, permitem que sejam informadas e realmente assistidas dentro da capacidade do setor saúde em lidar com os obstáculos materiais, culturais e políticos que as mantêm vulneráveis.

Nesta pesquisa, o discurso das entrevistadas mostrou que o trabalho com a violência é complexo devido à diversidade das situações de violência. As diferentes condições das mulheres brasileiras (raça, classe social, nível de escolaridade, autonomia financeira, entre outros) vão lhes permitir maior ou menor disponibilidade de recursos (materiais, afetivos, informacionais, capacidade de aprendizado) para se proteger da violência. O profissional da ponta é parte de um processo: para que os direitos das mulheres sejam garantidos, é necessária articulação entre políticas públicas, oferta e

distribuição de serviços de saúde, condições dignas de trabalho, educação continuada dos profissionais e uma ação assistencial afinada com os direitos humanos das mulheres.

Dentre os fatores limitantes deste estudo está a realização das entrevistas em tempo posterior à experiência do atendimento, resultando no relato das expectativas impregnadas pela experiência do atendimento. Desta forma, as respostas poderiam ser diferentes caso fossem questionadas sobre suas expectativas antes do mesmo. Seis entrevistas foram suficientes para os objetivos desta pesquisa, contudo se houvesse maior tempo para a coleta e a mais entrevistas pudessem ser realizadas, outros aspectos esclarecedores ou mesmo elementos negativos sobre o atendimento poderiam surgir, o que também seria interessante para o estudo e como feedback para os profissionais do serviço.

6. CONCLUSÃO

Foi muito valorizado pelas usuárias a oportunidade de falar sobre a situação de violência no serviço de saúde, sendo um dos atributos mais importantes do profissional de saúde por elas referido, evidenciando um canal de comunicação direta com a usuária. A disponibilidade de espaço para falar na instituição se configurou como uma escuta por parte do profissional capaz de entender a complexidade do tema da violência e sua implicação na vida das mulheres e seus relatos serem acreditados. Desta forma, mais estudos podem ser realizados no desenvolvimento de tecnologias leves, colocando a interação do profissional de saúde com os usuários como aspecto fundamental nas intervenções em saúde.

Levando em consideração a opinião das usuárias, foram pensadas algumas propostas para o serviço: (a) trabalhar junto à equipe aspectos do atendimento CONFAD, como a técnica de conversa e a rede intersectorial, de forma a permitir que os profissionais consigam acolher esta população de forma mais abrangente e de acordo com as necessidades das usuárias, (b) uso de convite padrão com informações sobre a atendimento a ser entregue explicado às usuárias quando o atendimento for oferecido (ANEXO E) e (c) aumentar a divulgação do CONFAD com a confecção de cartazes com informações (data, hora, tema do atendimento) para serem distribuídos pelo posto e (d) a realização de salas de espera sobre os temas de saúde da mulher: saúde sexual e reprodutiva, direitos humanos das mulheres e especificamente a violência.

Ainda há poucos dados nacionais disponíveis para o fenômeno da violência de gênero, principalmente pesquisas que abordem por meio da interseccionalidade a questão, sendo necessário mais estudos nesta área.

O sofrimento gerado pela violência sofrida tem vários impactos na saúde das usuárias, sendo a saúde mental a mais referida pelas entrevistadas nesta pesquisa. Assim, a integralidade da assistência é um aspecto fundamental na atuação dos profissionais de saúde, principalmente da Atenção Primária. A saúde mental não pode ficar estigmatizada, designada apenas a determinados tipos de profissionais (psicólogos e psiquiatras).

Embora os postos de saúde busquem um cuidado longitudinal, se encontrem mais próximos do território e das usuárias em situação de violência, não desenvolveram seu potencial para a abordagem da violência de gênero. É necessário que os

profissionais de saúde consigam adaptar a linguagem da saúde para conseguirem se comunicar com essa população e oferecer uma assistência adequada e eficaz. O atendimento às mulheres não pode depender da motivação individual e sim se constituir enquanto uma prática institucionalizada refletindo as políticas e garantindo o acesso a direitos.

7. ANEXOS

A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos você para participar da pesquisa “Mulheres envolvidas em situação de violência doméstica: expectativas e experiências frente ao suporte oferecido em um equipamento de Atenção Primária à Saúde”, realizada por Renata Granusso Bonin, residente do Departamento de Medicina Preventiva, da Faculdade de Medicina da USP, sob a coordenação da Profa. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira. Esta pesquisa tem por objetivo conhecer como foi a experiência de atendimento para mulheres no Centro de Saúde Escola (CSE) Professor Samuel Barnsley Pessoa, localizado no distrito do Butantã, na cidade de São Paulo.

Sua participação se dará através de uma entrevista. Você não é obrigada a aceitar este convite e pode desistir a qualquer momento, mesmo que a entrevista já tenha começado ou depois de terminada, sem que isto lhe acarrete nenhum tipo de constrangimento comigo ou com a instituição a qual a pesquisa está vinculada. Sua participação também não implicará em qualquer despesa pessoal para você. Da mesma forma não haverá nenhuma compensação financeira relacionada à sua participação.

Vamos gravar a entrevista, e garantimos que estas informações serão confidenciais e os dados apenas serão usados pela pesquisa. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e endereço das pesquisadoras responsáveis. Pode fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou a qualquer momento.

Em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. A residente Renata Granusso Bonin pode ser encontrada na Avenida Vital Brasil, 1490 – Butantã, São Paulo (telefone: 3061-8578) e a Profa. Ana Flávia Pires Lucas d’Oliveira pode ser encontrada no endereço Av. Dr. Arnaldo, 455, 2º andar, sala 2170 ou pelo telefone 30617085. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) –Av. Dr. Arnaldo, 455 – Instituto Oscar Freire – 1º andar– tel: 3061-8004, FAX: 3061-8004– E-mail: cep.fmusp@hcnet.usp.br.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo a pesquisa “Mulheres envolvidas em situação de violência doméstica: expectativas e experiências frente ao suporte oferecido em um equipamento de Atenção Primária à Saúde”.

Eu _____ discuti _____ com _____ a _____ pesquisadora _____ sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a acompanhamento psicológico se necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, no atendimento no serviço onde fui contatada.

São Paulo, ____ de _____ de 2017.

B - Roteiro de entrevista com usuárias atendidas pelo CONFAD.

Nº da entrevista: Data da entrevista: ____/____/____

Nº da matrícula: _____

Identificação:

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Cor declarada:

Situação trabalhista (ocupação, carteira assinada ou não, paga o INSS ou não):

Estado civil atual:

Número de filhos (sexo e idade):

Quantas e quais são as pessoas que moram na sua casa?

Exploração Temática:

1. O que é saúde? Em que momentos você se sente saudável?
2. Como eram os conflitos familiares? Quais destes comportamentos/situações você considera que foram violentos? Você pensava desta forma na época?
3. O que é violência? Houve momentos em que ela aconteceu com você? Como eram estes episódios?
4. Quando e porque achou que o conflito vivido era um problema?
5. Você entendia que havia o que fazer com esta situação? Era normal ou fora do normal? O que te fazia pensar assim?
6. Você acha que a violência pode fazer algum mal para a saúde das mulheres e da sua família? De que forma? Você notou que houve consequências para a sua saúde ou de alguém da sua família?
7. Alguém te procurou para conversar ou perguntou sobre o assunto? O que você achou disto?
8. Como decidiu falar com alguém sobre isto? Para quem contou primeiro? Porque? O que esperava que acontecesse?
9. Você já tinha passado por algum outro serviço antes para falar sobre a situação de violência? Se sim, quais e como foi a experiência?
10. Como o posto de saúde (CSEB) ficou sabendo do seu caso? Como foi o atendimento? O que você achou?
11. Como você chegou ao CONFAD? O que você esperava encontrar? Porque veio? Foi difícil decidir vir? Porque?
12. Você vai/foi a outros serviços de saúde? Alguém perguntou sobre os conflitos? O que você achou disso (de perguntar ou não perguntar)?
13. O atendimento teve pontos positivos? E negativos? Poderia explicar?
14. O atendimento foi útil para lidar com a situação de violência?

15. O que o(a) profissional fez que você achou importante e que ajudou?
16. Você recebeu orientação? Esta orientação ajudou a conhecer mais equipamentos importantes para lidar com a sua situação?
17. Você recomendaria uma conversa no CONFAD a outras pessoas vivendo uma situação semelhante?
18. O que você acha de tratar deste assunto na saúde? Alguns profissionais não acham pertinente ou tem dificuldades em falar disto. O que você acha? Como você acha que deveria ser? Você acha importante poder falar com qualquer profissional ou prefere falar sobre isso com um profissional treinado/específico?
19. O que seria melhor: falar deste assunto no posto de saúde ou numa conversa mais aprofundada num lugar especializado (que não fosse a delegacia)?
20. Você foi atendida por um homem ou uma mulher? Você acha que faz diferença ser atendida por homem ou mulher?

Final

O que você achou de ter participado desta pesquisa?

Há mais alguma coisa que você gostaria de comentar ou explicar que considera importante?

Gostaria de ser orientada ou conversar mais sobre algum dos assuntos que abordamos hoje?

C – Instrumento de Análise das Entrevistas

- 1) Identificar a concepção de saúde das usuárias.
- 2) Identificar os tipos de violência doméstica às quais a usuária esteve exposta e tipo de vínculo com o(a) agressor(a).
- 3) Identificar a opinião da rede social de apoio sobre buscar ajuda em uma instituição.
- 4) Identificar a expectativa da usuária frente ao contar sobre a violência sofrida à uma instituição.
- 5) Identificar a expectativa da usuária frente ao contar sobre a violência sofrida ao Centro de Saúde Escola.
- 6) Identificar como se deu a experiência em instituições em geral e especificamente no Centro de Saúde Escola.
- 7) Identificar elementos na conduta do(a) profissional de saúde facilitadoras para a divulgação da violência por parte da usuária.

D – Quadro 1. Perfil das usuárias entrevistadas – CSEB – 2016.

Usuária	Idade	Cor	Escolaridade	Ocupação	Reside com	Agressor	Tipo Viol.
Maria	60	Parda	EF incomp ¹ .	Aposentada e Autônoma	Ex-marido e filha	Ex-Marido	P ⁵
Francisca	41	Parda	EM ²	Desempregada	Parceiro e filha	Marido	P, F ⁶ , Pa ⁷
Antônia	38	Branca	ES Incomp ³ .	Desempregada	Parceiro, filho e enteada	Parceiro	P, F
Adriana	51	Parda	ES ⁴	Desempregada	Irmãos	Irmão	P, F
Juliana	61	Morena	EF Incomp.	Trabalhadora Doméstica	Parceiro e filhos	Marido	P, F
Márcia	31	Parda	EM	Auxiliar de Limpeza	Filhos	Ex-Marido	P, F, S ⁸

FONTE: As autoras.

¹Ensino Fundamental incompleto ²Ensino Médio completo ³Ensino Superior Incompleto

⁴Ensino Superior completo ⁵Psicológica ⁶Física ⁷Patrimonial ⁸Sexual

E – CONVITE PARA ATENDIMENTO CONFAD

Gostaríamos de convidá-la para participar do atendimento CONFAD, que acontece todas as quintas-feiras, das 14h às 18h, aqui no Centro de Saúde Escola do Butantã. Este é um atendimento sobre conflitos familiares difíceis, com uma profissional de saúde treinada para oferecer ajuda nestas situações. Os atendimentos são individuais, podem durar em torno de uma hora, onde você será escutada e orientada, num ambiente de sigilo e respeito, sobre caminhos possíveis para a sua situação. Se ficar com dúvidas, procure sua equipe de referência ou venha nos perguntar pessoalmente!

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brasil. Lei 11.340 de 7 de agosto de 2006. Estabelece proteção às mulheres contra a violência doméstica e familiar. Lei Maria da Penha [internet] Brasília (DF), 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm Acesso em 26 ago 2016.
2. Ellsberg M, Jansen Ha, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women`s physical and mental health in the WHO multi-country study on women`s health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*. 2008; 371(9619):1165-1172
3. Schraiber LB, D`Oliveira AFPL, França-Júnior I, Diniz S, Portella AP, Ludermir AB, et. al. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2007;41(5):797-807.
4. Ayres JRCM, Júnior IF, Calazans GJ, Filho HCS. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM. *Promoção da Saúde, conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012. p.121-144.
5. Romio JAF. A vitimização de mulheres por agressão física, segundo raça/cor no Brasil. In: Marcondes, MM, et al. *Dossiê mulheres negras: retrato das condições de vida das mulheres negras no Brasil*. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2013. p.133- 158.
6. Schraiber LB, D`Oliveira AFPL. Violência contra a mulher: Interfaces com a saúde. *Interface comun. saúde educ*. 1999;3(5):11-26.
7. Schraiber LB, D`Oliveira AFPL, Couto MT, Hanada H, Kiss LB, Durand JG. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(3):359-67.
8. Terra MF, D`Oliveira AFPL, Schraiber LB. Medo e vergonha como barreiras para superar a violência doméstica de gênero. *Athenea Digital*. 2015;15(3):109-125.
9. Kiss LB, Schraiber LB, Oliveira AFPL. Possibilidades de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. *Interface comun. saúde educ*. 2007;11(23):485-501.
10. Pasinato W. Lei maria da penha: novas abordagens sobre velhas propostas. Onde avançamos? *Civitas*. 2010;10(2):216-232.
11. Schraiber LB, D`Oliveira AFPL, Hanada H, Kiss L. Assistência a mulheres em situação de violência - da trama de serviços à rede intersetorial. *Athenea Digital*. 2012; 12(3):237-254.
12. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres. Brasília (DF);2011.
13. Sagot M. Ruta critica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina: estudios de caso de diez países. San José: Organización Panamericana de la Salud; 2000.184p.

14. Meneghel SN, Bairros F, Mueller B, Monteiro R, Oliveira LP, Collaziol ME. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad. saúde pública*. 2011;27:743-52.
15. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Pinho AA. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Rev. Saúde Pública*. 2002;36(4):470-477.
16. Schraiber LB, Oliveira AFPL, Falcão MTC, Figueiredo WS. Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora da UNESP; 2005.p.94.
17. Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, Hanada H, Figueiredo W, Couto M, Lígia K. et al. Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface comun. saúde educ*. 2003;7(12):41-54.
18. D'Oliveira AFPL, Schraiber LB, Hanada H, Durand J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2009;(14)4:1037-1050.
19. Teixeira R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In Pinheiro R, Mattos RA. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. IMS-UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111
20. Feder GS, Hutson M, Ramsay J, Taket AR. Women exposed to intimate partner violence – expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta analysis of qualitative studies. *A.M.A. arch. intern. med*. 2006;166

