

Laís Martins Costa Araujo

Violência e Saúde: limites e desafios para atendimento a casos de violência doméstica na Maré por profissionais da Atenção Básica à Saúde

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Orientador: Prof. Antonio Carlos de Oliveira

Rio de Janeiro
Abril de 2019

Laís Martins Costa Araujo

Violência e Saúde: limites e desafios para atendimento a casos de violência doméstica na Maré por profissionais da Atenção Básica à Saúde

Dissertação de Mestrado

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da PUC-Rio. Aprovada pela Comissão Examinadora abaixo.

Prof. Antonio Carlos de Oliveira

Orientador

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

Prof^a. Joana Angélica Barbosa Garcia

Escola de Serviço Social – UFRJ

Prof^a. Ariane Rego de Paiva

Departamento de Serviço Social - PUC-Rio

Rio de Janeiro, 26 de abril de 2019

Todos os direitos reservados. É proibida a reprodução total ou parcial do trabalho sem autorização da universidade, da autora e do orientador.

Laís Martins Costa Araujo

Possui graduação em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2010). Especialista em Serviço Social e Saúde pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro (2015). Atuou na área da saúde, posteriormente inserida do quadro da Secretaria de Assistência Social e Direitos Humanos do Rio de Janeiro, em um programa de articulação comunitária. Atualmente é assistente social, atua diretamente nas áreas de inclusão social, prevenção à violência e saúde.

Ficha Catalográfica

Araujo, Laís Martins Costa

Violência e saúde : limites e desafios para atendimento a casos de violência doméstica na Maré por profissionais da atenção básica à saúde / Laís Martins Costa Araujo ; orientador: Antonio Carlos de Oliveira. – 2019.

186 f. : il. color. ; 30 cm

Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social, 2019.

Inclui bibliografia.

1. Serviço Social – Teses. 2. Violência doméstica. 3. Atenção básica à saúde. 4. Favela. 5. Políticas públicas. I. Oliveira, Antonio Carlos de. II. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Departamento de Serviço Social. III. Título.

CDD: 361

Agradecimentos

Aos caminhos que me trouxeram até aqui, ao universo em sua grandeza, criatividade e transformação que nos tornam diversos, múltiplos e, ao mesmo tempo, semelhantes.

Ao professor e orientador Antonio Carlos, pela generosidade das contribuições e por ter sempre uma palavra de incentivo. Obrigada por compartilhar seus conhecimentos de forma leve, respeitosa e instigante.

À PUC-Rio e a CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil/Código de Financiamento 001), pelo apoio e auxílio concedido, sem os quais este trabalho não poderia ter sido realizado.

Aos profissionais de saúde, sujeitos dessa pesquisa, às gerentes das unidades de saúde, aos funcionários do Centro de Estudos da CAP 3.1, que viabilizaram esse estudo.

Às professoras Ariane Paiva e Joana Garcia pelas preciosas contribuições a este estudo e por terem aceitado gentilmente o convite para participar da minha banca de qualificação, bem como da defesa.

Aos professores e demais funcionários do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, cada um, com o qual convivi, contribuiu de alguma forma para minha formação. E à turma de mestrado de 2017, por ter me acolhido e compartilhado experiências construtivas nesses dois anos.

À minha família, pais adorados Sylvia e Zé Guilherme, meus maiores entusiastas. Meus irmãos Luiza e Caio, alicerces dessa vida. E minha sobrinha Helena, que é o amor encarnado. Eu amo vocês!

À querida Janete, por ser abrigo, por ser guia e madrinha, presente na jornada da vida.

Ao Jonas, companheiro amado, que viveu cada etapa desse processo com paciência, comemorou cada avanço e acalentou nos momentos de tormenta. Obrigada por ser abraço-casa, amor-amigo, por embarcar nas minhas viagens e acreditar que a gente tem tudo para dar certo!

A todos os meus amigos, de diferentes lugares, que me acompanham nessa vida, gratidão por deixarem o caminho mais alegre. Em especial, às amigas da Praia Vermelha, desde que as conheci a vida não foi mais a mesma. Cada uma com sua forma de estar: Gisele, Kelly, Lidi, Luna, Patrícia e Paula, vocês são muito importantes para mim.

À oportunidade de conviver com pessoas especiais na minha trajetória profissional, que também se tornaram amigos queridos: Fernandinha, Jaque, Robertinha, Sandro, Ubiratan, Gilbert, Dai, Fabiana, Letícia, Simone, entre outros que contribuíram para uma rotina mais agradável e possibilitaram, de alguma forma, que eu concluísse o mestrado.

Resumo

Araujo, Laís Martins Costa; Oliveira; Antonio Carlos de. **Violência e Saúde: limites e desafios para atendimento a casos de violência doméstica na Maré por profissionais da Atenção Básica à Saúde**. Rio de Janeiro, 2018. 186p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

A presente dissertação analisa os sentidos atribuídos por profissionais da Atenção Básica à Saúde à violência doméstica e às práticas desenvolvidas para atendê-la, no conjunto de favelas da Maré. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, cujo principal instrumento para produção de dados consistiu em entrevistas semiestruturadas, realizadas no mês de novembro de 2018, com nove profissionais de duas Clínicas da Família da Maré. A análise dos dados obtidos se deu através do método de interpretação de sentidos, sendo possível identificar percepções dos profissionais tanto sobre os casos de violência doméstica quanto sobre as questões que interferem no acolhimento e notificação desses casos, bem como limites e desafios para o atendimento dos serviços básicos de saúde às situações de violência doméstica em territórios conflagrados. Se por um lado, os resultados apontam para uma série de dificuldades, sobretudo devido à gramática da violência e do medo, estruturante da sociedade brasileira e reproduzida de forma ainda mais aguda nas favelas, por outro, foi possível identificar práticas desenvolvidas para garantir serviços de saúde em seu sentido mais amplo, além de formas de resistência existentes na Maré.

Palavras-chave

Violência Doméstica; Atenção Básica à Saúde; Favela; Políticas Públicas.

Abstract

Araujo, Laís Martins Costa; Oliveira; Antonio Carlos de (Advisor). **Violence and Health: limits and challenges regarding domestic violence cases care in Maré by professionals of the Basic Health Care.** Rio de Janeiro, 2019. 186p. Dissertação de Mestrado – Departamento de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

This dissertation analyzes the meanings attributed by professionals of Basic Health Care to domestic violence and the practices developed to serve them in the set of slums in Maré. It is qualitative research, whose main instrument used for data production was semi-structured interviews, conducted between November and December of 2018, with nine professionals from two Family Clinics of complex of Maré. The analysis of the data obtained was done through the method of senses interpretation, and it was possible to identify the perceptions of the professionals, both on cases of domestic violence and on the issues that interfere in the reception and notification of these cases, also identifying limits and challenges for the provision of basic health services to people in situations of domestic violence in conflict territories. On one hand, the results point to a series of difficulties, mainly due to the grammar of violence and fear, structuring Brazilian society and reproduced even more acutely in slums. On the other hand, it was also possible to identify practices developed in the sense of guaranteeing health services in its broadest sense, in addition to forms of resistance existing in Maré.

Keywords

Domestic violence; Basic Health Care; Slum; Public policy.

Sumário

1. Introdução	14
2. Violência no Brasil	23
2.1. Tipos e natureza da violência	34
2.2. Violência doméstica de acordo com o ciclo de vida	42
2.2.1. Violência contra crianças e adolescentes	43
2.2.2. Violência contra mulheres	48
2.2.3. Violência contra idosos	55
3. Violência doméstica e saúde	61
3.1. Os Determinantes Sociais de Saúde	61
3.2. A Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro: limites e possibilidades	64
3.2.1. Estratégia de Saúde da Família e Violência Doméstica	72
3.2.2. A rede de atenção à saúde e prevenção de violência no Rio de Janeiro	85
4. Violência doméstica na Maré: sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde	90
4.1. Percurso metodológico	90
4.2. Caracterização do território	95
4.3. Caracterização dos profissionais entrevistados e equipamentos de saúde	107
4.4. Sentidos atribuídos à violência doméstica: práticas e desafios ...	111
4.4.1. Percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica	113
4.4.2. Papel da saúde diante dos casos de violência doméstica	124
4.4.3. Limites e desafios para intervenção	141
5. Considerações finais	156
6. Referências bibliográficas	166
7. Apêndices	176
7.1. Roteiro de entrevista	177
7.2. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	179
8. Anexos	181
8.1. Ficha de Notificação Individual (versão SVS 15.06.2015)	182
8.2. Parecer número 3.002.730 aprovado pelo CEP/SMS-RJ	184

Lista de figuras

Figura 1: Evolução das Políticas Públicas para Mulheres no Brasil, desde a criação da SPM - 2003-2016	49
Figura 2: Objeto de Notificação (Casos suspeitos ou confirmados) SINAN	77
Figura 3: Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada - SINAN	79
Figura 4: Mapa da Maré	98
Figura 5: Distribuição territorial da Maré.....	105
Figura 6: Fluxo para acompanhamento pela ESF de casos de violência notificados em Urgências e Emergências – AP 3.1	136

Lista de quadros

Quadro 1: Produção acadêmica no Brasil sobre Violência Doméstica e Atenção Básica à Saúde	18
Quadro 2: Produção acadêmica no Brasil sobre Violência Doméstica e Atenção Básica à Saúde após aplicação de critérios de exclusão e combinação de descritores	19
Quadro 3: Responsabilidades na Gestão da Atenção Básica	68
Quadro 4: Ações de Atenção Básica dirigidas a toda População.....	68
Quadro 5: Ações de Atenção Básica dirigidas a Grupos específicos População.....	69
Quadro 6: Sistematização para análise de conteúdo da pesquisa em tela.....	112

Lista de siglas

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
ADA	Amigo dos Amigos
AP	Área Programática
APS	Atenção Primária à Saúde
BO	Boletim de Ocorrência
BRT	Bus Rapid Transit
CAP	Coordenações de Área Programática de Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CEDAE	Companhia Estadual de Águas e Esgotos do Rio de Janeiro
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESEC	Centro de Estudos de Segurança e Cidadania
CF	Clínica da Família
CFDBS	Clínica da Família Diniz Batista dos Santos
CFJMS	Clínica da Família Jeremias Moraes da Silva
CMS	Centro Municipal de Saúde
CNDM	Conselho Nacional de Defesa da Mulher
CNDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CV	Comando Vermelho
DAPS	Divisão de Ações e Programas de Saúde
DICA	Divisão de Informação, Controle e Avaliação
DSS	Determinantes Sociais de Saúde
DVS	Divisão de Vigilância em Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FAETEC	Fundação de Apoio à Escola Técnica
GAR	Grupo Articulador Regional de Violência
GCA	Grupos Criminosos Armados

GT	Grupos de Trabalho
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NESEG	Núcleo de Estudos de Sexualidade e Gênero
NOB	Norma Operacional Básica
NPSPV	Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização Não Governamental
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
OS	Organizações Sociais
PAB	Piso de Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRMAV	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências
PSF	Programa de Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMS-RJ	Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
SPM	Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCP	Terceiro Comando Puro
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
VIVA	Violência e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades.

Boaventura de Souza Santos

1.

Introdução

O presente estudo teve como objetivo analisar os sentidos atribuídos por profissionais da Atenção Básica à Saúde para a violência doméstica e às práticas desenvolvidas para atendê-la, no conjunto de favelas da Maré.

O interesse pelo tema foi gestado e amadurecido durante os três anos de atuação profissional na coordenação de um projeto, executado por uma Organização Social (OS), responsável por administrar dezenas de unidades de saúde no município do Rio de Janeiro. Partindo da premissa de que a violência é um agravo para a saúde, pois gera números expressivos de morbidades e mortalidade, o “Projeto de Prevenção à Violência Doméstica” tinha como objetivo sensibilizar e capacitar profissionais das unidades de Atenção Básica à Saúde para identificação, acolhimento, notificação, encaminhamento e acompanhamento dos casos de violência doméstica atendidos.

Segundo Budó et al. (2012), a origem do termo violência vem do latim, na qual “vis” significa força, atrelada à noção de lutas pelo poder, vontade de domínio, posse, aniquilamento do outro ou de bens. Na visão popular, ou melhor, no senso comum¹, a violência aparece comumente atrelada ao crime, à delinquência e muitas vezes relacionada diretamente à pobreza. Já na visão erudita, ou acadêmica, a violência se apresenta arraigada às relações sociais, sendo construída no interior da consciência dos sujeitos, como um meio para atingir determinados fins. E na visão da saúde a violência se apresenta como problemas físicos, psíquicos, morais e sociais, levando as pessoas a necessitarem de “cuidados em saúde”.

Minayo (1994), afirma não conhecer sociedade alguma onde a violência não tenha existido. Para a autora, a dialética do desenvolvimento social evidencia questões vitais dos seres humanos. Além disso, convivemos cotidianamente com a violência representada pelos filmes, guerras, e todas as outras formas em que a violência possa estar representada. “A história é, talvez, a mais cruel das deusas

¹ Minayo (2007) nos aponta que o senso comum como matéria prima tem potencial transformador. A autora explica que este expressa espontaneamente condições e realidades sociais e, portanto, mesmo o senso comum sendo fragmentário e contraditório deve ser considerado, compreendido, avaliado e recuperado criticamente.

que arrasta sua carruagem triunfal sobre montões de cadáveres, tanto durante as guerras como em período de desenvolvimento pacífico” (ENGELS, 1981, p. 187).

Porém, não devemos considerar a violência como um fator biológico, que faz parte da natureza humana. Para Minayo (1994) a violência é um fenômeno biopsicossocial, criado e desenvolvido pela vida em sociedade, e que só pode ser analisada em contexto histórico, atravessado por questões políticas, econômicas e sociais. “A violência apresenta variações históricas, culturais, marcadas por percepções e concepções diferentes, abrangendo os campos sociocultural e político, além do âmbito da saúde, devendo ser encarada como um objeto da intersectorialidade” (BUDÓ ET AL., 2012, p.22).

No Brasil, a necessidade de tratar o tema da violência como problema de saúde pública foi oficializada pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. O documento que regia tal política, aprovado pelo Ministério da Saúde em 2001, teve como estratégia central, para fortalecer o acompanhamento das situações de violência ocorridas, a implantação da Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). De modo que, desde 2001, a violência está no rol de agravos para saúde pública, passível de notificação compulsória².

O instrutivo para preenchimento da ficha de notificação de violência, publicado pelo Ministério da Saúde, em 2016, define como eventos passíveis de registro: todos aqueles suspeitos ou confirmados de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente são objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT. O que nos permite delimitar o escopo de atuação do setor *saúde* frente às diversas manifestações da violência em nossa sociedade (BRASIL, 2016).

² A Portaria Nº 204, de 17 de fevereiro de 2016 define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública (incluindo violência doméstica, interpessoal e ou autoprovocada).

Contudo, a despeito de a determinação legal exigir que os profissionais de saúde atuem de maneira qualificada frente às situações de violência doméstica identificadas nos territórios, observou-se que existem alguns entraves ao atendimento desses casos no escopo da Atenção Básica à Saúde. Neste contexto, a OS elaborou e executou o “Projeto de Prevenção à Violência Doméstica”, do qual fui gestora.

Certa vez, em conversa com a gerente de uma unidade de saúde do complexo de favelas da Maré, por ocasião do referido projeto, a mesma iniciou minha recepção mostrando-se agradecida pela capacitação que seria ministrada naquele dia. Dizia não ter conhecimento de casos de violência doméstica atendidos naquela unidade. Segundo ela, era possível que o baixo número de situações de violência doméstica, identificadas e atendidas na unidade, estivesse relacionado ao fato de que as equipes de saúde ali ficam muito expostas à violência urbana e sofrem interferência cotidiana dos “bandidos”. Disse: “eles [bandidos] ficam se metendo no meu trabalho, no funcionamento do serviço”.

Depois dessa conversa, aguardei no corredor da unidade de saúde o início da palestra que daria sobre as formas de identificação e atendimento às situações de violência doméstica, pensando no que a gerente havia me dito sobre a quase inexistência de registro de casos de violência naquela unidade, localizada em um território conflagrado. Aguardei por, no máximo, dez minutos, tempo suficiente para presenciar a seguinte cena: Uma mãe enquanto levava seu filho (que aparentava uns 5 anos de idade) para a sala de imunização, o ameaçava dizendo que se ele não se comportasse, iria apanhar. Não houve segundo aviso. Quando chegou a sua vez da vacina, ele começou a chorar e a mãe “tascau-lhe” um tapa no rosto, seguido de empurrão no ombro, que o fez entrar na sala aos tropeços e com choro incontido.

Após essa cena, se fortaleceu o desejo e a necessidade de compreender o que os profissionais que atuam nessas unidades de saúde entendem por violência doméstica. De acordo com Saliba et al., (2007), os reflexos da violência doméstica são nitidamente percebidos nos serviços de saúde, seja pelos custos que representam, seja pela complexidade do atendimento que demandam. Assim, conhecer as concepções atribuídas à violência é extremamente relevante para a

construção de propostas que contribuam para a diminuição de sua ocorrência e para prevenção, visto que cada grupo pensa e vivencia a violência a partir do seu contexto social (BUDÓ ET AL., 2012).

Avalia-se que pesquisar as percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica pode apresentar contribuições de ordem prática para todos os atores envolvidos. Aos gestores dos serviços de saúde, o estudo pode evidenciar dificuldades e potencialidades na atuação dos profissionais da Atenção Básica à Saúde frente aos casos de violência doméstica, e instrumentalizá-los para a construção de estratégias de superação do cenário apreendido como: ações dirigidas de educação permanente, criação e ou fortalecimento de programas e projetos (setoriais e intersetoriais), incentivo à articulação entre as diferentes instituições que compõem a Rede de Proteção Social e a revisão dos mecanismos utilizados no fluxo de informações.

Aos profissionais de saúde o estudo pode promover mudanças nas rotinas de trabalho, dar visibilidade ao trabalho desenvolvido e produzir alterações nas demandas encaminhadas pelos seus gestores. Os usuários dos serviços de saúde podem ser beneficiados por este estudo na medida em que este tem potencial para qualificar o serviço em saúde. Por fim, o resultado deste estudo pode, ainda, subsidiar o desenvolvimento de ações/políticas específicas, inserindo, cada vez mais, o tema da violência e suas repercussões na saúde para a agenda do setor e para o cotidiano dos serviços.

Para conhecer o estado da arte da produção acadêmica sobre a temática em questão foi desenvolvido levantamento bibliográfico delimitando, prioritariamente, os descritores que orientariam o processo de investigação, sendo estes: Violência Doméstica; Atenção Básica à Saúde; e Notificação.

O universo da pesquisa bibliográfica integrou tanto produções teórico-científicas (artigos), quanto acadêmicas (teses e dissertações produzidas nos programas de pós-graduação em nível de mestrado e doutorado, vinculados a instituições reconhecidas pelo Ministério da Educação (MEC) disponíveis, em meio digital e de acesso público (internet), tendo como marco temporal o período de 2007 a 2017. Este recorte temporal se deu por se tratar da última

década, ou seja, período mais recente e mais próximo do contexto atual. Mas também, devido ao cenário político que se desdobrou nesta última década, sobretudo, em termos da expansão da Atenção Básica à Saúde.

Foram escolhidas duas bases de dados para conhecer o estado da arte da produção acadêmica sobre o atendimento às situações de violência doméstica pela Atenção Básica à Saúde no Brasil: a Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior (CAPES).

Buscou-se primeiramente, em ambas bases de dados, os descritores isoladamente, sem aplicação de filtros. Como se pode ver no quadro abaixo, foi extenso o número de trabalhos produzidos nos últimos dez anos, que apresentam em seus conteúdos as palavras/expressões descritoras elencadas, por isso optamos por direcioná-las de forma cruzada na busca.

Quadro 1: Produção acadêmica no Brasil sobre Violência Doméstica e Atenção Básica à Saúde

DESCRITORES	SCIELO (ARTIGOS)	Banco de teses e dissertações CAPES	TOTAL
Violência doméstica	592	1194	1786
Atenção básica à saúde	2207	492	2699
Notificação	798	1130	1928
TOTAL	3597	2816	6413

Fonte: Autoria própria / Base de dados SCIELO e CAPES no período entre 2007 e 2017.

Foram buscadas as expressões “Violência Doméstica” combinada com “Atenção Básica à Saúde” e as mesmas combinadas com “Notificação”. Além disso, foram pesquisadas produções dos últimos dez anos, nas quais os descritores estivessem contidos no título.

Depois da aplicação dos critérios de inclusão e a realização da leitura prévia dos títulos, foram selecionadas 89 produções, sendo 54 artigos, 26 dissertações e 09 teses.

Quadro 2: Produção acadêmica no Brasil sobre Violência Doméstica e Atenção Básica à Saúde após aplicação de critérios de exclusão e combinação de descritores

DESCRIPTORES	ARTIGOS	DISSERTAÇÕES	TESES	TOTAL
"violência doméstica + saúde"	38	26	8	71
"violência doméstica + atenção básica à saúde + notificação"	16	0	1	17
TOTAL	54	26	9	89

Fonte: Autoria própria / Base de dados SCIELO e CAPES no período entre 2007 e 2017.

Após refinamento na busca, e avaliação individual dos resumos, foram descartadas as produções que não estavam alinhadas à temática da pesquisa. E selecionados aqueles que apresentavam no título a relação existente entre os casos de violência doméstica atendidos pela Atenção Básica em Saúde. Todo este material foi sistematizado em um banco de dados que nos permitiu analisar alguns aspectos relevantes relativos às produções acerca do tema de interesse.

Identificou-se que, nos últimos dez anos, a temática sobre violência e saúde foi debatida de forma diversificada no cômputo acadêmico. Possivelmente, essa discussão tenha se intensificado nesses últimos anos, devido ao fato de o assunto ter entrado em voga nas pautas sociais e políticas, culminando, inclusive, na criação e aperfeiçoamento de legislações específicas, como por exemplo, a Lei Maria da Penha (BRASIL, 2006) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, revisada e atualizada também em 2006. Como se sabe, sendo tais produções sistematizações de tempos históricos, dificilmente vem antes de o fenômeno acontecer.

Já no que diz respeito à localidade dessas produções acadêmicas sobre violência e saúde, foram identificados 40 artigos e 16 teses e/ou dissertações produzidas na região sudeste do Brasil, no período analisado. Este fato pode estar relacionado à concentração de importantes programas de pós-graduação e grandes centros de pesquisa sobre violência e saúde, relacionados a universidades da região sudeste.

Quando analisamos os programas específicos correspondentes às dissertações e teses produzidas sobre a relação entre violência e saúde

identificamos que os programas de pós-graduação dos cursos de enfermagem são os que apresentam maior número de produção, totalizando 13 dentre mestrado e doutorado. Os cursos voltados à saúde pública e/ou coletiva, também apresentam número significativo de produções somando o total de 8, no universo das 35 produções analisadas. Cabe acrescentar que tanto o curso de Psicologia quanto o de Serviço Social apresentaram 3 dissertações sobre o tema, cada um.

Após a sistematização das produções levantadas, as organizamos de modo que fosse possível identificar os tipos de violência com maior concentração de interesse dos pesquisadores quando se dedicam a escrever sobre violência e saúde. Observamos maior número de estudos sobre violência contra crianças e ou adolescentes, seguido de violência contra mulher.

Mesmo sabendo que qualquer pesquisa em que se estabeleçam critérios para busca e que quaisquer que sejam eles, estes serão arbitrários. A partir do levantamento empreendido pudemos observar a relevância teórica da temática pesquisada. Isto nos aponta para a necessidade de aprofundar ainda mais os conhecimentos teóricos que permeiam o cotidiano profissional, quando convocados a intervir em situações de violência doméstica, sob a especificidade da Atenção Básica à Saúde.

Portanto, cabe afirmar que o mapeamento bibliográfico e a leitura das produções selecionadas contribuíram para a delimitação do objeto desta pesquisa. Que deu enfoque aos sentidos atribuídos pelos profissionais da Atenção Básica à Saúde com vistas às situações de violência doméstica e às práticas desenvolvidas para atendê-las, no conjunto de favelas da Maré. Logo, partindo do conhecimento acumulado e do referencial teórico existente, podemos situar a problemática em questão, de forma que seja possível compreender o contexto no qual essa pesquisa está inserida.

Para responder a questão investigada procurou-se apreender as ideias implícitas e explícitas presentes no discurso dos profissionais de saúde, de modo que fosse possível descrever e interpretar sentidos atribuídos às situações de violência doméstica; identificar iniciativas realizadas pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde envolvidas na pesquisa para o atendimento às

situações de violência doméstica; e apontar limites e desafios para o atendimento dos serviços básicos de saúde às situações de violência doméstica, em territórios conflagrados, de modo que possa subsidiar o desenvolvimento de ações/políticas específicas para este fim.

A metodologia utilizada foi baseada nos princípios de pesquisas qualitativas, e o caminho percorrido para análise dos dados foi fundamentado no método de interpretação de sentidos. O principal instrumento para produção de dados consistiu em entrevistas semiestruturadas, realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2018, com nove profissionais de duas Clínicas da Família da Maré. O critério de escolha dos profissionais participantes da pesquisa se baseou na solicitação de categorias profissionais diversificadas, tendo o contato para obtenção de sujeitos voluntários, sido mediado pela gerente de cada unidade de saúde.

A partir da análise dos dados obtidos nas entrevistas, foi possível identificar percepções dos profissionais tanto sobre os casos de violência doméstica quanto sobre as questões que interferem no acolhimento e notificação desses casos, bem como limites e desafios para o atendimento dos serviços básicos de saúde às situações de violência doméstica em territórios conflagrados.

No segundo capítulo, foram situados teoricamente alguns elementos que compõem o objeto desta dissertação no que diz respeito aos conceitos, tipos e natureza da violência. Este capítulo foi dividido em três partes: na primeira, apresenta-se o processo sócio-histórico de consolidação da sociedade brasileira, fincada em pilares hierárquicos, autoritários e violentos. Na segunda parte, apresenta-se a variedade de conceitos atribuídos à violência, perpassando pelos tipos e naturezas do fenômeno. Já na terceira parte, o conteúdo detém-se nas repercussões da violência doméstica de acordo com o ciclo de vida, considerando que existe fortíssima especificidade nas repercussões da violência doméstica para os três grupos de notificação compulsória para saúde, de acordo com o *VIVA: Instrutivo para notificação de violência interpessoal e autoprovocada*: crianças e adolescentes, mulheres e idosos (BRASIL, 2016).

O terceiro capítulo refere-se ao processo para inclusão da temática da violência na pauta do setor e na rotina de atendimentos em saúde. Em primeiro lugar, fez-se necessário situar as concepções presentes nesta seara e as diretrizes e princípios que orientam as práticas profissionais. E, em seguida, pontuou-se alguns limites e possibilidades para implantação dos serviços de Atenção Básica à Saúde no Rio de Janeiro, sobretudo, no que tange ao atendimento às pessoas em situação de violência doméstica pelo setor.

No quarto capítulo, inicialmente, é apresentado o percurso metodológico da pesquisa, a caracterização do campo e dos entrevistados. Logo após, são apresentados os resultados referentes à pesquisa de campo sobre sentidos que os profissionais de saúde atribuem às situações de violência doméstica atendidas em duas unidades de Atenção Básica à Saúde do conjunto de favelas da Maré. Os resultados alcançados com essa pesquisa foram organizados a partir de três eixos de análise: Percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica; Papel da saúde diante dos casos de violência doméstica; e Limites e desafios para intervenção.

Por fim, são tecidas algumas considerações finais, retomando o objetivo geral da pesquisa e relacionando as discussões apresentadas nos capítulos teóricos aos resultados encontrados. São apontados os limites e desafios encontrados para o atendimento às situações de violência doméstica, assim como práticas desenvolvidas para garantir serviços de saúde em seu sentido mais amplo, além de formas de resistência existentes na Maré.

Dada a complexidade do presente assunto, não se tem a pretensão de esgotar a discussão, mas sim apresentar a síntese interpretativa construída a partir das informações obtidas nessa produção acadêmica.

2. Violência no Brasil

Para adentrarmos na discussão sobre o processo de consolidação da sociedade brasileira, fincada em pilares hierárquicos, autoritários e violentos, precisamos, antes, reconhecer a violência como fator existente na vida humana, nas relações e interações sociais, que persiste e se adapta a diversas culturas, assume novos trajets, conforme se complexificam as relações sociais e de acordo com o processo histórico de cada sociedade.

Se fizermos breve retrospectiva histórica global, identificamos diversas guerras, sendo duas com impactos mundiais (1914 e 1939). E, se formos um pouco mais longe, até no mito cristão de origem da humanidade, a violência está presente: Adão e Eva, expulsos do paraíso, têm dois filhos e um mata o outro por inveja (MINAYO, 2017, p. 39).

Diversas áreas do conhecimento e pesquisas vêm tentando explicar as causas, raízes e origem da violência. O que se pode constatar, de acordo com Minayo (2017), é que o fenômeno da violência vem se transformando e persistindo. O processo sócio-histórico e as mudanças geopolíticas são acompanhados de novas faces e expressões da violência. Ou seja, as sociedades vão se alterando, e a violência se desdobra e perpassa essas alterações, assumindo novas estampas.

Para iniciar a discussão sobre a realidade brasileira e a marca da violência como fator determinante de sua sociabilidade, é importante ter clara noção de que aqui a violência também vem sendo construída histórica e socialmente, moldada e continuada em nossas estruturas, cultura, sociabilidade, famílias, indivíduos e instituições. Logo, podemos considerar a violência no Brasil como fator estrutural e histórico, baseado em níveis expressivos de desigualdade social, que se apresenta como solo propício para proliferação e banalização da violência (MINAYO, 2017, p.41).

Faz-se necessário, para melhor compreendermos o processo histórico de formação do Brasil, contextualizar o cenário que possibilitou a consolidação do nosso país. De acordo com Minayo (2017), o início da nossa história foi movido

pela cobiça e ganância, calcadas na exclusão social, na escravização, primeiro de índios e depois de negros.

José Murilo de Carvalho (2016), no livro “Cidadania no Brasil – o longo caminho” relata detalhadamente a trajetória brasileira, observando que o controle e a submissão estão arraigados na história do Brasil, desde que os portugueses aqui chegaram.

O autor afirma que a partir da proclamação da independência de Portugal, em 1822, nosso país teve uma herança constrangedora para a cidadania, ou seja, no período de 1500 a 1822, os colonizadores construíram um enorme país com unidade territorial, linguística, cultural e religiosa, porém deixaram uma população analfabeta, uma sociedade escravocrata, uma economia monocultora e latifundiária, um Estado absolutista. Portanto, pode-se dizer que à época da independência, não existiam cidadãos brasileiros, nem pátria brasileira.

Como já vimos, desde seu nascimento, o Brasil fez parte de um projeto de conquista de povos, por europeus detentores de tecnologia muito mais avançada, que dominaram e exterminaram, pela guerra, pela escravização e pela doença, milhões de indígenas, além de explorarem as riquezas naturais. O grande latifúndio, a pecuária, mineração, manutenção dos privilégios da elite e escravidão foram a marca registrada do período analisado.

Carvalho (2016) apresenta o cenário econômico, político e social na transição do regime monárquico para a República Federativa do Brasil (1889). Nesse período, observa-se a transição das relações hierárquicas para uma sociedade moderna dividida em classes. Já na sociedade capitalista brasileira, se iniciou o crescimento econômico, o desenvolvimento social, e consequentemente a consolidação de leis pactuadas, a instituição de frentes qualificadas para coibir a violência. Porém, o que ocorreu por mais de 100 anos de República foi a apropriação e contínuo uso da violência para solver conflitos étnicos, raciais, de classe, gênero, entre outros. Sendo inclusive institucionalizada pelas esferas destinadas a proteger e ofertar segurança.

O que se observa, por meio da leitura de Carvalho (2016), é que em muitos momentos no Brasil houve ênfase em direitos sociais, para suprir a falta dos outros direitos (políticos e civis), ou seja, houve manipulação dos recursos públicos para se promover direitos sociais como moradia, transporte, saúde, educação, previdência social e trabalho, a fim de controlar a população e principalmente os grupos que poderiam se manifestar contra a redução dos direitos civis e políticos. Isso foi comum, principalmente durante os governos populistas e nos governos militares.

Não se pretende aqui detalhar o processo histórico de conformação da sociedade brasileira, mas sim dar luz à marca da desigualdade social acirrada pelo autoritarismo e pela violência que perpassa as relações sociais no país. Portanto, avançaremos para o período mais recente, após o final da ditadura militar, que ocorreu no ano de 1985, quando, pela primeira vez, o Brasil reconhece em sua Constituição, a necessidade de proteger a todas e todos da violência, em suas mais diversas expressões e magnitudes.

Ainda que os governos democraticamente eleitos, após a promulgação da Constituição Federal, tenham tentado - em certa medida - praticar o princípio republicano da responsabilidade pública e política, a sociedade brasileira tornou-se cada vez mais densa, complexa nas suas relações de classe, na qual se acirravam problemas, tais como a violência urbana que aumentava nas suas mais diversas expressões³.

Adorno (1995) é categórico ao afirmar que a história do Brasil se fundou com bases violentas e a própria República absorve e reproduz essas bases. O autor afirma ainda que “a história da sociedade brasileira poderia ser contada como uma história social e política da violência” (ADORNO, p. 303, 1995). Em diversos espaços são disseminadas, na sociedade brasileira, formas de violência seja para reprimir, conter, impor e ou promover a reforma moral dos cidadãos.

Entretanto, de acordo com Chauí (2017), há no país o poderoso mito “da não violência brasileira”. Crenças populares construídas e calcificadas

³ Para Adorno (2002), o narcotráfico aparece enquanto reordenador das relações tradicionais de sociabilidade entre as classes populares urbanas e como peça central na construção do cenário de insegurança coletiva.

socialmente que afirmam que “o homem brasileiro é cordial⁴” e pacífico, contrastam com a prática brasileira de impor de forma violenta a ordem, a moral, a religião e a própria segurança nacional. Chauí (2017) acrescenta que a narração sobre a história do Brasil ter sido feita “sem sangue”, funciona como justificativa perfeita para o fortalecimento do mito da sociedade brasileira como pacífica e harmoniosa, propício para manutenção da ordem e lógica de dominação vigente.

Ergue-se, assim, a imagem de um povo generoso, alegre, sensual, solidário, que desconhece o racismo, o machismo, a homofobia, que respeita suas diferenças étnicas, religiosas e políticas, que vive sem preconceitos porque não discrimina as pessoas por sua etnia nem por sua classe social nem por suas escolhas sexuais, religiosas ou profissionais (CHAUÍ, 2017, p. 37).

Tal mito acaba por escamotear a violência na sociedade brasileira, que de tal maneira se alastra, e perpassa diversos cenários, espaços e relações. Pode-se, por assim dizer, que tendemos a “larga aceitação” do fenômeno, naturalizando-o, como se a violência fosse um meio razoável de resoluções de conflitos, seja nas relações entre classes sociais, seja nas relações intersubjetivas e interpessoais.

Em resumo, a violência não é percebida ali mesmo onde se origina e ali mesmo onde se define como violência propriamente dita, isto é, como toda prática e toda a ideia que reduza um sujeito à condição de coisa, que viole interior e exteriormente o ser de alguém, que perpetue relações sociais de profunda desigualdade econômica, social e cultural, isto é, ausência de direitos. Mais do que isso, a sociedade brasileira não percebe que as próprias explicações oferecidas são violentas porque está cega para o lugar efetivo de produção da violência, isto é, a *estrutura da sociedade brasileira*. Dessa maneira, as desigualdades econômicas, sociais e culturais, as exclusões econômicas, políticas e sociais, a corrupção como forma de funcionamento das instituições, o racismo, o machismo, a intolerância religiosa, sexual e política não são consideradas formas de violência, isto é, a sociedade brasileira não é percebida como estruturalmente violenta e a violência aparece como um fato esporádico de superfície (CHAUÍ, 2017, p. 41).

Nesse sentido, Adorno (1995) e Pinheiro et al. (1999) apresentam algumas possíveis causas para a violência enraizada e naturalizada na sociedade brasileira, sendo duas delas: Hiato entre direitos políticos e direitos sociais (aprofundamento das desigualdades sociais persiste sendo um dos grandes desafios à preservação e a respeito dos direitos humanos para a maioria da população) e; Autoritarismo

⁴ Sérgio Buarque de Holanda, em seu clássico “*Raízes do Brasil*”, remete ao entendimento do povo brasileiro como cordial, baseado no escritor Ribeiro Couto, que entende como cordialidade aquilo atribuído ao que vem do coração, que tem um fundo emotivo, exacerbado para o bem ou para o mal. Diferente da compreensão do homem cordial como virtuoso de boas maneiras, civilidade, generosidade, hospitalidade (HOLANDA, 1995).

socialmente implantado⁵ (consiste em baixa confiabilidade nas instituições públicas e especialmente na justiça e continuidade de práticas aplicadas em regimes autoritários enraizando o fenômeno da violência na sociedade e na cultura). Os autores sugerem que a continuidade autoritária tem suas raízes no social, e se deve à configuração histórica de uma sociedade marcadamente autoritária, como é o caso do Brasil. Esse autoritarismo socialmente implantado faz referência ao modo pelo qual a sociedade se encontra estratificada e hierarquizada.

(...) podemos dizer que a sociedade brasileira é, do ponto de vista institucional, uma sociedade violenta ou autoritária. Não digo que periodicamente o Estado assume a feição autoritária e, sim, digo que a sociedade brasileira está organizada de tal modo, nela as relações sociais são de tal tipo que se trata de uma sociedade violenta enraizadamente autoritária (CHAUI, 2017, p. 174).

De acordo com Pinheiro et al. (1999), no relatório final “Continuidade Autoritária e Construção da Democracia”, um dos principais paradoxos dos processos de transições de regimes políticos, crucial para a consolidação democrática, é a sobrevivência de práticas autoritárias. Este relatório, inspirado nas obras de Guillermo O’Donnell, situa o processo de transição e consolidação da democracia no Brasil, considerando diversos aspectos que influenciaram nesse processo, que mantém como alicerce o autoritarismo e a hierarquização, desembocando em desigualdade social.

Marilena Chauí (2017) também adota a expressão autoritarismo social para caracterizar a sociedade brasileira. Explica que para entendermos nossa sociedade é preciso considerar a violência simbólica presente na forma em que nos estruturamos, nos valores, regras e normas que organizam as relações políticas e sociais. Preservando as marcas da sociedade colonial, escravocrata, o Brasil mantém a lógica do espaço privado como predominante à lógica do espaço público, se organizando de forma fortemente hierarquizada, reforçando a relação de dominação.

⁵ O termo *autoritarismo socialmente implantado* foi inspirado por Guillermo O’Donnell (1987), quando explica o surgimento do Estado Burocrático Autoritário no Brasil, por volta de 1960. Mas, a expressão foi acunhada por Paulo Sérgio Pinheiro e melhor elaborada na pesquisa “*Continuidade Autoritária e Construção da Democracia*”. Disponível em <<http://www.nevusp.org/downloads/down000.pdf>>. Acesso em: 09set.2018.

Desta maneira, pode-se dizer que, no Brasil, os micropoderes se encontram dispersos por todo o tecido social, o que faz com que muitos sejam potencialmente dominantes e dominados, vítimas e agressores. Esses micropoderes podem, sem dúvida, traduzir o monopólio de pequenos ou grandes privilégios, materializados em vantagens de distintas ordens e cuja repercussão no conjunto da sociedade pode situar pessoas, grupos e classes sociais na condição de superiores e inferiores.

O predomínio da relação de mando e obediência transparece num fato corriqueiro com o qual estamos perfeitamente habituados, qual seja, o fascínio pelos signos de prestígio e poder, que marcam a presença de privilégios na relação com o outro como relação entre um superior e um inferior. (...) Dessa maneira, os micropoderes despóticos capilarizam em toda a sociedade a violência (CHAUÍ, 2017, p. 43).

Adorno (1995) afirma que embora incompleto, pode-se desenhar um panorama da violência na sociedade moderna brasileira que nos permite suscitar algumas questões: redução errônea do fenômeno da violência à criminalidade comum; padrões violentos de sociabilidade não restritos ao Estado; violência irrestrita a dado segmento social, embora seja apropriada, muitas vezes, para (re)estabelecer relações de poder em uma sociedade marcada por extremas desigualdades sociais.

Contudo, sabe-se que as ações violentas não são privilégios de grupos e classes sociais. A violência que afeta a sociedade brasileira determinada pela estrutura de desigualdade, criada e mantida pela distribuição desigual de renda, de oportunidades econômicas e sociais, e a concentração de bens e riquezas têm relação direta com a concentração de precária qualidade de vida nos bairros periféricos onde há de forma expressiva diferentes manifestações da violência. Podemos afirmar que a questão da violência não está na pobreza em si, mas na criminalização dos pobres, dos negros, das drogas, das favelas, e tudo mais que estiver relacionado às classes dominadas.

Essa perspectiva nos leva a indicar que a violência no Brasil está enraizada em nossa cultura e sociedade. A violência de caráter endêmico, implantada num sistema de relações sociais profundamente assimétricas, não é um fenômeno novo: dá continuidade a uma longa tradição de autoritarismo das elites contra as não elites e se verifica nas interações entre as classes – apenas dissimulada pela repressão e pela censura que os governos militares impuseram. Em 1988, com a entrada em vigor de nossa mais recente Constituição, a configuração política

formal da democracia abriu condições para as manifestações de protestos; graves conflitos sociais e econômicos passaram a ser expressos com maior liberdade e, simultaneamente, com maior violência. O autoritarismo conjugado com a violência à margem da lei (que mostra contra os sem-poder sua face violenta), o brutal *apartheid* social e a concentração de renda que divide ricos e pobres, privilegiados e despossuídos, têm perpetuado uma situação de profunda desigualdade (PINHEIRO; ET AL., 2003, p. 80).

Como caldo social, resultado de nossa trajetória, o Brasil assume atualmente a nona posição no ranking de países mais violentos do mundo, de acordo com o relatório da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2018, sobre as estatísticas da saúde global⁶. Ainda conforme a OMS, o racismo, o desemprego, a impunidade, o machismo, a falta de políticas públicas que garantam e efetivem os direitos sociais, a violência, e por fim, a desigualdade social, contribuem para a degradação da sociedade brasileira e numericamente falando, causam mais vítimas do que a maioria das guerras atuais no mundo. O que tem se apresentado cada vez mais como problema expressivo e preocupante para a saúde pública.

Assim, a violência simbólica e estrutural que marca as relações sociais no país, mantida por meio do autoritarismo socialmente implantado, está associada à negação ou privação dos direitos básicos dos cidadãos e pode ser definida como resultante da atuação de classes, grupos ou nações que mantêm situações de privilégios, implicando em condições adversas e injustas para a parcela menos favorecida da população, além de se propagar, difundir e calcificar nas relações intersubjetivas e pessoais inclusive.

Neste sentido, a privação de direitos tem um efeito direto sobre a violência de modo que os sujeitos privados estariam expostos a um risco maior de sofrer ou cometer violências. A violência nas relações interpessoais e intersubjetivas pode ser entendida como uma gramática das relações sociais, um sistema de regras que governa a interação entre as pessoas e legitima, em certas condições, as agressões e ameaças como formas de exercício de poder, de resolução de conflitos e, em última instância, de dominação (CANO, 2007).

⁶ Relatório anual OMS disponível em:
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1&ua=1>.

Em ambientes em que a violência é comum, as pessoas naturalizam seu uso, desde que determinadas regras sejam respeitadas, e interiorizam valores que tornam isso possível. Assim, a legitimidade social oferecida a certos atos de violência funciona de forma independente dos códigos formais ou penais (CANO, 2007).

Essa assimilação e reprodução de regras, de maneira naturalizada, quase que inconsciente, fundamenta-se na perspectiva teórica adotada para embasamento do processo histórico e nos aproxima dos conceitos de Bourdieu (2011): *campo*, *habitus* e *capital cultural*, tríade indissociável. Porém, antes de apresentar tais conceitos, é importante destacar que a teoria do autor não pode ser dissociada da realidade em que se aplica. Assim, sempre há construção teórica por trás da prática. O local onde o conhecimento é produzido e reproduzido determina as classes dominantes e dominadas. Conhecimento neste caso está relacionado às condições e possibilidades, mediante a correlação de forças.

O que Bourdieu (2011) define por *campo* seriam os conjuntos de relações históricas existentes entre os agentes⁷ e/ou grupos de determinada sociedade. São universos nos quais estão inseridos esses agentes e instituições que difundem saberes particulares. Ou seja, o campo é produto histórico que se estrutura a partir da definição dos objetos de disputa e interesses específicos do próprio campo. Constitui-se como um estado da relação de força entre os agentes em um processo de transformação/conservação da sociedade. É sempre movido por interesses característicos, que surgem a partir do processo histórico e é reproduzido, legitimado e ou transformado pela relação de força/poder entre os agentes. Desta maneira, a teoria dos campos se constrói pouco a pouco, de generalização a generalização, definindo a forma específica que reveste mecanismos e conceitos mais gerais, segundo a estrutura das relações entre os capitais e seus agentes (BOURDIEU, 2011).

No caso desta pesquisa, podemos delimitar como *campo* o atendimento às situações de violência doméstica, por profissionais de saúde, em clínicas de atenção básica à saúde, localizadas no conjunto de favelas da Maré, e todo o

⁷ Bourdieu utiliza o termo agente, no lugar de sujeito e indivíduo, pois acredita na capacidade de agenciamento de cada um.

processo histórico de produção e reprodução social brasileiro que influencia no sentido que os profissionais podem atribuir a essas situações de violência, que veremos mais adiante. Assim sendo, é importante compreender que cada campo possui suas regras próprias, construídas socialmente, e os agentes que interagem num mesmo campo podem deter diferentes capitais (cultural, social, econômico, político, simbólico).

Para Bourdieu (2011) *capital* significa cacife, quantidade de poder que cada um tem para determinar suas posições na sociedade. Dominação de códigos que conferem poder. Ou seja, quanto mais códigos dominar (linguagens, relações, conhecimento, dinheiro) melhor colocação e mais poder terá. São interesses postos em jogo, em um determinado campo. O capital cultural ou simbólico seria então aquele que compreende, dentre outros aspectos, os demais tipos de capital. Retomando o que discutimos acima, podemos identificar na sociedade brasileira o uso dos capitais específicos de determinados grupos que fazem uso de modo que se legitime a ordem, por meio da dominação, do exercício do poder e da violência simbólica. As relações de poder dependem da acumulação de capital, que pelos sistemas simbólicos e arbitrários, cumprem a função de legitimar determinada lógica, de impor a dominação com uso da violência simbólica, que ao mesmo tempo em que apresenta interesses particulares de determinado grupo, como interesses universais, hierarquiza as relações - determinadas pelo poder simbólico acumulado -, distinguindo os sujeitos.

Logo, o poder simbólico, obtido graças à violência (simbólica, física e/ou econômica) só pode ser exercido se for reconhecido, legitimado, desconsiderado arbitrário, e (re)produzido socialmente como regra natural de determinado campo (BOURDIEU, 2011). Ou seja, o grupo dominante possui, além do Estado e do monopólio do uso da força física, o controle da violência simbólica e os dominados não se reconhecem vítimas de tal violência, pois esse sistema é alimentado e gerido como se esta fosse a forma normal/comum de se (con)viver.

Essa cultura dominante, tida por naturalizada, é o que Bourdieu chama de *habitus*. Este seria, então, uma forma de mediação universalizante, que faz com que práticas, sem razão explícita e sem intenção aparente, sejam tidas por razoáveis. É um capital de técnicas, de referências que constituem um

conhecimento adquirido, produto de aquisição histórica, que permite a apropriação e a reprodução de um modo imprevisível, impensado, não mecânico, diferente do que denominamos hábito. O *habitus* não é imutável, ele pode ser alterado a partir de novos capitais adquiridos pelos agentes, é um “(...) conjunto de conhecimentos adquiridos, dispersos e pouco formalizados, da disciplina, incorporando-o como modo de *habitus*” (BOURDIEU, 2011, p. 64).

Em outras palavras, os processos de socialização imprimem, em cada agente, valores, crenças, atitudes, sentidos, percepções, comportamentos tomados por óbvios e naturais que determinam o funcionamento do campo. É construído e reproduzido histórico e socialmente. Logo, pode-se dizer que são convenções culturais, históricas e sociais. Nesse sentido, *habitus* seria uma estrutura legitimada, algo que todos compartilham sem muita reflexão e, por isso, se mantém vigente. Ou seja, *habitus* é uma estrutura estruturante, pois cria e cristaliza relações, práticas, como algo natural. Possibilitando inclusive que os agentes dominados reproduzam ideologias, práticas e hábitos dos agentes dominantes.

Ainda nesse sentido, Saffioti (1997) ilustra muito bem o processo cultural de simbolização, em uma analogia à lógica do galinheiro em que se estabelece a “ordem das bicadas” (primeiro o galo bica a galinha, depois a galinha bica as outras galinhas, depois os pintinhos e depois os pintinhos entre si, e assim por diante), percebe-se que a sociedade reproduz esquemas violentos de relação, tal como a lógica do galinheiro. Para a autora, existe uma “ordem de bicadas” socialmente construída, que não é convencional, nem natural. Assim como as relações sociais, na sociedade brasileira, atravessadas pelo autoritarismo socialmente implantado, que funda e mantém a lógica dos micropoderes, e, pelo *habitus*, cria práticas e linguagens para controlar e hierarquizar a sociedade.

Essas regras de dominação são instauradas por uma ordem cultural de simbolização. A dominação está presente na cotidianidade da sociedade brasileira que reproduz formas violentas de relações sociais. Para Saffioti (1997), nessa ordem simbólica coletiva, são criadas gramáticas que regem o comportamento dos humanos de acordo com suas especificidades. Para a autora, existem três principais gramáticas: a sexual ou de gênero (que estabelece as normas de relação

entre homens e mulheres); a de raça/etnia (que regulam as relações entre brancos e negros, apresentando os aspectos para dominação) e; a de classe social (que distingue os comportamentos entre classe dominante e dominada. Processo de dominação/exploração entre classes).

Assim, o *habitus* violento do Brasil, consolidado no espaço público, legitimado, reproduzido histórica e socialmente influencia e é influenciado nas e pelas relações pessoais e intersubjetivas, no âmbito privado, das famílias. Chauí (2017) contribui afirmando que a sociedade brasileira aceita a violência como algo natural, pois sequer a reconhece como tal. A autora remete ao conceito de violência simbólica, já mencionado, apresentando-a como a regra institucional da sociedade brasileira. “Violência ainda maior porque não percebida imediatamente por nós, porque a exercemos e a sofremos como algo necessário, natural e normal” (CHAUÍ, 2017, p. 176).

Diante do exposto, podemos dizer que a sociedade brasileira está longe de conseguir garantir os direitos universais, e vem enfrentando grandes obstáculos para consolidação da democracia, devido à dicotomia entre as carências das camadas populares e a manutenção dos privilégios das camadas dominantes (CHAUÍ, 2017).

Como já dito, a violência não é exclusividade de determinada classe social, ela está enraizada na sociedade brasileira e naturalizada como uma forma eficiente de resolver conflitos e, mais que isso, de se exercer poder e dominação. É um fenômeno multicausal, expresso pelo quadro de miséria, pela má distribuição de renda, pela exploração dos trabalhadores, pela falta de condições mínimas para vida digna, pela falta de Assistência Social, Saúde e Educação, ou seja, na desigualdade. A seguir, destacaremos os tipos de violência mais comumente perpetuados na sociedade brasileira e como estes se desdobram nos ciclos de vida, dando ênfase especial à violência doméstica, nosso recorte de interesse neste trabalho.

2.1.

Tipos e natureza da violência

Nas sociedades contemporâneas, e especialmente na brasileira, continuamente nos deparamos com cenas de violência, na própria mídia, na circulação urbana dos grandes centros e nas conversas informais. Cada sujeito parece ter ao menos um relato de situações violentas vivenciadas, o que, em última instância, tende a naturalizar e legitimar ainda mais a violência como algo normal, que todas e quaisquer pessoas estão submetidas.

Cabe-nos aqui enfatizar que tal fenômeno não se trata de algo natural. Como vimos, a violência é construída socialmente, em um conjunto de relações, nos meandros da lógica de dominação. No Brasil, convivemos com o mito de um povo acolhedor e cordial, em que as diferenças são aceitas sem violência. Entretanto, com base no que foi dito anteriormente, sabemos que a sociedade brasileira é extremamente autoritária, hierarquizada, com interesses particulares e individuais no trato com as questões públicas; um país que esconde a estrutura violenta, cristalizando a desigualdade social (CHAUI, 2017).

Não pretendemos tratar aqui da violência como algo fragmentado, desta ou daquela expressão, ou como fatos esporádicos, mas propondo uma reflexão sobre a violência resultante da construção sócio-histórica da sociedade brasileira. Sabemos que há diversas tipologias da violência, mas todas e nenhuma parecem dar conta das manifestações do fenômeno. No entanto, consideramos necessário destacar as formas de violência mais comumente identificadas no nosso extrato social, para que possamos ter de fato a dimensão e as implicações desta no cotidiano dos brasileiros. Atentando para a complexidade desse tema e tomando os cuidados necessários para não reduzi-lo a questões meramente interpessoais, apresentaremos, a seguir, um mosaico da violência para compreendermos as diversas faces dessa questão.

Pinheiro et al. (2003) adotam a tipologia desenvolvida em 1996 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), a qual propõe elo entre os diversos tipos de violência, dividindo-a em três categoriais: dirigida contra si mesmo (autoinfligida); a interpessoal (infligida por outra pessoa ou grupo, que pode ser da família e de parceiros íntimos, ou comunitária); e a coletiva (infligida por

grupos maiores, como associações políticas organizadas, milícias, ou até o próprio Estado).

Neste trabalho adotaremos uma tipificação mais atual e mais aproximada do setor saúde, baseada em Minayo (2005), Njaine, Assis e Constantino (orgs. [2009]) e Toledo (org. [2013]), pretendendo descrever os tipos de manifestações da violência que provocam sérias consequências para a vida pessoal e social.

Inicialmente, cabe retomarmos a *violência estrutural*, já mencionada neste trabalho. Esta é relacionada às diferentes formas expressas pelas desigualdades sociais, culturais, etárias, de gênero, religiosas e étnicas. Caracteriza-se pela exclusão, distinção, baseadas nessas diferenças, que compromete o acesso aos direitos humanos fundamentais e as liberdades individuais. É a violência estrutural, também chamada de coletiva ou social, que mantém a desigualdade social, que produz miséria, fome, exploração e dominação, criando terreno fecundo para as principais formas de relações violentas (TOLEDO, 2013).

A violência doméstica, por exemplo, enquanto fenômeno naturalizado pela sociedade brasileira e resguardado ao âmbito familiar pode ser considerado também como resultado da violência estrutural, pois na grande maioria dos casos submete, por exemplo, mulheres ao domínio dos cônjuges e/ou companheiros, criança a submissão compulsória dos pais e ou responsáveis, idosos sem assistência adequada, entre outros. Ou seja, a violência estrutural está por trás das outras manifestações da violência, ela legitima outras práticas violentas como meio de atingir a um objetivo, exercer o poder, a dominação e ou de solucionar conflitos.

De acordo com Minayo (2005; 2009), a *violência criminal* é perpetrada por agressões graves às pessoas, por atentado a vida, bens e etc., constituindo-se em objeto de prevenção por parte das forças de segurança (polícia, ministério, entre outros), sem muito sucesso. Esse tipo de violência na sociedade brasileira se revela nas ações fora da lei socialmente conhecidas, como o tráfico de drogas e armas, que, como consequência da violência estrutural mantenedora da desigualdade social, tem maior incidência nos jovens das classes menos

favorecidas, estes, por falta de emprego e condições para empregabilidade, entram no comércio de armas e drogas.

A *violência institucional* se aplica pela imposição de normas e regras de funcionamento e relações burocráticas, no interior das instituições que produzem e reproduzem as injustiças da estrutura social (TOLEDO, 2013). Uma das formas em que esse tipo de violência se expressa é na maneira que são prestados os serviços públicos, como os de saúde, por exemplo, nos quais atualmente há tendência à burocratização e tecnificação, despersonalizando os pacientes, tornando o setor saúde, muitas vezes, produtor de violência contra seus usuários (MINAYO, 2009).

A *violência simbólica ou cultural* se apresenta por meio de discriminações, preconceitos, valores, crenças e práticas, que replicados se tornam naturalizados, embutidos nas práticas comuns e cotidianas. Para Minayo (2009) a cultura de uma sociedade abarca as formas pensar, sentir e agir, que naturalizam certas práticas e rechaçam outras, criando mitos que prejudicam, oprimem e podem, até mesmo, eliminar o diferente. Toledo (2013) acrescenta que no Brasil estão especialmente sujeitas a este tipo de violência crianças e adolescentes; mulheres na relação conjugal (violência de gênero); homossexuais; pessoas com deficiências; negros e índios (violência racial/étnica); moradores de favelas; praticantes de algumas religiões; migrantes, entre outros.

A violência doméstica, por exemplo, pode ser considerada violência cultural. Minayo (2005) afirma que existem algumas crenças culturais poderosas que fundamentam o uso da violência no interior dos lares, como por exemplo, em questões familiares, as pessoas de fora não devem intervir, pois “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher”; “a pessoa em situação de violência é inferior”; “a mulher é domínio e posse do homem”; “os idosos são pesos mortos, não servem mais para nada”; “é preciso bater para educar as crianças”, pois “é de pequenino que se torce o pepino”; “a família deve manter-se unida a qualquer custo”, entre outras.

Esses mitos são discriminatórios e contribuem para a reprodução de diversos problemas que impedem o crescimento e o desenvolvimento das pessoas.

São estruturas enrijecidas, que predominam sobre os interesses individuais e mantêm uma organização com hierarquias fixas naturalizadas. Longe de poder ser compreendida como uma questão particular e privada, a violência doméstica atenta contra os direitos, contra o exercício de uma cidadania plena e contra a qualidade de vida de muitas pessoas e comunidades.

Existe ainda a *violência autoinfligida*, que são os suicídios, tentativas, ideações suicidas, automutilação. E por fim, chegamos à *violência interpessoal*, que abarca duas outras categoriais: a *violência comunitária* (praticada entre indivíduos sem graus de parentesco, conhecidos ou desconhecidos) e a *violência intrafamiliar* (praticadas entre indivíduos com vínculos familiares consanguíneos ou não), sobre a qual iremos nos aprofundar mais.

Para Minayo (2005; 2009), assim como para Toledo (2013), a violência intrafamiliar, na prática, pode ser considerada semelhante à *violência doméstica*, objeto deste estudo. Ambos os termos se referem às questões internas e externas, que têm rebatimento direto nas relações familiares transformadas em intolerância, abuso, opressão. Tanto no meio acadêmico, quanto na proposição de políticas sociais, a violência doméstica e a violência intrafamiliar são apresentadas com sentidos análogos, portanto, nos compete destacar o entendimento sobre violência doméstica que está sendo adotado neste trabalho.

A violência doméstica é conceituada como um problema social de dimensão universal que perpassa questões de ordem cultural, econômica, religiosa, étnica ou de gênero, afetando os indivíduos envolvidos em vários aspectos (LOURENÇO; CARVALHO, 2001). Para Minayo (2009), a violência doméstica e violência intrafamiliar são definidas como aquele tipo de violência desenvolvida dentro do ambiente familiar, podendo o agressor compartilhar ou fazer parte do mesmo lar que suas vítimas ou não. Esta violência compreende outros atos de maus tratos físico e psicológico, assim como de abuso sexual ou estupro.

Ambos os termos dizem respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. Ambos os conceitos [violência doméstica e violência familiar] dizem respeito a esse fenômeno universal que tem séculos de história, formando uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos (MINAYO, 2009, p.34).

Entretanto, para Almeida (2007) os termos têm implicações teóricas e práticas distintas que, não podem ser ignoradas. Para ela, a violência doméstica nos remete à dimensão espacial da violência, designando o âmbito privado em que se dá. Essa noção de violência doméstica, preservada ao âmbito privado das relações sociais, tem sido historicamente contraposta ao público e ao político.

Em prol da categoria *violência doméstica*, pode-se enfatizar que o processo de ocultamento da violência perpetuada no espaço protegido da casa guarda intrínseca relação com a naturalização dessa forma de violência – facilmente mesclada ou superposta ao disciplinamento vinculado a práticas de socialização – e com sua cronificação, potenciada por um espaço simbolicamente estruturado, tendo como corolário a escalada da impunidade (ALMEIDA, 2007, p. 25).

Já a violência intrafamiliar, para a mesma autora, ainda que tenha congruência com a anterior, diz respeito às violências que se perpetuam no interior das famílias, enfatizando a produção e a reprodução endógenas da violência (ALMEIDA, 2007).

O Ministério da Saúde (2002) também distinguia os dois tipos de violência:

A violência intrafamiliar é toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física, psicológica ou a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que passam a assumir função parental, ainda que sem laços de consangüinidade, e em relação de poder à outra. O conceito de violência intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também as relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica distingue-se da violência intrafamiliar por incluir outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente, agregados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p. 15).

Atualmente, o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, vinculado ao Ministério da Saúde, que preconiza a notificação compulsória de violência, designa como objeto da Saúde as violências interpessoal/autoprovocada, distinguindo o tipo de violência (física, sexual, psicológica/moral; financeira/econômica; tortura; tráfico de pessoas; trabalho infantil; negligência/abandono; intervenção legal). Sendo a violência interpessoal apresentada de forma subdividida entre violência doméstica/intrafamiliar e violência comunitária/extrafamiliar. A partir desta subdivisão o sistema classifica a violência doméstica/intrafamiliar como aquela que ocorre entre os membros da

própria família, entre pessoas que têm grau de parentesco, ou entre pessoas que possuem vínculos afetivos. Ainda que faça uma menção a existência de distinção entre as terminologias, é possível avaliar que ambos são tratados como sinônimos no referido sistema.

Como este trabalho está voltado para concepção de violência doméstica sob a ótica da saúde pública, consideraremos aqui o entendimento discriminado pelo Ministério da Saúde, em 2002, citado acima. Ou seja, adotaremos a terminologia violência doméstica, de acordo com o preconizado na ficha de registro do agravo para saúde intitulada como *Ficha de Notificação/Investigação Individual Violência Doméstica/Intrafamiliar, Sexual e/ou Outras Violências Interpessoais*, que delimita a violência doméstica de forma mais abrangente, abarcando:

(...) as variadas formas de violência interpessoal (agressão física, abuso sexual, abuso psicológico, negligência, outras) que ocorrem no âmbito da família, sendo perpetradas por um ou mais autores com laços de parentesco consanguíneo ou por afinidade (vínculo conjugal formal ou informal) com a vítima e também quando há vínculos afetivos e ou relações de poder (física, etária, social, psíquica e/ou hierárquica). Ela independe do local de ocorrência da violência, pois pode ser tanto na zona urbana como na zona rural, dentro ou fora do domicílio (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009, p. 13).

Contudo, cabe especificar que adotaremos o conceito de violência doméstica em consonância com a terminologia utilizada pelo setor saúde, mas sem perder de vista a existência desta discussão acerca das compreensões sobre as situações de violência vivenciadas pelas pessoas em âmbito doméstico.

Durante muito tempo, a questão da violência doméstica era um assunto reservado ao universo fechado da família, mais recentemente o fenômeno tem sido elencado enquanto objeto de estudos, trazendo à tona diferentes realidades e variados atores envolvidos. Segundo Minayo (1994), estudos epidemiológicos têm contribuído para apresentar a magnitude do problema e possibilitar a construção de “diagnósticos” mais próximos à realidade.

Podemos dizer, então, que a violência doméstica pode estar presente na dinâmica das relações familiares quando estas se dão de forma agressiva e quando utilizam a violência para a solução de questões ligadas à vida familiar, sejam

objetivas ou subjetivas. De acordo com alguns autores, a violência doméstica tem muitas manifestações, mas na sociedade brasileira, tem maior incidência sobre as mulheres, crianças e idosos, que apresentam posição de maior dependência (nos seus mais diferentes níveis) diante do pai, companheiro, marido ou provedor.

Após conhecermos a tipologia da violência, consideramos fundamental apresentarmos as suas naturezas, contudo, sem antes endossarmos a limitação do exercício de nomear, categorizar, especificar as expressões da violência, sabendo que qualquer tipologia não daria conta das diversidades existentes quando tratamos do fenômeno. Principalmente no que tange a natureza do ato violento, em que as expressões se cruzam, sobrepõem e acumulam, não estabelecendo fronteiras bem definidas, o que, de certo modo, pode confundir suas caracterizações.

Segundo Pinheiro et al. (2003), a natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica ou relacionada à privação/negligência. Minayo (2005; 2009) e Toledo (2013) complementam essa compreensão, detalhando-os.

Definem como *abuso físico* (ou violência física) todo ato violento que utiliza a força física de forma intencional, não acidental, que pode provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não marcas evidentes no corpo. “O termo abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem. A violência física costuma ocorrer em todos os ambientes sociais” (MINAYO, 2005).

Já o *abuso psicológico* (ou violência psicológica) é toda ação que põe em risco ou causa dano à autoestima e à identidade. Manifesta-se por agressões verbais e gestuais usados para humilhar e amedrontar a vítima, restringir sua liberdade ou isolá-la do convívio social. Os atos violentos que envolvem abusos psicológicos são mais difíceis de serem identificados em virtude da dimensão altamente subjetiva que atravessa esse processo.

A categoria abuso psicológico nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação (MINAYO, 2005, p. 38).

O *abuso sexual* (ou violência sexual) é entendido como todo ato ou jogo que visa a estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais, por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Ocorre nas relações hetero ou homossexuais, e suas principais vítimas são crianças e adolescentes. Apesar disso, também pode acontecer com pessoas em todas as fases do ciclo de vida.

O abuso sexual diz respeito ao ato ou jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-las para obter excitação sexual nas práticas eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças (MINAYO, 2005, p. 39).

Por último, a *negligência* é caracterizada pela omissão e recusa de cuidados a alguém que deles necessita. É comum acontecer com crianças e idosos, sendo o abandono a forma mais grave de negligência.

Negligências, abandonos e privação de cuidados são formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados (MINAYO, 2005, p. 39).

Vale acrescentar o *abuso econômico e financeiro*, também considerado como categoria de violência, sobretudo, contra a pessoa idosa. Este consiste em explorar ou utilizar imprópria ou ilegalmente os recursos monetários e patrimoniais dos idosos.

A categoria abuso econômico e financeiro vem sendo usada para descrever o caso da violência contra idosos, um tipo de problema que se trona cada vez mais comum no Brasil, à medida que a população envelhece. Consiste na exploração imprópria ou ilegal – ou no uso não consentido por eles – de seus recursos monetários e patrimoniais (MINAYO, 2005, p. 40).

Como vimos, a sociedade brasileira é marcada por traços violentos que compõem sua cultura, reproduzindo a violência como *habitus*. Assim sendo, algumas famílias incluem a violência em suas relações, por vezes, traduzidas em um contexto violador de direitos e uma dinâmica geracional de violência. Quando as relações se desorganizam, o potencial destrutivo pode se ampliar, gerando uma série de dificuldades na contenção das emoções e dos conteúdos – amor, raiva, medo, alegria, agressividade.

As repercussões da violência doméstica afetam todos os membros da família, relacionados direta ou indiretamente com o ato violento. Como já foi dito,

Minayo (2009) reforça que a violência doméstica tem muitas manifestações, mas as mais comuns, sobretudo no Brasil devido ao seu processo sócio-histórico como vimos anteriormente, são as que submetem à mulher, à criança ou ao adolescente e ao idoso, ao homem, que pode ser pai, marido, provedor. E também aquelas que submetem crianças e adolescentes ao domínio (que é diferente da proteção) de adultos. Ou seja, as manifestações da violência doméstica mais comuns e intensas são direcionadas às mulheres na relação conjugal, às crianças e aos adolescentes, e aos idosos.

A seguir serão pontuados os impactos da violência em cada uma dessas etapas do ciclo de vida, no entanto, não se tem a pretensão de minimizar quaisquer outras pessoas e configurações desse sistema.

2.2.

Violência doméstica de acordo com o ciclo de vida

Como descrito no significado da origem latina da palavra *vis*, a violência define-se por uso de superioridade física sobre o outro, força. Tal qual apresentado, trata-se de um fenômeno disseminado na experiência humana, vivenciado de forma global por toda a história. Apresenta-se com contornos diversificados, segundo a época e o contexto social no qual se manifesta, expressando-se tanto de formas sutis quanto de maneira explícita. Seu caráter múltiplo exposto acima é outro aspecto que cabe destacar, sendo um equívoco entender esse fenômeno sob apenas uma perspectiva (MINAYO, 2010).

Nesse sentido, é fundamental reconhecermos que existe fortíssima especificidade nas repercussões da violência para os três grupos etários que serão trabalhados a seguir: crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Ao serem específicos, têm particularidades e evocam um arsenal de interpretação conceitual e operacional, muitos distintos, tornando-os merecedores de uma reflexão maior e mais específica. Logo, não há aqui a intenção de fragmentar um fenômeno complexo, mas sim de mostrar as singularidades presentes em entorno de cada uma das fases.

2.2.1. Violência contra crianças e adolescentes

No Brasil, temos contundente legislação em prol da garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes, sendo grande avanço a concretização do artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que assegura todos os direitos à criança e ao adolescente com absoluta prioridade. Todavia, sabe-se que somente ter a legislação não faz com que o direito se efetive. Como vimos acima, convivemos com um contrassenso basilar no nosso país, (mais especificamente tratando), entre a consolidação da democracia e a manutenção do autoritarismo, da hierarquização, inclusive nas relações sociais e interpessoais.

Morgado et al (2009) apresentam a *Doutrina da Proteção Integral*, decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança e do Adolescente da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1959, como a precursora no entendimento da infância e da adolescência, afastada da figura do “menor”, passando à seres humanos, sujeitos de direitos, tendo acesso privilegiado à justiça.

A Convenção sobre os Direitos da Criança (1989), ratificada pelo Brasil e mais 192 países, também foi importante e serviu como fonte propulsora para elaboração do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, promulgada em 13 de julho de 1990.

Segundo o referido estatuto, crianças são pessoas com até 12 anos incompletos e a adolescência é compreendida entre os 12 e 18 anos de idade. Ainda de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente, todas as crianças e adolescentes brasileiros devem ter prioridade em receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, preferência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública e a garantia dos direitos fundamentais do ser humano, entre eles a proteção e o exercício pleno da cidadania, que inclui a garantia de convivência em ambientes limpos, arejados, ensolarados, afetuosos e sem violência.

Avanci et al. (2017) descrevem a violência contra crianças e adolescentes como algo que acompanha a história da humanidade, assim como outros tipos de violência conforme pontuamos anteriormente, apesar das legislações vigentes

previrem a proteção integral deste grupo etário. As autoras ressaltam que, ainda hoje, no Brasil, existem milhares de crianças e adolescentes em situação de violência, muitas vezes, reproduzida naturalmente como forma eficaz de estabelecer limites, de educar, sendo esta a principal causa de morte na faixa etária de 15 a 24 anos.

A violência praticada contra esse grupo etário especialmente é considerada grave violação dos direitos humanos e pode se expressar por meio de atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições ou quaisquer pessoas, que ocasionem danos físico, emocional, sexual e moral às vítimas. O abuso físico, sexual, psicológico, a negligência e o abandono são os tipos de violência mais praticados contra eles, e podem aparecer de forma concomitante (Morgado et al., 2009)

Avanci et al. (2017) afirmam que, com base em extenso levantamento bibliográfico realizado entre os anos de 2001 a 2013, sobre os trabalhos acadêmicos produzidos acerca da temática, há consonância a respeito dos danos diretos e indiretos que a violência pode acarretar na saúde física e psicológica de crianças e adolescentes. A idade, o grau de desenvolvimento psicológico, o tipo de violência, a frequência, a duração, a natureza, a gravidade da agressão, o vínculo afetivo entre autor e vítima, a representação do ato violento pela criança ou adolescente bem como as medidas em curso para prevenir agressões futuras, definem a repercussão da violência na saúde de crianças e adolescentes.

A criança que assiste a repetidas cenas de violência na família pode ficar amedrontada, quieta e isolada, ou mesmo agressiva, tendo problemas para aprender e para se relacionar com os outros. Essa também é uma forma de violência, psicológica (INSTITUTO NOOS, 2010,p. 35).

Como visto, esse grupo etário é especialmente expostos aos desfechos negativos decorrentes da violência. Infelizmente, a maior parte dos casos de violência contra esses grupos é cometida pelos pais, mães, irmãos, avós, parentes próximos ou pessoas do seu convívio (LOURENÇO; CARVALHO, 2001). Além de sofrerem as consequências diretas da violência doméstica, as crianças e adolescentes sofrem profundamente também nos casos de vitimização indireta, quando são expostas a atos violentos entre seus progenitores ou entre outros membros que comungam o mesmo ambiente domiciliar. Contudo, ainda que

saibamos da perpetração naturalizada da violência no interior das famílias, como a própria violência doméstica em questão, é preciso tentar compreender o mote da responsabilização das famílias, de forma irrestrita, diante da violação dos direitos humanos das crianças e dos adolescentes.

Cabe aqui, inserirmos o conceito de família, considerando o movimento sócio-histórico das sociedades que permite e impulsiona alterações na produção e reprodução social e consequentemente nas relações e nas organizações familiares. Oliveira (2018) afirma que travar discussão sobre famílias (não no singular, justamente para reiterar a pluralidade existente) pressupõe algo complexo, plural e ao mesmo tempo único.

Nas buscas e estudos sobre o entendimento de família, observamos que existem diferenças dependendo do ponto de análise. O processo de mudança nas estruturas das famílias é interferido e também interferem questões demográficas e socioculturais. São mudanças e continuidades estruturais, organizacionais e de funcionamento das famílias que se apresentam ao longo do percurso histórico da definição de família.

É importante compreender essa lógica organizacional da sociedade que implica também diretamente na organização e no papel social das famílias brasileiras. Assim, entendemos que as famílias são compostas por agentes que reproduzem o *habitus* violento, inculcado na sociedade brasileira. A família não é o único espaço responsável pela criação da violência. Ao mesmo tempo em que ali se produz violência, também se reproduz uma lógica social, uma violência cultural, simbólica, que é intencional e legitimada.

A família, assim como toda a sociedade, está sempre em redefinição, dependendo das condições externas, da produção e da reprodução social. Mioto (2004) explica que a finalidade das famílias se altera muito mais devido a fatores externos, sócio-históricos, do que internos. Com isso, nos ajuda a compreender que família é contradição, é paradoxo, é conflito. Inserida nas relações sociais e em contextos específicos, a família ora protege, ora viola. Nesta compreensão de família está imbricada tanto a noção de cuidado, quanto a noção de poder, controle. Logo, de acordo com Bilac (1995), a família não pode ser entendida

somente como espaço harmônico, no qual existe essencialmente o consenso entre os atores individuais que compartilham do convívio, nem como exclusivamente espaço violento. Oliveira (2018) elucida que a formação e o desenvolvimento da criança estão sujeitos às boas condições de crescimento, passando pela inserção na cultura, sua vinculação primária, a estruturação de sua subjetividade e individualização. Caso isso não ocorra, a criança estará mais exposta a riscos sociais (OLIVEIRA, 2018).

Voltando ao conceito de família, especificamente, podemos dizer que esta consiste em uma instituição construída em um processo histórico, respeitando as subjetividades, culturas e vínculos. Em publicação do Ministério da Saúde (2002), denomina-se por família um grupo de pessoas com vínculos afetivos, de consanguinidade ou de convivência. Com base em Oliveira (2018), considera-se a família como núcleo de cuidado, o primeiro espaço de socialização dos sujeitos, de formação identitária, no qual são transmitidos valores, usos, costumes, que poderão moldar personalidades e bagagem emocional de seus membros.

Arriagada (2006) nos apresenta a tipologia do ciclo familiar, no qual identificamos que, atualmente, existem várias formas de organização familiar - as famílias monoparentais, as reconstruídas, as uniões estáveis, os casais do mesmo sexo, as famílias tradicionais, entre outras formas de organização. Essas mudanças geram um novo contexto de relações de poder e inter-relações, um universo diferente de expectativas e de representações subjetivas no âmbito da família, com dificuldades próprias, envolvendo todos os seus membros: pais, mães e filhos. Essas disputas são orientadas pelas diferenças de poder entre os sexos e, no contexto afetivo, motivadas pela conquista de espaços que garantam o amor, o reconhecimento e a proteção, necessidades básicas da condição humana.

Sobre as relações de poder existentes na sociedade, mas especialmente no interior das famílias, não podemos nos furtar em considerar a dimensão de gênero, que pode ser encarada como pilar das relações de poder intrafamiliares. Essa dimensão estabelece padrões, quanto às performances de gênero, que devem ser seguidos pelos agentes sociais, sendo esses homens e mulheres adultos (como veremos mais detalhadamente adiante), bem como crianças e adolescentes. Tais

padrões são reproduzidos como *habitus*, como forma reiterada de apreensão, reflexão e propensão à determinada ação (OLIVEIRA, 2018).

Desta forma, as famílias são espaços eminentemente paradoxais e as menos preparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos podem se tornar violentas, sobretudo, inseridas na lógica de poder, hierarquização e dominação, presentes na dimensão de gênero, produzida e reproduzida como algo natural.

Ainda que saibamos da função fundamental atribuída às famílias de proteção e cuidado para com as crianças e adolescentes, compreender a violência perpetrada contra esse grupo como uma faceta da violência simbólica, cultural, advinda da herança autoritária da sociedade brasileira, e considerando ainda a dimensão de gênero persistente no bojo das famílias, não permite que caiamos na armadilha de culpabilizar e responsabilizar somente as famílias pela violação dos direitos humanos das crianças e adolescentes. Tais famílias (re)produzem as relações sociais de acordo com as mudanças históricas, que são lentas e graduais. Inclusive, é importante ressaltar que o ECA, já citado aqui, determina em seu artigo quarto que:

É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária (ECA, 1990, p. 01).

Assim sendo, nos aproximamos da perspectiva adotada por Assis e Constantino (2003) de que a violência contra criança e adolescente deve ser tratada à luz da desigualdade social, que submete boa parte das famílias e, em especial, os mais novos, à violência estrutural e simbólica; ao menosprezo; à estigmatização; e, por fim, à inacessibilidade e desrespeito aos direitos básicos. Entretanto, sabe-se que a violência doméstica não está associada a uma questão de desigualdade social estritamente. A desigualdade social é uma condição que em associação com outras formas de agravo tornam esses indivíduos ainda mais submetidos a lógicas perversas e violentas.

2.2.2. Violência contra mulheres

Frequentemente a contenda sobre as mulheres em situação de violência é designada pela expressão “violência contra a mulher” e está incluída em um contexto maior, de questões relacionadas à mulher, as quais incluem a diversidade sexual, étnico-racial, classes sociais, até mesmo conflitos geracionais. Esse problema é um dos reflexos da posição histórica ocupada pela mulher no campo social, político e econômico, limitado a posições majoritariamente subalternas e consideradas socialmente inferiores.

A visibilidade deste fenômeno se deu por ações articuladas dos movimentos sociais com as próprias mulheres em situação de violência. A partir dos anos 1980, a atuação de movimentos feministas, em contextos nacionais e internacionais, contribuiu para que o tema da violência contra as mulheres entrasse na pauta internacional dos direitos humanos. A partir daí, desencadeou-se uma agenda para dar visibilidade às diferentes formas de expressão da violência baseada no gênero, sua denúncia como problema social e repúdio como violação aos direitos humanos. Apesar dos significativos avanços registrados nas décadas seguintes nos campos político, legal e social, as mudanças para que as mulheres possam viver sem violência ainda ocorrem de forma lenta (ONU, 2016; MEDEIROS, 2016).

Mesmo não sendo o objetivo deste trabalho detalhar o processo social, político e histórico no qual vem evoluindo os direitos das mulheres no Brasil, ao abordar o tema da violência contra a mulher, é imprescindível fazer referência aos marcos que contribuíram para o avanço do reconhecimento desse fenômeno, e o estabelecimento de políticas de proteção a esse grupo em nosso país.

No Brasil, até 1891, estava em vigor o Código Criminal de 1830, cuja lógica é explicitamente desigual no tratamento dado aos diferentes gêneros. A primeira conquista no campo de direito político só foi evidenciada na década de 1930, quando, sob o governo de Getúlio Vargas é regulamentado o voto feminino (MEDEIROS, 2016).

Durante décadas, as reivindicações de direitos voltados à proteção e protagonismo das mulheres como um todo, só ocorreram mediante a articulação de movimentos sociais, como o movimento feminista, sempre pautando melhorias e procurando dar visibilidade às demandas deste segmento da sociedade.

A partir de 2003, o tema das mulheres ganha maior repercussão graças à incorporação do Conselho Nacional de Defesa da Mulher (CNDM [criado em 1985]) vinculado até então ao Ministério da Justiça, pela nova Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SPM), que dispunha de orçamento próprio e status de Ministério⁸, a partir de 2010. Para ilustrar a densa atividade institucional e participativa ocorrida entre 2003 e 2016, utilizamo-nos das contribuições de Medeiros (2016) e Santos (2018) para construção da figura abaixo que apresenta alguns dos principais marcos.

Figura 1: Evolução das Políticas Públicas para Mulheres no Brasil, desde a criação da SPM - 2003-2016.



Fonte: Autoria própria/Baseada no conteúdo pesquisado.

⁸ Pela medida provisória nº 103/2003 transformada na lei nº 10.683 em 28 de maio de 2003 & MP nº 483/2010 e Lei nº 12/314 de 2010.

No entanto, apesar dos esforços empreendidos, alguns descaminhos são percebidos nos últimos anos. De acordo com Santos (2018), os resultados obtidos já vinham sofrendo dismantelamento devido aos arrochos neoliberais em curso no país e foram ainda mais prejudicados com a entrada do governo impopular de Michel Temer, em 2016. A partir de então, os retrocessos são sensíveis e expressos, sobretudo, com a subordinação da SPM a um órgão da Secretaria de Governo da Presidência da República, perdendo o status de Ministério.

A preocupação expressa pelos marcos legais para com a situação das mulheres se dá graças à extensão e magnitude dos casos de violência contra mulheres. No caso do Brasil, a violência doméstica contra a mulher apresenta dados alarmantes. Registramos taxa de 4,8 homicídios por 100 mil mulheres, percentual que nos coloca na 5ª posição entre 83 países ranqueados pela OMS. Para visualizar melhor a magnitude desse dado consideremos que corresponde a: 48 vezes mais homicídios femininos que o Reino Unido; 24 vezes mais homicídios femininos que Irlanda ou Dinamarca; 16 vezes mais homicídios femininos que Japão ou Escócia (WAISELFISZ, 2015).

Dentre os grupos mais vulneráveis à situações de violência, está o discriminado por gênero, no qual a mulher é marcada por uma condição de opressão e subjugação, não obstante, o avanço dos direitos civis e políticos no Brasil. Os padrões de submissão e de violência contra mulher na história brasileira estão presentes na cultura popular, e seguem sendo reforçados, fomentando a discriminação da mulher, que se manifesta pela doméstica e familiar praticada, na maioria das vezes por homens, como veremos mais adiante.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), na década de 80, mais de 50% das agressões físicas contra mulheres aconteceram dentro de casa e foram praticadas por maridos, companheiros ou ex-companheiros que violam os direitos humanos de suas esposas. Dados mundiais apontam que a violência doméstica é o tipo mais frequentemente praticado contra esse grupo tendo impacto tanto sobre sua dignidade, como sobre sua integridade física (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 2003).

Como violência contra a mulher entende-se qualquer ato ou conduta que cause dano ou sofrimento físico, psicológico ou sexual à mulher, tanto na esfera pública quanto na esfera privada, podendo até levar à morte. Manifesta-se de formas diversas, como: assassinatos, estupros, agressões físicas e sexuais, abusos emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial ou por orientação sexual (BRASIL, 2006-a).

Os episódios de violência sofridos pelas mulheres tendem a ser repetitivos e a se tornar mais graves no decorrer do tempo. Sabe-se que os locais mais comuns nos quais ocorrem os atos de violência contra elas são a residência, a comunidade, o local de trabalho e as instituições de saúde. Na vida conjugal, homens e mulheres podem vivenciar diferentes formas de violência, que refletem a dificuldade de mediação das relações constituídas pelo diálogo ou outras estratégias que não a violência.

Nas relações conjugais, é mais comum que os homens sofram violência psicológica por meio de humilhações, xingamentos, depreciações e ameaças, enquanto entre as mulheres as violências física e sexual são mais frequentes. Alguns elementos sinalizam a vivência de situações repetidas de violência doméstica, e alguns fatos podem contribuir para a propensão, especialmente das mulheres, tais como: idade, desemprego, aposentadoria e a saída dos filhos do convívio familiar (MEDEIROS, 2016).

Quando acontece entre parceiros íntimos, são comuns os atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coação sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos e em parceiros do mesmo sexo. As mulheres sofrem com maior frequência esse tipo de violência, especialmente nas sociedades em que são muito marcantes as desigualdades entre homens e mulheres. Muitos são os fatores que podem constituir relações sociais violentas, sendo fundamental ressaltar que um deles trata-se do abuso do mais forte sobre o mais fraco, da dominação, da relação de posse dos homens sobre as mulheres, comumente associada nessas situações, enaltecida pela sociedade machista em que vivemos (MORGADO, 2007).

De acordo com Medeiros (2016) a violência doméstica contra mulheres é a expressão mais cruel da violência de gênero. E aqui, cabe aprofundamento acerca deste tipo de violência. Vimos no tópico anterior que a violência perpetrada contra crianças e adolescentes também está inserida, em alguma medida, nas relações de gênero, que hierarquizam as relações, embutindo a dialética do poder e da dominação, especialmente expressas na lógica da sociedade brasileira, devido ao seu processo histórico marcado pelo autoritarismo, pela desigualdade e pela violência em si. No caso da violência cometida contra mulheres, a questão de gênero merece ênfase ainda mais contundente. De tal modo, a violência de gênero

Caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra outra, numa relação pautada em desigualdades e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho, e em outros espaços relacionais (ZUMA ET AL., 2009, p. 149).

Cabe ressaltar a preocupação de alguns autores com relação à terminologia ‘violência contra a mulher’, entendendo que esta não contempla o fenômeno mais complexo que está por trás do ato violento. Muitas vezes, as mulheres sofrem violência simplesmente pelo fato de serem mulheres, o que já justificaria o seu lugar de submissão, obediência e dominação. Assim como Gomes (2003), Pinto et al. (2017) defende que tal nomenclatura é reducionista e estigmatizante, (e) além disso, fixa a mulher na posição de vítima e o homem na posição de algoz, e, conseqüentemente enaltece a vitimização da mulher, colocando-na, mais uma vez, em posição desfavorável socialmente. Em oposição, vem sendo utilizada a expressão trabalhada acima, ‘violência de gênero’, situando a discussão em torno da relação entre mulher e violência, permitindo olhar mais amplo e relacional para o tema, considerando a mulher a partir do status de sujeito de direitos, podendo contemplar inclusive outras violências perpetradas no âmbito doméstico.

As formas mais frequentes dessa violência ocorrem no âmbito familiar, entre parceiros íntimos, reforçando o caráter relacional - em que os homens não são necessariamente opressores e as mulheres não são sempre vítimas -, em que desigualdades, hierarquias e assimetrias sociais perpassam as relações de gênero. O papel das convenções sociais e sua relação com a violência ganham destaque nesse debate, buscando questionar a naturalização, a banalização e a legitimação de atos violentos (PINTO ET AL., 2017, p. 204) .

Gomes (2003) afirma que o termo *gênero* ganhou maior expressão também devido ao papel histórico dos movimentos feministas, para designar as diferentes

formas de interação humana, conceituando-o como “forma de legitimar e construir as relações sociais” (GOMES, 2003, p. 205). Nessa perspectiva as relações sociais, de maneira geral, e as relações violentas especificamente estabelecidas entre pessoas de sexo oposto – homens e mulheres – são tratadas a partir das divergências culturais e não das especificidades biológicas atribuídas aos gêneros masculino e feminino. Assim, Pinto et al. (2017) defendem que para compreendermos a dinâmica da violência contra mulher, devemos considerar obrigatoriamente a dimensão de gênero, que perpassa pela elaboração social, política e cultural das masculinidades e feminilidades, bem como as relações entre homens e mulheres, nos mais variados espaços da sociedade.

Destarte, a violência contra a mulher, considerada uma violência de gênero, é estabelecida por padrões que hierarquizam as relações sexuais, no qual as mulheres sofrem violência pura e simplesmente por serem mulheres, o que conforma uma consequência da manutenção e perpetuação da desigualdade e hierarquização existentes, que servem para garantir a obediência, o poder, a subalternidade e a dominação de um sexo sobre o outro (GOMES, 2003; MEDEIROS, 2016). Ou seja, “quando os mecanismos sutis de controle não funcionam, o uso da violência seria acionado para garantir a hierarquização entre os sexos” (GOMES, 2003, p. 206).

Essa lógica é legitimada na sociedade brasileira, de forma ideológica e prática, determinando e cristalizando papéis sociais específicos para homens e mulheres, estabelecendo padrões de comportamentos e condutas, que devem ser adotados por cada um, sempre respeitando a hierarquia e a dominação imposta sobre a mulher, podendo submetê-la desde a infância.

Essa lógica social é perpassada, praticada e naturalizada como algo inerente à vida em sociedade. Entretanto, sabemos que é construída a partir do processo sócio-histórico e que, no caso brasileiro, herdamos práticas autoritárias e violentas como forma de socialização, o que aprofunda ainda mais as questões de gênero. Tanto no que diz respeito à violência no âmbito individual, quanto na esfera da violência estrutural, baseado em definições sociais, incute-se às mulheres um lugar subjacente (GOMES, 2003).

Mais uma vez nos aproximamos dos conceitos de Bourdieu. Identifica-se que a violência de gênero se expressa por intermédio de regras, muitas vezes, subliminares, convenções subentendidas, naturalizadas, que opõem o masculino ao feminino, imprimindo a lógica da dominação, instaurada por uma ordem simbólica, pela violência cultural. Para Gomes (2003), nessa construção social, a hierarquização e a dominação são praticadas via violência simbólica, “efetivada não só para além da consciência e da vontade de quem por ela é atingido, mas também por uma relação de cumplicidade que tanto pode contribuir para sua perpetuação como para sua transformação” (GOMES, 2003, p. 207).

Enquanto a violência continuar a figurar como forma de socialização e a ser aceita como disciplina, chamando atenção apenas pelos seus excessos, e, ainda enquanto for atribuída a pessoas com doenças, o Estado e a sociedade em geral continuarão a partilhar do pacto do silêncio sobre a violência doméstica (...), atribuindo a família, caracterizada como disfuncional, desestruturada, desajustada ou patológica, a responsabilidade exclusiva, pela reprodução da violência (MORGADO, 2007, p. 68).

Por fim, cabe salientar que o enfrentamento à violência não deve se restringir a tornar mais severas as medidas contra os autores dela. Apesar da legislação também estabelecer medidas de Assistência Social (como a inclusão da mulher em situação de risco no cadastro de programas assistenciais dos governos federal, estadual e municipal e a participação dos autores de violência em programas de recuperação e reeducação) e medidas de educação (como a inclusão de informações básicas sobre o “tema violência contra mulher” nos conteúdos escolares), estamos vivenciando retrocessos no sistema de garantias de direitos, que precarizam os serviços que tendem a ficar defasados diante da demanda de violência doméstica existente na sociedade brasileira, construída e fomentada pela desigualdade social que sustenta a violência estrutural.

Isto posto, é fundamental e imprescindível que todos os cidadãos conheçam a legislação e exerçam seus direitos, sobretudo as mulheres, mas sem perder de vista que para a superação do paradigma da violência estrutural é necessário que, antes, seja superada a cultura patriarcal e machista que reproduz as desigualdades que se expressam de forma violenta nas relações sociais interpessoais.

2.2.3. Violência contra idosos

Vivenciamos, atualmente, em esfera global o fenômeno do envelhecimento da população. A melhoria em alguns indicadores de saúde, o avanço da tecnologia, além dos progressos científicos e principalmente da medicina, contribuíram para o aumento da expectativa de vida no mundo e, acima de tudo dos brasileiros, que chegou aos 74 anos de idade (NOGUEIRA, 2008).

Com aumento da longevidade populacional, o país passou a colocar a pessoa idosa em pauta. Se antes o Brasil era conhecido como o país do futuro, da juventude, do progresso e tantas outras noções que alinhavam suas perspectivas com os períodos mais joviais da vida, atualmente, o país passa a integrar a terceira idade no foco de suas atenções (BERNARDO; ASSIS, 2014).

Desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, os idosos passaram a ter seus direitos específicos garantidos por lei. Já em 1994, com a promulgação da Lei 8.842, a Política Nacional do Idoso, o Estado passou a elaborar políticas e Leis específicas voltadas à população de mais idade. Com a promulgação da Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, o Estatuto do Idoso, a terceira idade passou a ter seu direito à cidadania plena, garantido por lei. No tocante à saúde, foi em 1999 que o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (revisada e atualizada em 2006), ratificada em 2001, por meio de um capítulo específico sobre os idosos em situação de violência na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV).

Hoje, convivemos com um número crescente de pessoas com mais de 60 anos, consideradas idosas. Segundo projeções da OMS, o número de idosos no Brasil chegará a cerca de 32 milhões, em 2025 (BRASIL, 1999). Crispin (2009) compara afirmando que enquanto a Europa levou mais de um século para ter uma população velha, o Brasil vem apresentando essa mudança no perfil da população desde a segunda metade do século passado.

No entanto, a sociedade brasileira ainda tem dificuldades em lidar com as características apresentadas por essas pessoas. Nossa sociedade supervaloriza o jovem, sua beleza e força de trabalho, na mesma medida em que desvaloriza os

idosos, os considerando ultrapassados e improdutivos, desconsiderando suas opiniões, vontades e necessidades. Nesse sentido, a dificuldade de entender os idosos pode ser explicada pela formação histórico-cultural brasileira, calcada em preconceitos, estereótipos e padrões ideais, que nos impedem de reconhecer e respeitar as peculiaridades existentes nas diversas etapas dos ciclos de vida, além de idealizar a velhice como um ponto de perfeição a ser alcançado, desconsiderando os idosos como sujeitos históricos (CRISPIN, 2009).

Minayo e Coimbra Junior (2002) explicam o envelhecimento como um processo biológico, que pode ser identificado por sinais externos do corpo. Todas as culturas e sociedades se apropriam e elaboram a velhice em seu sentido simbólico, definindo pelas fronteiras etárias a organização política e social. Crispin (2009) ressalta que o envelhecimento é uma transição a qual todos estão submetidos e que envolve diversas dimensões, tais quais: ética (integração passado-presente-futuro: psicológica muitas vezes, por meio de rupturas ou mudanças fisiológicas, que acarretam alterações psíquicas e afetivas); social (perda de subjetividade, isolamento, introspecção); e existencial (velhice como lugar de solidão).

Logo, podemos afirmar que nessa fase da vida, assim como em todas as outras, ocorrem mudanças. Algumas delas são: saída do mercado de trabalho, perda de pessoas da família e amigos, limitações físicas e doenças crônicas, comuns a essa faixa etária. Além de todas essas mudanças, os idosos também se tornam um grupo mais propenso à violência.

Contudo, ainda que a vitimação dos idosos seja identificada ao longo dos séculos, não podemos ignorar o caráter cultural que cristaliza, legitima e perpetua práticas violentas no trato com os que são ‘diferentes’ dos estereótipos e padrões já mencionados. Minayo e Souza (2003) acrescentam que nos diferentes contextos históricos ocorrem as atribuições de poder e dominação para cada momento do ciclo de vida e, para os idosos, é designado o desinvestimento político e social. No caso do Brasil, mais especificamente, a violência simbólica e cultural, a qual o idoso é massivamente submetido, se dá pela noção de que são “descartáveis” ou pior “peso morto”.

Para Crispin (2009) alguns aspectos como fragilidades física, intelectual e psicológica, o isolamento e as condições econômicas, representam fatores, que associados entre si e a outros, podem submeter os idosos a situações de violências dentro e fora da família. Entretanto, o autor afirma que dados bibliográficos apontam para o fato de mais de 90% dos casos de violência contra a pessoa idosa ser cometido ambiente familiar/doméstico, apesar destes também ocorrerem na rua e em instituições prestadoras de serviços, como bancos, INSS, unidades de saúde, abrigos, entre outras. Cabe reforçar que, neste trabalho, a violência é considerada um fenômeno humano, multicausal, que se expressa em atos individuais, grupais e institucionais, que visem prejudicar, ofender, ferir, mutilar, matar o outro. Sendo praticada contra idosos com maior frequência pela violência física, psicológica, financeira/econômica⁹, sexual, além da negligência (MINAYO ET AL., 2017).

Os tipos de violência intrafamiliar mais comuns contra os idosos são o abuso econômico, as agressões físicas e a negligência de cuidados e proteção por parte de seus familiares. O abuso econômico acontece, por exemplo, quando bens materiais do idoso são vendidos sem que ele concorde ou quando ele é forçado a assinar procurações para que tenham acesso à sua aposentadoria. Além disso, muitas vezes ele é obrigado a viver confinado ou isolado dentro da sua própria casa (INSTITUTO NOOS, 2010, p. 48).

Assim, a violência contra a pessoa idosa é definida como um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões. Os maus-tratos e abusos ocorrem das mais variadas formas e são cometidos quase sempre pelas famílias, vão desde os castigos em cárcere privado, negligência de cuidados, apropriação indébita de bens, pertences e objetos, até a tomada de suas residências, coações, ameaças e morte.

Em geral, essas e outras formas de violência intrafamiliar contra o idoso acontecem quando há algum tipo de dependência entre ele e seus familiares, pouca comunicação e afeto, quando a família tem uma rede social precária e vive em isolamento. Como resultado das situações de violência, os idosos podem sofrer de depressão, desligamento dos acontecimentos ao seu redor, isolamento do convívio social e doenças graves (INSTITUTO NOOS, 2010, p. 48).

Embora a família seja importante para a formação da personalidade e fortalecimento dos vínculos, como no caso de crianças e adolescentes, nem

⁹ A violência financeira/econômica se expressa pelo controle, apropriação indevida, saque da renda do idoso sem autorização (MINAYO; SOUZA, 2003).

sempre consegue garantir os cuidados necessários ao idoso, principalmente se ele for dependente. A situação de dependência do idoso, parcial ou total, traz consigo intercorrências e atravessamentos que modificam a dinâmica familiar, exigindo uma adaptação à nova condição da pessoa idosa, o que pode desencadear episódios de violência. Nesses casos, a qualidade dos vínculos estabelecidos entre o idoso e aqueles que estiveram mais próximos a ele, durante a vida, pode garantir uma boa acolhida.

E a verdade é que se muitas famílias respondem com afeição na proteção de seus membros mais velhos, também é verdade que em muitas outras essa resposta poderá ser feita com maior ou menor intensidade, de forma consciente ou não, com base no abuso, no mau trato, e, sobretudo, em diversas formas de negligência. Como sugere Syeiner et al. (1997) *“o risco de maus tratos na idade avançada aumenta com a incapacidade mental e física da vítima e com o grau de dependência em que está relativamente ao prestador de cuidados”* (LOURENÇO; CARVALHO, 2001, p. 115).

Estima-se que quando há existência de vínculos familiares (afetivos, protetivos, dentre outros), a família parece demonstrar maior disponibilidade para assumir a responsabilidade pelo cuidado, caso seja necessário, ainda que as dificuldades objetivas e ausência de políticas públicas mais abrangentes tornem o processo de cuidados muito pesado. Nesse sentido, os vínculos negativos, somados à diminuição da capacidade funcional (desempenho satisfatório das atividades da vida diária e autogerenciamento), e a centralidade na família na provisão de cuidados, podem tornar o idoso uma vítima em potencial da violência (BERNARDO, 2013; CRISPIN, 2009).

Sabemos que apesar de as pesquisas demonstrarem que os principais agressores das pessoas idosas são os filhos, genros/noras, netos e companheiros, em nossa sociedade, paradoxalmente, a família é o local onde se depositam todas as expectativas para uma plena proteção e cuidados. Assim como vimos nos demais ciclos de vida apresentados anteriormente, existe no Brasil a perpetuação naturalizada da violência como recurso adequado para mediar situações em que existem diferenças, sejam essas etárias, de gênero, raciais. A violência é praticada nas dimensões mais macrossociais, por meio da repressão e da dominação autoritária que hierarquiza as relações políticas e sociais, gerando e acirrando a desigualdade. Tal prática é absorvida, quase que inconscientemente e, reproduzida

nas dimensões mais microsociais, nas relações pessoais e nas famílias que produzem e reproduzem o *habitus* violento.

Como vimos a legislação vigente relacionada ao direito da pessoa idosa como, por exemplo, a Política Nacional do Idoso (1994), o Estatuto do Idoso (2003) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (2006) representam algum progresso no que diz respeito à garantia de suporte jurídico, institucional e social, às demandas advindas do processo de envelhecimento (BERNARDO, 2013). Porém, tendem a atribuir a família como primeira instância para a garantia dos direitos básicos do idoso.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL; 2003, p. 1).

É evidente que a família possui um papel importante no processo de envelhecimento. O vínculo familiar e comunitário deve ser privilegiado, sobretudo se comparado ao convívio em asilos. Porém, como o próprio texto da lei prescreve, o poder público tem o dever de assegurar os direitos da pessoa idosa, previsto na Constituição Federal de 1988 e nas leis complementares.

Não obstante, se continuarmos reduzindo o fenômeno da violência doméstica, nesse caso, contra a pessoa idosa (mas também caberia para os casos de violência contra criança, adolescente e/ou mulheres) a um problema pontual de determinada família. Se desconsiderarmos a violência simbólica e cultural, que potencializa e é potencializada pela desigualdade. E enquanto não estiver totalmente esclarecido que a violência é um fenômeno socialmente construído e que se não houver uma mudança de paradigma que rompa com a violência estrutural consolidada pelo Estado brasileiro, não alcançaremos plenamente a garantia dos direitos sociais. Como defende Bernardo (2013) “a prevenção dos maus tratos em idosos articula-se no processo de construção da cidadania na sociedade brasileira e a busca pela efetiva viabilização dos direitos sociais dos idosos”. Pautar os abusos contra idosos se faz importante, não só pela magnitude do fenômeno, mas também deve significar a manifestação democrática, contrária

a qualquer ação e relação que tenda ao domínio e a aniquilação e que possa resultar em prejuízos físicos, emocionais e espirituais deste e dos demais grupos.

Desta forma, pode-se compreender a complexidade da violência e a importância deste retrospecto sobre seus tipos e sua natureza, para que então possamos adentrar na discussão sobre as consequências da violência na saúde e as legislações e propostas de ações para o atendimento desse agravo pelo setor saúde, e mais especificamente, pelos serviços de Atenção Básica à Saúde.

3. Violência doméstica e saúde

Historicamente, a problemática da violência é uma das principais causadoras de mortes prematuras, mas tratada como questão exclusiva à área de segurança pública, tão somente sendo abordada, apurada e encaminhada pelos órgãos de segurança incumbidos de identificar o motivo da violência, a razão que causou o ato e a punição cabível.

No Brasil, desde a década de 1970, estudos epidemiológicos vêm apontando para a magnitude dos agravos por causas externas¹⁰, dentro da morbimortalidade, apresentando alerta para o campo da saúde, chegando a ocupar o terceiro lugar no perfil geral de mortalidade (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Apesar de o assunto da violência permanecer em voga no setor saúde, especialmente no Brasil, devido aos seus dados alarmantes, somente em 2002 é que o fenômeno foi incorporado como agravo para a saúde, consagrado pela OMS, no *Relatório Mundial sobre Violência e Saúde*. No Brasil, o processo para inclusão da temática da violência na rotina de atendimentos em saúde vem se desenvolvendo de forma mais consolidada desde o final dos anos 1980, como veremos mais detalhadamente a seguir.

3.1. Os Determinantes Sociais de Saúde

Para iniciarmos o debate do campo da saúde e, por conseguinte, problematizar a questão da violência faz-se necessário situarmos as concepções presentes nesta seara e as diretrizes/princípios que orientam as práticas profissionais. Dessa forma, partimos da superação do entendimento de saúde como ausência de doença que privilegiava a atenção médica curativa, centrada na cura das doenças e sintomas, para pensar sob a ótica dos Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

¹⁰ As causas externas também chamadas “causas não naturais” ou “causas violentas”, englobam, segundo definição internacional, os acidentes e as violências, propriamente ditas, tais como agressões, homicídios, suicídios e outros eventos (MELLO JORGE; KOIZUME; TONO, 2007).

Tomando por base a Lei 8080 (1990), conhecida como Lei Orgânica da Saúde, considerada o marco institucional da política de saúde vigente no Brasil, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços, afirma em seu parágrafo terceiro que:

Os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990-b).

Nessa direção, reconhecemos que a saúde não é resultado apenas de escolhas individuais, ao contrário, é determinada por condições societárias e estão intrinsecamente relacionadas com a conjuntura social, econômica, política e cultural. Portanto, de acordo com Minayo (2010), não representa a mesma coisa para todas as pessoas. A época e as condições de vida interferem diretamente na vivência e na compreensão sobre o processo saúde-doença. Processo este caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (por meio das relações sociais, culturais e políticas), que podem resultar em alguns problemas de saúde, para além de agravos tipicamente clínicos, tais como: obesidade, sobrepeso, acidentes, envenenamentos, e, especificamente violência, que pretendemos aprofundar ao longo deste trabalho.

Para Barata (2008), as condições de saúde decorrem de variações societárias, de acordo com as transformações históricas que influenciam o jeito como as pessoas vivem ou também variações em uma mesma época histórica. Tais fatores determinam a incidência e a distribuição da saúde e das doenças na população e estão relacionados com o sistema de prestação de serviços existente em cada sociedade e com os aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais e simbólicos, como já dito anteriormente.

Ainda segundo o referido autor (BARATA, 2008), essa padronização na distribuição de saúde e doenças está relacionada às formas de vida e de trabalho, e sua compreensão deve ocorrer a partir do reconhecimento das classes sociais. Porém, a desigualdade social e econômica entre classes gera desigualdades no

campo da saúde e diante disto as causas sanitárias são insuficientes para combater as causas sociais das doenças.

Carvalho e Buss (2008) afirmam que o modelo econômico de desenvolvimento de determinada sociedade interfere e influencia diretamente na relação entre saúde e doença, que também sofre interferências das dinâmicas de reprodução social, ditadas pelo trabalho e pelo consumo. Assim, esta relação é mediada por diversas disciplinas que conduzem à elaboração de compreensões mais abrangentes sobre os Determinantes Sociais na Saúde, sendo elas: Biomedicina, Epidemiologia, Ciências Sociais e Psicologia. A abordagem exclusiva a somente umas dessas disciplinas é insuficiente para compreender o processo saúde-doença como um todo.

Para esses autores as condições de saúde dependem dos fatores relacionados ao estilo de vida, à biologia humana, ao ambiente e aos serviços de saúde disponíveis. Essa concepção de saúde para além dos aspectos físicos ou genéticos é influenciada pelas relações sociais e econômicas que facilitam ou não o acesso à alimentação, à educação, ao trabalho, à renda, ao lazer e ao ambiente adequado, entre outros aspectos. A dinâmica dos aspectos presentes nos determinantes sociais da saúde pode apontar o perfil sanitário de uma população e deve subsidiar a implementação de políticas de saúde para a promoção, prevenção e cura (CARVALHO; BUSS, 2008).

Como se sabe, ao longo de muito tempo foi predominante o entendimento de que saúde era sinônimo de ausência de doenças e os profissionais de saúde privilegiavam a atenção médica curativa, centrada na cura destas “doenças e sintomas”. Monnerat e Souza (2011) referem-se a essa perspectiva como “paradigma biológico”, ainda hoje presente no campo da saúde, que dificulta a articulação intersetorial por não compreender as complexidades das demandas sociais que interferem na qualidade de vida da população e que ultrapassam a alçada da saúde.

Dessa forma, a influência dos determinantes sociais na saúde aponta para a necessidade de adoção de estratégias interventivas para além das práticas médico-

assistenciais. Exige a introdução de práticas como o desenvolvimento e estímulo de ações que impactem sobre as desigualdades sociais e sanitárias.

De acordo com Carvalho e Buss (2008), o enfrentamento das determinações econômicas e sociais do processo saúde-doença, envolve mudanças nos modelos assistenciais e intervenção nas condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas, ou seja, envolve uma mudança estrutural, de paradigma.

Em 2006, o Brasil regulamenta o Decreto Presidencial para a Criação da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (CNDSS) e cria a primeira comissão nacional, após a determinação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2005. A criação desta comissão vanguardista vem a somar e fortalecer o Movimento da Reforma Sanitária do Brasil, culminante na XIII Conferência Nacional de Saúde. Segundo Carvalho e Buss (2008), a CNDSS preconiza intervenções que visem reduzir as desigualdades sociais e econômicas, as violências e seus efeitos sobre a sociedade.

Compreendendo os diversos e complexos níveis dos determinantes sociais de saúde, pode-se afirmar que somente o setor saúde não dará conta das diversas demandas advindas dos sujeitos, sobretudo, dos sujeitos em situação de violência doméstica (objeto de nosso estudo), em especial, se compreendemos a violência na sua relação com as questões estruturais de uma sociedade.

Como vimos no capítulo anterior, a violência é produzida e reproduzida de acordo com o processo cultural, econômico e social, alimentada e propagada por meio de práticas autoritárias, que são fundantes e estruturantes da sociedade brasileira. Por isso, tais demandas extrapolam as competências e atribuições do setor saúde, tornando-se obrigatória uma ação coordenada dos diversos setores e instâncias governamentais.

3.2.

A Estratégia de Saúde da Família no Rio de Janeiro: limites e possibilidades

Desde os anos 1990, o Brasil tem desenvolvido políticas no sentido de constituir um sistema de saúde pública, gratuita e universal. As bases do Sistema

Único de Saúde estão calcadas na Constituição Federal de 1988, e prevê ações e serviços de saúde descentralizados, hierarquizados, com gestão democrática, organizados em redes regionalizada e participativa, com objetivo de ofertar equidade no acesso e integralidade no atendimento (MENDONÇA ET AL., 2018).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Atenção Primária à Saúde (APS) deve desempenhar função crucial na organização da rede de atenção. Porém, antes de esmiuçar sobre o que se espera do atendimento nesse nível de atenção em saúde, cabe pontuar as imprecisões conceituais e as terminologias em disputa.

No Brasil há historicamente uma tensão entre distintas abordagens da Atenção Primária à Saúde que influenciam a formulação dos programas e políticas de saúde, voltados para a mudança social promovida pela Constituição de 1988, em que se inscreve na nova ordem social a concepção de saúde como direito social e dever do Estado (MENDONÇA ET AL., 2018, p. 31).

Mendonça et al. (2018) explicam que a noção de Atenção Primária à Saúde mais inclusiva, abrangente e integral, que considera os determinantes sociais em saúde, comprometida com os preceitos da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS, é diferente da noção de uma APS seletiva, que se orienta pelos programas de ajustes macroeconômicos, a partir de ações focalizadas e excludentes, comprometidas com Estado mínimo, e intervenção residual nas políticas sociais, em especial na saúde.

Ainda que, muitas vezes, essas tensões se apresentem como a diferenciação dos termos Atenção Primária à Saúde e Atenção Básica à Saúde (ABS), Mendonça et al. (2018) elucidam que, de fato, a saúde é um campo em disputa entre a implementação de um serviço seletivo e focalista de saúde, em detrimento de um sistema robusto de garantia universal. A disputa, então, está para além da oposição entre os termos APS ou ABS.

A distinção entre os conceitos ainda guarda algumas inconsistências na sua utilização, mas geralmente ambas são usadas como sinônimos, indicando uma perspectiva de unidades locais de saúde ou nível de atenção. Mendes (2005), Gil (2006), Mello et al. (2009) e Mendonça et al. (2018) travam algumas discussões

acerca da diferença entre as nomenclaturas, aqui neste trabalho trataremos APS e ABS como equivalentes, considerando que ambas se alinham a proposição de um sistema público e universal. Tal abordagem é adotada por Mendonça et al. (2018) e apresentada como prevalente na literatura brasileira, revisada por Gil (2006).

Na prática, o Brasil tem tentado garantir um modelo que se beneficia do campo da saúde coletiva, seguindo a linha de uma ABS integral, que abarca os determinantes sociais em saúde, a prevenção de agravos e promoção da saúde. Tal modelo assistencial é desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família (MENDONÇA ET AL., 2018).

O Programa de Saúde da Família foi criado em 1994; em 1998, torna-se eixo estratégico nacional e; em 2006, passa a constituir o modelo de ABS vigente no município do Rio de Janeiro, não mais apenas como um programa, mas como um dispositivo estratégico na rede de saúde, por isso a denominação de Estratégia de Saúde da Família (ESF). De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB [BRASIL, 2012]):

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2012, p. 21).

Sobre a Estratégia de Saúde da Família (ESF) Assis, Deslandes e Minayo (2017) explicam que o Programa de Saúde da Família foi criado em 1994, mas somente em 2012 a Estratégia de Saúde da Família foi apresentada na Política Nacional de Atenção Básica. Desde o princípio a proposta seria a consolidação da Atenção Básica à Saúde, propondo uma reorientação do processo de trabalho, visando aproximar profissionais e usuários, criar vínculos.

Na ESF está prevista a composição de equipes multiprofissionais, formada por, no mínimo: um médico de família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e; agentes comunitários de saúde (ACS). A Portaria nº 2.488 de 2011 determina a existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes, com jornada de trabalho de 40 horas semanais para todos os seus integrantes. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada na unidade, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família.

O cuidado em APS sustenta-se na atuação de uma equipe multiprofissional, apostando na noção de interdisciplinaridade do trabalho em equipe, em um difícil esforço de diálogo entre núcleos de saberes profissionais. O fazer cotidiano das equipes multiprofissionais da ESF representa o espaço concreto de desafios da interdisciplinaridade, na medida em que pressupõe não apenas o diálogo entre saberes como também sua translação em práticas profissionais (MENDONÇA ET AL., 2018, p. 42).

Para desenvolver o serviço de ABS, os municípios são orientados pelo Ministério da Saúde a adotarem recursos operacionais que preconizam a criação de vínculo e de corresponsabilidade entre equipe de saúde e usuários. Sua finalidade seria o de oferecer o primeiro contato com as pessoas que procuram os serviços de saúde, assegurando os princípios de continuidade do cuidado (acompanhamento do indivíduo ao longo de sua vida), acessibilidade (garantia do acesso aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade das pessoas) e a coordenação do cuidado (todas as pessoas do território seriam acompanhadas pela ESF ou teriam como referência a unidade de atenção primária de sua abrangência).

Dentre as principais responsabilidades da instância municipal de governo, podemos citar, de acordo com o “Manual para a Organização da Atenção Básica” (BRASIL, 1999-b), as seguintes atribuições para gestão municipal:

Quadro 3: Responsabilidades na Gestão da Atenção Básica

- | |
|--|
| I – Desenvolvimento de métodos e instrumentos de planejamento e de gestão, incluídos os mecanismos de referência e contrarreferência de pacientes. |
| II – Coordenação e Operacionalização do Sistema Municipal de Saúde. |
| III – Desenvolvimento de mecanismos de controle e avaliação da atenção básica. |
| IV – Desenvolvimento das ações básicas de vigilância sanitária. |
| V – Administração e desenvolvimento de Recursos Humanos para Atenção Básica. |
| VI – Fortalecimento do controle social no município. |

Fonte: Autoria própria/Baseada no Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999-b).

E as distribuições de responsabilidades municipais destinadas a toda população como, no quadro abaixo:

Quadro 4: Ações de Atenção Básica dirigidas a toda População

- | |
|--|
| I – Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida. |
| II – Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e os fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis. |
| III – Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão. |
| IV – Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e de serviços, em especial a de alimentos e de serviços de saúde. |
| V – Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo. |
| VI – Atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas demandadas na rede básica. |

Fonte: Autoria própria/Baseada no Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL, 1999-b).

Além disso, destacam-se ainda as ações dirigidas a grupos específicos da população na gestão da atenção básica:

Quadro 5: Ações de Atenção Básica dirigidas a Grupos específicos População

I – Incentivo ao aleitamento materno.

II – Combate às doenças que pode ser prevenidas por imunização, incluindo a vacinação.

III – Combate às carências nutricionais, prioritariamente na faixa etária de 0 a 5 anos e maior de 60 anos.

IV – Controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos e maior de 60 anos.

V – Controle de doenças diarreicas, prioritariamente na faixa etária de 0 a 4 anos.

VI – Controle do crescimento e do desenvolvimento, prioritariamente na faixa etária de 0 a 14 anos.

VII – Higiene bucal supervisionada, na população de 0 a 4 anos / Higiene bucal supervisionada, com evidenciação de placa bacteriana / Procedimentos cirúrgicos e restauradores, prioritariamente na população de 5 a 14 anos.

VIII – Controle pré-natal e puerpério.

IX – Controle do câncer cérvico-uterino e de mama.

X – Planejamento familiar.

Entre outros.

Fonte: Autoria própria/Baseada no Manual para a Organização da Atenção Básica (BRASIL 1999-b).

Optamos por demonstrar o que está preconizado em lei para podermos analisar criticamente a partir da experiência concreta acerca da defasagem entre o discurso e a realidade objetiva. Assim, como já vimos no decorrer deste estudo, existem entraves e concepções no sistema de saúde, que o impedem de se desenvolver em sua plenitude, de acordo com o defendido pelo Movimento da Reforma Sanitária, que originou o SUS.

Em relação à gestão do SUS, a proposta é que fosse compartilhada entre os governos: federal, estaduais e municipais, contando com a participação importante da população por meio dos Conselhos de Saúde. Além disso, propõem-se a descentralização dos serviços de saúde, de modo que cada município receberia o montante de verba proporcional à população para que fosse implementado os serviços de atenção básica à saúde. Em 1988, houve o acirramento deste processo de descentralização com a implantação do Piso de Atenção Básica (PAB) (valor per capita repassado pelo governo aos municípios de acordo com o número de habitantes) (BRASIL, 1999-b).

Esperava-se, com o processo de descentralização, que os municípios oferecessem à população os serviços necessários, de acordo com as demandas particulares de cada território. Apostava-se ainda, devido à proximidade do gestor (municipal), que teriam maiores possibilidades de identificar as reais necessidades da população, respeitando o princípio da equidade, preconizado pela Lei 8080/90, além de garantir o serviço de saúde de acordo com os demais princípios como: integralidade, universalidade, resolutividade, intersetorialidade, entre outros.

Assim os esforços para organização e desenvolvimento da atenção básica devem apontar para o redirecionamento do modelo de atenção, buscando a integralidade da assistência no âmbito de um sistema que é constituído por uma rede hierarquizada e regionalizada e resguardando, sempre, o preceito constitucional da autonomia do município no processo de descentralização e o cumprimento dos demais princípios – universalização, equidade, integralidade, intersetorialidade e participação social – que norteiam o Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1999-b, p. 11).

Com a criação da Norma Operacional Básica – NOB/SUS-01/96, o processo de descentralização é impulsionado.

A NOB-SUS 01/96 reafirma os princípios constitucionais ao definir que o município é responsável, em primeira instância, pela situação da saúde de sua população, organizando os serviços que estão sob sua gestão e/ou participando na construção do acesso aos demais serviços (dentro e fora do município). A administração municipal assume gradativamente a responsabilidade de organizar e desenvolver o sistema municipal de saúde, onde insere-se o conjunto de ações que caracterizam a ATENÇÃO BÁSICA (BRASIL, 1999-b, p. 11).

Na realidade, a NOB/96 só foi implementada de fato em 1998, e o que parecia ser o financiamento das ações e serviços necessários à promoção e prevenção da saúde, de acordo com as reais demandas e necessidades da população de cada município, se reverteu em forte incentivo por parte do governo federal por meio das políticas de metas e produtividade.

Mendonça et al. (2018) afirmam que as iniciativas no âmbito da PNAB, mediante a aportes financeiros federais, possibilitaram que os municípios ampliassem a oferta de serviços de saúde, por meio da ESF. Para as autoras, ainda que existam críticas quanto ao mecanismo adotado para expansão da ABS, a indução financeira federal proporcionou avanços inegáveis: ampliação da oferta, facilitação do acesso, maior disponibilidade de serviços (MENDONÇA ET AL., 2018).

Entretanto, este incentivo do governo federal aos municípios para a adoção da ESF, por intermédio do PAB (fixo e variável), pode estar distanciando os serviços de atenção básica dos princípios do SUS, na medida em que garante apenas um pacote fechado e enrijecido de serviços de saúde e desconsidera as particularidades regionais, tanto em relação aos equipamentos físicos existentes, quanto às necessidades específicas da população, além de entregar ao setor privado a prestação dos serviços de atenção básica de saúde, por meio de Organizações Sociais (OSs) (NOGUEIRA; MIOTO, 2006).

No município do Rio de Janeiro, atualmente, encontra-se firmado o modelo de gestão, no qual o município contrata organizações para prestarem e gerenciarem os serviços de Atenção Básica de Saúde, em especial as Unidades de Saúde da Família. A parceria estabelecida entre o município e as OSs se dá sob as regras dos Contratos de Gestão e suas rubricas específicas, que preveem que a OS faça a gestão dos recursos financeiros transferidos fundo a fundo, empregando-os para a contratação de pessoas sob o regime da Consolidação das Leis Trabalhistas, celebração de contratos (pessoa física e jurídica), destinados à Atenção Básica à Saúde, dentre outras prerrogativas, conforme prescrito no referido contrato.

Na política hegemônica neoliberal, as OSs recebem a verba para o gerenciamento das unidades de saúde, especificamente nesse caso Clínicas de Saúde da Família, para a contratação da mão de obra técnica e administrativa, e todas as outras prerrogativas determinadas na Carteira de Serviços da APS, documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no município do Rio de Janeiro.

Em contrapartida, os municípios estabelecem metas que devem ser cumpridas pelas unidades de saúde. A política utilizada para o alcance dessas metas, normalmente é da produtividade (produção por desempenho), que intensifica a jornada de trabalho, objetivando atingir a lógica mercantil. Essa lógica exige que os serviços sejam prestados em quantidade, sem estabelecer/padronizar a qualidade com que estes devem oferecidos (LIMA, 2018).

Assim, as condições do trabalho na saúde e, por conseguinte a oferta de serviços à população tem sido precarizados e ameaçados pela nova lógica de gestão e de política social vigente. Aqui cabe uma reflexão: como desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades, se cada vez mais se dá maior incentivo à implantação de estratégias focalistas que garantem apenas uma cesta básica de atenção à saúde, gerenciadas por organizações terceirizadas?

Como vimos, a saúde é um campo em disputa, orientado pela correlação de força existente na sociedade, na qual projetos políticos, econômicos e sociais apresentam interesses divergentes. Desde 1990, têm sido construídas políticas no sentido de garantir um sistema público e universal de saúde no Brasil, porém, a disputa entre os projetos com interesses distintos para a oferta de serviços de saúde vem se acirrando nos últimos anos. Mendonça et al. (2018) acrescentam que com a crise política e institucional brasileira, de 2016, a proposta dos *planos de saúde populares* se apresentam de forma mais veemente, com subsídios fiscais, precarização da Estratégia de Saúde da Família, as alterações substanciais na Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2017), o subfinanciamento do SUS e, por fim, com a Emenda Constitucional nº 95/2016 (BRASIL, 2016) que congela os recursos federais para saúde por vinte anos, podem comprometer a consolidação do SUS e de outras políticas sociais.

Isso nos instiga a arrazoar que os limites são enormes, porém é necessária a elaboração de estratégias coletivas de enfrentamento desse modelo ainda que nos marcos desse sistema social. É com esse intuito que passaremos agora a problematizar a questão da violência, no âmbito da saúde, especialmente a violência doméstica no espaço da ESF, ponderando sobre o fenômeno da violência como um condicionante social e, portanto, uma questão de saúde pública e os recursos possíveis na cena do trabalho realizado pelos profissionais da ESF.

3.2.1. Estratégia de Saúde da Família e Violência Doméstica

Como vimos no capítulo anterior, a violência é um fenômeno global, que ocupa constantemente nosso cotidiano e, por mais que possa parecer uma ideia

incômoda, está intimamente ligada à condição humana (MINAYO, 2010). Tal fenômeno deve ser abordado considerando as especificidades do contexto social e histórico no qual se apresenta, pois possui diversas faces e pode se apresentar explicitamente ou por vias sutis.

No Brasil, a relevância do tema violência em saúde é evidente, considerando que, na década de 1990, mais de um milhão de pessoas morreram por violência e acidentes. Dentre essas, o homicídio foi a causa da morte de cerca de 400 mil pessoas (MINAYO; SOUZA, 2003).

Na recente revisão bibliográfica sobre os serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde, para o atendimento específico às situações de violência, Assis, Deslandes e Minayo (2017) apresentam grande número de publicações sobre os serviços no Nível Pré-Hospitalar (composto pela Estratégia de Saúde da Família, Atenção Básica em geral, Ambulatórios, Centros Especializados e Pré-Hospitalar fixo e móvel), totalizando 221 publicações dentre as 304 publicadas. Logo se vê que muito tem se produzido sobre o assunto, muito provavelmente, devido a agudização das expressões da violência, que afeta a saúde.

Minayo, Assis e Souza (2017) também analisaram a produção acadêmica sobre violência e saúde. Dentre evidências, repetições e abordagens diversificadas, as autoras afirmam que as pesquisas – tal qual o presente – cumprem o papel definido na classificação de Bulmer (1978, *apud* Minayo, Assis; Souza, 2017) para *pesquisa estratégica*, que se propõe a produzir conhecimentos básicos para esclarecer aspectos da realidade a serem enfrentados por meio de políticas públicas. Contudo, as autoras chamam atenção para o fato do ser humano só (re)conhecer a realidade conforme ela se desenha, o tempo da reflexão é diferente do tempo da apropriação para ação, ou seja, o pensamento corre na frente das iniciativas.

As mesmas autoras traçam uma linha do tempo em que percorrem os marcos significativos para a adesão do fenômeno da violência pelo setor saúde, no Brasil e no mundo. As autoras situam que uma das principais causas incorporadas pela saúde é a da violência contra crianças e adolescentes, que já vem sendo

apresentada como questão desde os anos 1960, quando pesquisadores americanos denominam a *síndrome do bebê espancado*¹¹.

Uma década depois, o problema já passou a ser tratado com mais ênfase, inclusive, pediatras e pesquisadores demonstravam como a violência prejudica o crescimento e o desenvolvimento físico e emocional de crianças e adolescentes. Minayo, Assis e Souza (2017) destacam que no Brasil também havia discussões sólidas sobre a temática, os pediatras aqui foram pioneiros nos estudos, diagnósticos e criação de equipamentos de proteção e prevenção da violência na infância. Além disso, em 1980, aderiram ao grupo dos movimentos sociais, professores universitários e militantes de várias áreas, que culminaram na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente, em 1990. Desde então, a legislação vem se atualizando no que tange à questão da violência contra crianças e adolescentes¹², sempre os reconhecendo como “sujeitos de direitos”.

Ainda de acordo com a linha cronológica traçada por elas, a violência contra mulher foi o segundo ponto incluído na agenda da saúde, motivado pelos movimentos feministas, durante especialmente a segunda metade do século XX, possibilitando a ampliação da consciência de gênero. Inclusive, os primeiros documentos relativos aos impactos da violência na saúde, como o da OMS (2002), apresentam forte congruência e influência feminista em relação às questões de gênero e outras.

No Brasil, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1994, e incorporado pela Política Nacional de Saúde da Mulher, em 2005, estabelece tratamento específico e diferenciado às mulheres em situação de violência, e apresenta diretrizes para o seu enfrentamento. No caso da violência contra mulher, também houve avanços no que diz respeito à criação de leis: em 2006, foi promulgada a lei n. 11.340, conhecida popularmente como Lei Maria da Penha e; em 2015, promulgada a lei n. 13.104 que penaliza o feminicídio.

¹¹ O termo *síndrome do bebê espancado* foi denominado e analisado por Henry Kempe e colaboradores, em publicação de 1962 (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

¹² Ver lei n. 13.010/2014, lei n. 13.046/2014 e Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde de Crianças e Adolescentes em situação de violências (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Os maus tratos contra pessoa idosa foi o último a ser absorvido de fato pelo setor saúde. Apesar de ter sido mencionado em 1975 por pesquisadores ingleses denominando como *espancamento de avós*¹³, no Brasil, o tema tem ganhado repercussão devido ao aumento expressivo da população com mais de sessenta anos. Em 2003, foi promulgada a lei n. 10.741, conhecida como Estatuto do Idoso, que visa também coibir os abusos contra esse grupo etário. Graças à Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, de 2006, o Ministério da Saúde incorpora o compromisso à questão da violência contra os idosos. A violência perpetrada contra as minorias, como violência por motivação homofóbica, racial, ou contra a pessoa com deficiência, está sendo incorporada pelo setor saúde de forma paulatina (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2017).

Pode-se dizer que a violência, enquanto objeto de atenção do campo da saúde é recente historicamente. As autoras comentam que o setor saúde, ainda dominado pela racionalidade biomédica, apresenta resistências para conceder espaço para a violência, um problema social que gera impactos expressivos para a saúde e tradicionalmente tratado pela segurança pública tão somente.

Em 1992, na conferência de Atenção Primária em Saúde, de Santa Fé, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adicionou o tema pela primeira vez à sua agenda de prioridades. Mas só em 1994, a OMS escolheu a questão da violência como tema central e, no ano seguinte, a OPAS aborda a mesma temática na Conferência de Washington. Desde então, a violência vem sendo apresentada como um problema social e uma das principais causas de óbitos e demandas para os serviços de saúde, nas Américas e Caribe. Em 1996, a OMS destacou a violência como um dos principais problemas contemporâneos que afeta a saúde pública, sendo incluído como uma das cinco prioridades do OMS para o início do século XXI (MINAYO, ASSIS, SOUZA, 2017). Posteriormente, durante a conferência de Jacarta, em 1997, a violência passou a ser tratada como um problema de saúde pública pela instituição (CABRAL ET AL., 2012).

Dois anos depois, em 1998, o Ministério da Saúde brasileiro institui um Grupo de Trabalho formado por pesquisadores, profissionais e representantes da

¹³ O termo *espancamento de avós* foi denominado por Alex Anthony Baker (1975) e George Burston (1975) em dois periódicos ingleses (MINAYO ET AL., 2017).

sociedade civil, para elaboração da política nacional sobre o tema. Minayo, Assis e Souza (2017) destacam que as maiores dificuldades encontradas eram as ideias mais tradicionais e conservadoras que defendiam que a violência é um problema da segurança pública e não da saúde.

Diante desse cenário, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), por meio da Portaria MS/GM n.º 737 de 2001, passando a incorporar esse novo agravo ao seu escopo de ações. Cabe ressaltar que a política define propósitos, estabelece diretrizes, atribui responsabilidades institucionais e apresenta, como pressuposto básico, a articulação intra e intersetorial. A PNRMAV foi publicada em 2001, quase um ano antes do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, publicado pela OMS, em 2002.

Nesse relatório, a OMS definiu violência como o uso deliberado da força física ou do poder, seja em grau de ameaça ou de forma efetiva, contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou comunidade, que cause ou tenha probabilidade de causar lesões, morte, danos psicológicos, transtornos ao desenvolvimento pessoal ou social ou privações do atendimento às necessidades básicas dos sujeitos (KRUG ET AL., 2002).

A PNRMAV considera a violência como problema histórico e social, pontuando que a violência é um agravo para saúde e mais do que isso, ela afeta o setor saúde e esse próprio setor, por compor o tecido social brasileiro, também o gera e o reproduz. Os princípios que orientam essa política são os mesmos que orientam o Sistema Único de Saúde (SUS): saúde como direito fundamental e universal, direito à vida, e a promoção da saúde como fundamento para redução das violências e acidentes.

Em 2004, o Ministério da Saúde oficializa a estruturação da Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde e traça algumas diretrizes em andamento, dentre elas: a Rede de Núcleos de Prevenção à Violência e o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (Viva). Esse sistema é composto pelo Viva Inquérito (registra os atendimentos às vítimas de acidentes e violências atendidas em serviços de urgência e emergências) e pelo Viva SINAN

(Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que sistematiza os registros notificados de violência doméstica, sexual, outras violências interpessoais e autoprovocadas (LIMA, 2018), como pode-se verificar na figura 2, abaixo.

Figura 2: Objeto de Notificação (Casos suspeitos ou confirmados) - SINAN



Fonte: VIVA SINAN/SVS/MS (2009).

Ainda nessa perspectiva, em parceria com as Secretarias Estaduais de Saúde foi definido um instrumento de notificação (ANEXO I) às autoridades competentes para os casos suspeitos e ou confirmados de violência (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001). O que permite conhecer as dimensões, formas, perfis das pessoas em situação de violências e agentes da violência, além de possibilitar o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas atentas à prevenção e assistência aos grupos mais suscetíveis.

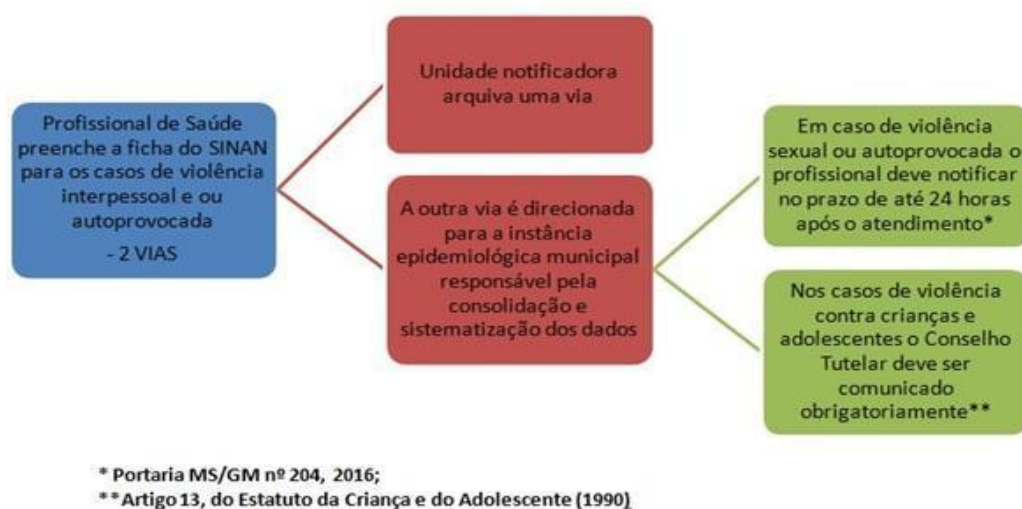
O MS em parceria com o poder executivo e legislativo instituiu um conjunto de normas legais que versam sobre a obrigatoriedade da notificação em casos de suspeita ou confirmação de violência doméstica contra crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Com isso, pretendiam estimular a criação de uma rede de serviços sociais que pudesse garantir um atendimento integral e qualificado, tendo como base a compreensão do usuário em sua totalidade social, estando inserido na complexa rede de relações sociais que interferem no seu processo de saúde-doença.

Lima (2018) faz análise sobre o processo de constituição e consolidação da notificação de violência, especificamente contra crianças e adolescentes, mas sua obra contribui para o processo de notificação das demais expressões da violência também. Identifica-se por intermédio de Lima (2018) que a institucionalização da notificação da violência depende, antes de qualquer coisa, de ações de ordem legal, teórica, cultural e ética.

A autora apresenta a experiência dos Estados Unidos da América (EUA) quando houve a implantação da notificação de violência contra crianças e adolescentes, como balizadora da legislação brasileira, especialmente no que se refere à obrigatoriedade de notificação de violência por profissionais e a punição em caso de omissão. No caso dos EUA, em 1970, a violência contra criança e adolescente passou a ser objeto de notificação e a ação é reconhecida como pioneira em ações públicas para enfrentamento da violência doméstica. Segundo Lima (2018), todos os estados americanos têm legislação determinando que casos suspeitos ou confirmados de violência contra crianças devem ser notificados de forma compulsória pelos profissionais. Já no Brasil, em meados da década de 1980 é que a notificação se apresentou como questão, impulsionado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA [BRASIL,1990]) que determina que, toda violência contra criança e adolescente, deve ser comunicada ao Conselho Tutelar, e ainda que profissionais da saúde e da educação sejam obrigados a fazer essa comunicação, podendo ser multado por omissão.

Ainda segundo Lima (2018), em 2008, o Ministério da Saúde, junto com a Superintendência de Vigilância em Saúde do município do Rio de Janeiro começam a testar a ficha do SINAN. No ano seguinte, foi regulamentado o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV), motivado pela Portaria MS/GM nº 936, de 2004, que cria a Rede Nacional de Prevenção à Violência e Promoção da Saúde e dispõe sobre a implantação dos núcleos nos estados e municípios. Com base no instrutivo publicado pelo Ministério da Saúde, em 2016, e com as contribuições de Lima (2018) é possível desenhar o fluxo da notificação de violência, por meio da ficha do SINAN.

Figura 3: Fluxo de Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada – SINAN



Fonte: Autoria Própria/Baseada no material pesquisado.

Minayo, Assis e Souza (2017) explicam que, pouco a pouco, as secretarias de saúde dos municípios e dos estados têm incluído a questão da violência como pauta relevante. As autoras citam documentos técnicos e operacionais, oficializados com objetivo de integrar o tema às ações rotineiras do setor saúde. Lima (2018) acrescenta que os municípios têm autonomia para adequar o fluxo de notificação da violência, de acordo com a necessidade local.

Para Lima (2018) são evidentes os avanços no que diz respeito ao trabalho da saúde no trato com a violência, não só no sentido prático, mas também epidemiológico. Para a autora, a introdução da ficha de notificação padronizada para todo o território nacional, foi um progresso. A ficha do SINAN, que já passou por diversas atualizações, permitiu a inclusão de outros segmentos na notificação da saúde, como por exemplo, os casos de violência contra mulheres e idosos e, além disso, permitiu a sistematização e análise de informações inserindo a violência como uma questão para vigilância em saúde. “A ficha, portanto, mais que um instrumento burocrático, representa uma prática social de repúdio à invisibilidade e banalização da violência” (LIMA, 2018, p. 103).

Lima (2018) explica que, para a Saúde, o sentido técnico da notificação é diferente de denúncia, como muitos associam, o instrumento de notificação serve para comunicar dada ocorrência de doença ou agravo que estão sob vigilância epidemiológica, às autoridades sanitárias. Os dados são organizados em sistemas

de informações próprios, que oportunizam o acompanhamento dos impactos do agravo. A autora acrescenta que a notificação compulsória tem sido a principal fonte de informação da vigilância epidemiológica e que para inserção da violência como agravo passível de notificação foi analisada a magnitude, a vulnerabilidade, a mortalidade, além dos compromissos internacionais e nacionais para com o fenômeno.

Assis, Deslandes e Minayo (2017), identificaram que várias publicações sobre o atendimento às situações de violência no âmbito da ESF, ressaltam as dificuldades dos profissionais, principalmente enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS, que são categoriais profissionais mais expostas às situações de violência no cotidiano do trabalho. Uma dificuldade apontada com ênfase pelas autoras é direcionada à notificação dos casos de violência atendidos nas unidades de atenção básica. Dificuldade esta, justificada pelas deficiências de conhecimento sobre o instrumento, falhas na formação continuada dos profissionais e pelo medo do envolvimento legal e emocional com essas situações complexas. Fato é que tais dificuldades podem gerar subnotificação dos casos de violência, conforme preconiza a política vigente.

Entretanto, sabe-se que existem dificuldades em nível macro que vão para além da necessidade de educação permanente em saúde. Claro, isso é importante. Mas não se pode desconsiderar a necessidade de consolidação de políticas e práticas intersetoriais, tampouco relativizar a violência urbana, que gera medo de represálias pelo agente agressor, ou a falta de apoio dos gestores no manejo dos casos de violência, a sobrecarga de trabalho, os critérios de produtividade, que estrangulam o fazer profissional, fatores que dificultam a materialização da integralidade da atenção.

Mesmo com essas dificuldades apresentadas, e outras, ainda prevalece o entendimento de que a ESF tem um papel fundamental no atendimento às pessoas em situação de violência e para a notificação desses casos. Espera-se uma atuação estratégica e potencial dos profissionais que trabalham na ESF para identificar, prevenir e atender tais situações, além de contribuírem para o incremento da notificação da violência.

Porém, o que identificamos, ainda hoje, é o maior número de notificações oriundo dos serviços de urgência e emergência, se comparados às unidades de atenção básica. “Os maiores notificadores eram ligados à rede hospitalar e os casos mais notificados eram agudos de violência” (LIMA, 2018, p. 91).

Talvez, isso se dê pelo fato de os profissionais dos níveis hospitalares não terem vinculação com o usuário, logo, podem não se sentir tão responsáveis e nem ameaçados pela notificação. Na atenção básica à saúde, a confusão entre notificação e denúncia dos casos de violência ainda é muito latente, os profissionais amedrontados acham que se notificarem (subentende-se “denunciarem”) os casos de violência, terão que arcar com as consequências formais e informais, pois as unidades de atenção básica, muitas vezes, ficam localizadas em territórios que vivenciam cotidianamente situações de violência urbana, especialmente no Rio de Janeiro, e os profissionais da Estratégia de Saúde da Família podem se sentir oprimidos, imponentes e coagidos frente às situações de violência doméstica, pois, geralmente, envolvem pessoas ligadas ao tráfico.

Para ilustrar, a pesquisa realizada pelo Centro de Estudos de Segurança e Cidadania (CESEC), da Universidade Cândido Mendes, e pelo Núcleo de Estudos de Sexualidade e Gênero (NESEG), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), citada por Musumeci (2007), aponta que o número de registros de violência contra mulher em cinco grandes favelas cariocas é inexistente ou irrisório. Podemos acreditar que não há agressões às mulheres que vivem em favelas cariocas dominadas pelo tráfico? Musumeci (2007) afirma que o direito das mulheres moradoras dessas favelas de registrarem denúncia é praticamente vetado, conforme as leis particulares que vigoram nos territórios dominados. Para muitos moradores de favelas, buscar ajuda policial ou tão somente notificar os casos de violência doméstica está fora de cogitação, pois só faz aumentar o risco de mais violência ou até mesmo de morte, além da falta de credibilidade dessas instituições, especialmente as de segurança pública.

Além da questão do medo de sofrer represálias ao intervir em situação de violência, algumas publicações como Oliveira e Silva (2008), sobre a atuação da ABS nos casos de violência, mencionam outras preocupações por partes dos profissionais. A desarticulação da rede de proteção social e o trabalho solitário no

território onde residem as pessoas em situação de violência; insegurança quanto à abordagem dos profissionais de outros serviços, quando acionada a rede intersetorial; a preocupação com o rompimento do vínculo entre o profissional e o usuário, vínculo este imprescindível para o trabalho na ESF; sentimento de impotência frente às situações de violência; a complexidade de trabalhar em territórios conflagrados; essas, entre outras, foram algumas dificuldades apresentadas pelos profissionais de saúde no atendimento e notificação das situações de violência.

É sabido ainda que os caminhos percorridos para legitimação da questão da violência dentro das práticas em saúde se dão de maneira complexa, ainda mais porque requer esforço teórico metodológico e político que repense a apreensão do que seria a saúde para o próprio setor (MINAYO, 2007). Apenas abarcando os diversos e complexos níveis dos determinantes sociais¹⁴ é que se pode afirmar que o setor saúde não dará conta das diversas demandas advindas dos sujeitos, principalmente, dos sujeitos em situação de violência, em especial, se compreendemos a violência na sua relação com as questões estruturais de uma sociedade. Como vimos, seria importante a adoção veemente de práticas, sobretudo de políticas intersetoriais. Essa perspectiva intersetorial se faz bastante presente nas legislações específicas para grupos os mais suscetíveis e que figuram como principais vítimas da violência doméstica, como o Estatuto da Criança e do Adolescente, a Lei Maria da Penha e o Estatuto do Idoso.

Mesmo após a definição dos marcos legais já citados, compreender a questão da violência e suas repercussões para a saúde, ao ponto de trazer o tema para a agenda do setor e para o cotidiano dos serviços, tem sido um processo árduo e ainda em construção, até mesmo porque o modelo biomédico ainda representa hegemonia ao se pensar ações em saúde (MINAYO, 2007).

Contudo, ainda que saibamos das limitações do setor saúde para o atendimento às situações de violência, esta está presente e arraigada na sociedade

¹⁴ Tanto Nogueira e Miotto (2006), quanto Carvalho e Buss (2008) consideram que há influência das condições sociais no processo de “estar sadio ou estar doente”. Tais condições como alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, atividade física, transporte, o lazer, acesso aos bens e serviços essenciais, entre outras estão diretamente implicados no processo de saúde, chamados conceitualmente pelos autores citados de determinantes sociais em saúde.

brasileira e tem afetado diretamente a qualidade de vida da população. Sendo assim, está inteiramente ligada ao cotidiano dos profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham na ESF, por terem nas famílias o foco de suas ações e atuarem diretamente nos territórios onde elas residem. Como já foi dito, a ESF é o modelo de Atenção Básica à Saúde, focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária.

É importante termos em mente os tipos de violência normalmente perpetrados, pois nem sempre as famílias ou seus membros relatam as situações que vivenciam, principalmente quando o autor da violência é um familiar. De modo geral, para a sociedade, a imagem da família deve ser preservada e ainda permanece bastante associada a um espaço privado, no qual não são bem-vindas intervenções externas. Por isso, o vínculo e a relação de confiança entre os usuários e os profissionais da ESF são muito importantes nessas situações. Desde que não ocorra na perspectiva policalesca e higienista como predominante em algumas passagens históricas de nossa sociedade e de nossa política, assim como na lógica produtivista presente na política atual.

A vinculação de profissionais da ESF ao território e ao usuário, citada anteriormente como motivo de preocupação com a notificação da violência, pode ser o diferencial na atuação desse nível do atendimento em saúde, no sentido de avançar na identificação dos determinantes e riscos de agravos, trazendo novas possibilidades de intervenção e ação continuada.

Lima et al. (2009) explicam que na Estratégia de Saúde da Família pressupõem-se o estabelecimento desse vínculo entre os profissionais e os usuários, que pode permitir a identificação e elaboração de estratégias de intervenção frente às situações de violência doméstica, antes que elas se agravem.

Está no escopo do trabalho do profissional de saúde observar sinais indicativos de violência, acolher, utilizar a escuta qualificada como instrumento, integrar competências, saberes e habilidades individuais para que conjuntamente possam ser atendidas de forma integral às necessidades de saúde das pessoas em situação de violência. Logo, quando os casos de violência já estão identificados, o profissional de saúde deve fornecer apoio e garantir o acesso aos direitos sociais.

(...) o Programa de Saúde da Família (PSF) encontra-se em posição privilegiada para atuação preventiva da violência doméstica, devido à proximidade com a comunidade local, à atuação intersetorial, ao estabelecimento de parcerias, ao diálogo constante com diferentes setores e, primordialmente, à responsabilidade na promoção da saúde (BRUM, 2013, p. 243).

Entretanto, compreendendo que a lógica autoritária e hierarquizada, adotada pelo governo brasileiro produz e reproduz a desigualdade social, talvez fosse conveniente que Ministério da Saúde ao aprovar uma Política Nacional, preconizasse o enfrentamento à violência pelas medidas que reconheçam o fenômeno como resultado, como um dos determinantes sociais da violência estrutural produzida (e reproduzida) pelo autoritarismo socialmente implantado, que precisa ser superado.

Ainda assim, acreditamos que a ESF pode ter algum potencial enquanto modelo de atenção privilegiado pelas possibilidades de efetuar ações de promoção, prevenção e acompanhamento das pessoas em situação de violência doméstica, quando executada de forma comprometida e com condições de trabalhos favoráveis.

Assim, vale reforçar que a Atenção Básica à Saúde é considerada espaço propício para uma série de atuações, desde a identificação dos casos de violência, acolhimento, notificação até o acompanhamento dos casos. A construção de vínculo com a unidade de saúde e com os demais serviços da rede, são possibilidades de fortalecimento do usuário, em meio a um contexto de certa tolerância social no que diz respeito às situações de violência, o que, muitas vezes, acaba contribuindo para que estas se mantenham ocultas. Ou seja, o vínculo e a relação de confiança entre os usuários e os profissionais da ESF são muito importantes diante dos casos de violência. Porém, é importante que tais vínculos não se estabeleçam sob a perspectiva policalesca e higienista, como predominante em algumas passagens históricas de nossa sociedade, bem como pela lógica produtivista, presente na política atual.

Também devemos considerar o papel do usuário na corresponsabilização do cuidado em saúde, ou seja, a importância da sua participação ativa na identificação e acompanhamento das situações de violência doméstica ocorridas na sua família. Assim, os profissionais de saúde da família e suas equipes

poderão, juntamente com os usuários, construir um projeto assistencial singular, que atenda às reais necessidades dessas pessoas. Dessa forma, o usuário sai de uma posição de objeto do cuidado em saúde para uma posição de sujeito ativo, colaborando com a atenção dada às situações de violência doméstica.

3.2.2.

A rede de atenção à saúde e prevenção de violência no Rio de Janeiro

A cidade do Rio de Janeiro se constitui como uma metrópole que possui mais de 6 milhões de habitantes, apresenta um território com aglomerados urbanos e, ao mesmo tempo, profundas desigualdades econômicas e sociais (IBGE, 2010). Diante deste panorama, as diversas necessidades socioeconômicas que a população carioca enfrenta são retratadas pela falta de acesso a direitos garantidos constitucionalmente, dentre eles, a saúde e a segurança, como resultado das múltiplas determinações que incidem nas condições de vida dos sujeitos sociais.

A cidade conta com equipamentos municipais de assistência à saúde da população, que estão distribuídos em 10 Coordenações de Área Programática de Saúde (CAP) que desenvolvem a gestão local da atenção prestada. As Coordenações de Área estão compostas por equipes técnicas no nível de gestão, supervisão do SUS, assistência farmacêutica, sistema de notificações de agravos à saúde, de notificações de nascidos vivos e óbitos, controle de endemias, entre outras ações de vigilância epidemiológica.

O caminho adotado pela prefeitura do Rio de Janeiro, entre os anos de 2009 e 2016, responsável pela gestão da Secretaria Municipal de Saúde, foi expandir o Programa de Saúde da Família. Segundo consta no site da prefeitura a cobertura de Saúde da Família na cidade passou de 3,5%, em janeiro de 2009, para 56,8% até setembro de 2016, desde a implantação do modelo. Como vimos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) se apresenta como proposta para o modelo focado na unidade familiar e construído operacionalmente na esfera comunitária, de acordo com as prerrogativas da lei que regulamentam o Sistema Único de Saúde.

Como já dito anteriormente, em 2009, a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ) instituiu o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências (NPSPV), através da Resolução nº 1507/2009, como estratégia central para fortalecer o acompanhamento das situações de violência ocorridas na cidade em consonância com as diretrizes do Ministério da Saúde (MS), expressas na Portaria Nº 936/2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção a Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios, concomitante à implantação da Ficha do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

No município do Rio de Janeiro além do fluxo para notificação da violência adotado, conforme o demonstrado acima, conta com a participação dos Grupos Articuladores Regionais (GAR). Devido à complexidade do município do Rio de Janeiro, optou-se por investir na consolidação de 10 grupos articuladores, correspondentes a cada Área Programática¹⁵ (AP) da cidade.

Vale acrescentar que, de acordo com Pires (2014), desde a década de 80, o município do Rio de Janeiro foi dividido em APs, cuja coordenadoria era designada como Coordenação de Área de Planejamento e estava voltada para o planejamento em saúde do território, seguindo a lógica da descentralização administrativa e era o órgão responsável tanto pelas unidades de atenção primária, quanto secundárias e terciárias municipais, realizando também a articulação com as unidades estaduais e federais de saúde.

Em 2009, a CAP assumiu a nomenclatura de Coordenadoria de Atenção Primária, também chamada de Coordenadoria de Área Programática - termo adotado neste trabalho - passando a coordenar somente as unidades de atenção primária. Fora isso, ainda faz parte da área técnica dessas coordenadorias, a Divisão de Vigilância em Saúde (DVS), a Divisão de Informação, Controle e Avaliação (DICA) e a Divisão de Ações e Programas de Saúde (DAPS).

¹⁵ No caso da saúde, a cidade conta com equipamentos municipais que estão distribuídos em 10 Coordenações de Área Programática de Saúde (CAP), que desenvolvem a gestão local da atenção prestada. A coordenação de todas as APs é composta por equipes técnicas no nível de gestão, supervisão do SUS, assistência farmacêutica, sistema de notificações de agravos à saúde, de notificações de nascidos vivos e óbitos, controle de endemias, entre outras ações de vigilância epidemiológica.

Também segundo Pires (2014), a DAPS é responsável pelo acompanhamento do processo de trabalho das equipes de saúde, composta por uma equipe multiprofissional que envolve profissionais de saúde, entre eles, médicos, enfermeiros, nutricionistas, psicólogos, assistente social, entre outros. Esses profissionais, que atualmente podem ser contratados pela OS ou estatutários, são responsáveis em acompanhar a execução das ações no território com o objetivo de qualificar a atenção prestada à população. Normalmente, a equipe da DAPS é dividida em Grupos de Trabalho (GT) e em frentes prioritárias de Linhas de Cuidado, como por exemplo: GT óbito, GT Mães Adolescentes e suas Crianças, Doenças Transmissíveis, Doenças Crônicas, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Adolescente, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Intersetorialidade, Coordenação dos Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF), Grupo Articulador Regional (GAR), entre outros (PIRES, 2014).

Lima (2018) acrescenta que a Secretaria Municipal de Saúde sugere que os GAR sejam compostos por além de profissional da DAPS, um integrante da DVS e um profissional do Serviço Social, podendo essa formação ser acrescida por outros profissionais com expertise para a questão da violência como agravado para a saúde.

Apesar da conformação dos GAR ter sido iniciada em 2010, somente em 2016 é que esta foi formalizada por meio da Resolução SMS nº 3114 de 2016, na composição oficial do Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências nas dez CAP do município do Rio de Janeiro. Lima (2018) afirma que os GAR são fundamentais para o enfrentamento da violência, na articulação da rede de proteção social, na retaguarda especializada para os profissionais lotados nas unidades notificadoras, no planejamento, implantação e avaliação de ações para prevenção à violência, dentre outros potenciais. Entretanto, se reconhece que ainda carecem de apoio dos mais diferentes níveis hierárquicos (SMS, CAP, direção das unidades básicas).

Como vimos acima, a vinculação de profissionais da ESF ao território e ao usuário pode ser o diferencial para o atendimento precoce às situações de violência, na perspectiva de prevenção à violência e promoção da saúde. Porém, a baixa capacidade de resolutividade das equipes de ESF tem contribuído para a

formação de um gargalo na rede de serviços de saúde, que, por sua vez, não absorve os encaminhamentos oriundos da atenção básica. Nogueira e Mioto (2006) apontam como uma das causas para essa baixa resolutividade da atenção básica, no modelo adotado para prestação dos serviços, o perfil dos profissionais que compõem as equipes, que apresentam dificuldades para atender a contento às demandas e múltiplas necessidades de saúde dos usuários dessas unidades como, por exemplo, os casos de violência doméstica, como preconiza a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), de 2012.

Assis, Deslandes e Minayo (2017) também insistem na necessidade impostergável da educação permanente e continuada para sensibilizar e capacitar os profissionais da ESF para o atendimento das expressões da violência, além da importância de incluir o impacto da violência na saúde como pauta na grade de formação de todas as categorias da área de saúde.

De fato, isso é importante. No entanto, sabemos que existem outros entraves, que podem gerar a baixa resolutividade dos profissionais de saúde frente às situações de violência, como o próprio processo e condições de trabalho, a realidade dos territórios, a desigualdade social explícita, e, em última instância, a violência cultural, simbólica e estrutural, que se produz e reproduz socialmente, tendendo à naturalização e até banalização da mesma, arraigada no Brasil. Ou seja, para o enfrentamento da violência, não se deve atribuir somente a responsabilidade ao profissional de saúde (que deve ser treinado, qualificado e preparado), pois ele também está submetido ao mesmo paradigma do autoritarismo e violência, fundante da sociedade brasileira. É necessária a superação deste paradigma.

Sobre a possibilidade de reduzir a violência, Minayo, Assis e Souza (2017) afirmam que é possível, por meio do investimento em educação formal, na garantia de direitos humanos, na melhoria da qualidade de vida, nas políticas de inclusão.

Diante do exposto, foi possível conhecer as consequências da violência na saúde, assim como a importância e a complexidade do fenômeno e as formas com as quais o setor saúde tem se estruturado e organizado para atender a violência nas

suas mais diversas manifestações, pelos serviços de Atenção Básica à Saúde. Abarcar esta conjuntura é importante para a compreensão mais sensível dos resultados alcançados com esta pesquisa, que serão apresentados no capítulo a seguir.

4.

Violência doméstica na Maré: sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde

Neste capítulo serão apresentados resultados obtidos na pesquisa de campo sobre o atendimento da Atenção Básica à Saúde às situações de violência doméstica ocorridas na Maré, e analisados a partir das referências teóricas discutidas nos capítulos anteriores. O texto foi disposto a partir dos seguintes aspectos relevantes para a análise: percepção dos profissionais da saúde sobre violência doméstica; o atendimento desses casos; e os limites e desafios para intervenção. Para chegar aos resultados que serão expostos foram identificados e analisados os principais núcleos de sentidos atribuídos pelos profissionais de saúde entrevistados a cada um dos aspectos mencionados acima.

Cabe sinalizar o fato que toda produção acadêmica é desenvolvida a partir de um olhar, de um ponto de vista, em um dado momento, “(...) são produções sociais historicamente datadas, sempre elaboradas em contextos específicos” (VALLADARES, 2005, p. 20), portanto, não se pretende aqui esgotar a discussão sobre o assunto, mas sim, apresentar as análises possíveis a partir das informações obtidas nessa pesquisa em diálogo com a fundamentação teórica adotada.

4.1.

Percorso metodológico

Esse estudo foi baseado nos princípios de pesquisas qualitativas, entendidas aqui como “práticas interpretativas que contemplam os sentidos que os sujeitos atribuem aos fenômenos e ao conjunto de relações em que eles se inserem” (GOMES ET AL., 2007, p. 566).

As pesquisas qualitativas normalmente são aquelas que trabalham com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das atitudes. Minayo (2013) explica que tais aspectos compõem a realidade social, mas não somente, ela é acrescida pelas interpretações de cada pessoa sobre suas ações, em dada realidade, compartilhada com seus semelhantes. Assim, o objeto das pesquisas desta natureza é o universo das relações, das representações e da intencionalidade. Estas se aprofundam no mundo dos significados, em um nível de realidade e subjetividade que não pode ser mensurado por meio de números, logo, pretende-

se avaliar se o material qualitativo reflete as múltiplas dimensões da realidade estudada (MINAYO, 2013).

(...) são objetos principais da investigação qualitativa – referem-se a informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia. Os cientistas sociais costumam denominar esses últimos como dados subjetivos, pois só podem ser conseguidos com a contribuição da pessoa. Constituem uma representação da realidade: ideias; crenças; maneira de pensar; opiniões; sentimentos; maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos (MINAYO, 2013, p. 65).

Nesse sentido, o foco desta pesquisa se concentrou nos sentidos que os profissionais de saúde atribuem às situações de violência doméstica atendidas em duas unidades de Atenção Básica à Saúde do conjunto de favelas da Maré: Clínica da Família Diniz Batista dos Santos (CFDBS) e Clínica da Família Jeremias Moraes da Silva (CFJMS).

No início de 2018, a atual gestão municipal decidiu fundir quatro unidades que ocupavam espaços físicos distintos, em duas com estrutura mais adequada. O então Centro Municipal de Saúde (CMS) Nova Holanda juntou-se ao CMS Samora Machel, formando a CFJMS. E o CMS Parque União junto ao CMS Hélio Smidt compuseram a atual CFDBS.

Para o alcance dos objetivos, essa pesquisa foi norteadada por algumas questões que possibilitaram a delimitação do objeto: 1) O que os profissionais de saúde entendem por violência doméstica?; 2) Qual o papel da saúde na atenção à violência doméstica?; 3) Quais as práticas desenvolvidas e os limites enfrentados para o atendimento dos casos de violência doméstica, que chegam nas Clínicas da Família em questão?

A análise sobre o atendimento dos profissionais da Atenção Básica à Saúde às situações de violência doméstica, ocorridas na Maré, parte do entendimento baseado em Adorno (1995), de que a violência perpassa diversos cenários/espacos/relações e, especificamente no Brasil, tende-se a uma “larga aceitação” do fenômeno, naturalizando-o, como se fosse um meio natural de resoluções de conflitos seja nas relações entre classes sociais, seja nas relações intersubjetivas.

Assim, a violência pode ser entendida, em alguns lugares, como uma gramática das relações sociais, um sistema de regras que governa a interação entre as pessoas e legitima, sob certas condições, as agressões e ameaças como formas de resolução de conflitos. Como dito no primeiro capítulo, nos espaços em que a violência é corriqueira, as pessoas naturalizam seu uso, desde que determinadas regras sejam respeitadas, e interiorizam valores que tornam isso possível (CANO, 2007), o que nos remete ao conceito de *habitus* para Bourdieu (2011).

Essa tendência à naturalização da violência, somada a questão do medo, pode interferir diretamente no atendimento prestado pelos profissionais de saúde às situações de violência doméstica. Além disso, as práticas (ou estratégias de intervenção), construídas por equipes de saúde da família estariam associadas à noção de integralidade, que supera a perspectiva exclusivamente biomédica e se volta para os aspectos culturais, subjetivos e sociais dos sujeitos (MOREIRA ET AL., 2014). Ainda sobre as estratégias de intervenção, podemos mencionar a *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências - Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde* (BRASIL, 2010), que apresenta algumas etapas relevantes no atendimento a esses casos, sob o ponto de vista do cuidado integral em saúde, tais como: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento do caso na rede de proteção social.

Assim, os resultados encontrados foram organizados em três eixos de análise: **percepção dos profissionais da saúde sobre violência doméstica; o atendimento desses casos nas Clínicas da Família; e os limites e desafios para intervenção**. Entretanto, antes de adentrarmos nesses eixos, se faz necessária a categorização do território e dos equipamentos de saúde, nos quais encontram-se alocados os profissionais, sujeitos desta pesquisa, como se observará a seguir.

A fim de responder às garantias éticas previstas nas resoluções referentes a pesquisas com seres humanos, o projeto foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-RJ), por meio da Plataforma Brasil, obedecendo às requisições da Resolução número 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de

Saúde (CNS), da Norma Operacional número 001 de 2013 e da Resolução número 510 de 07 de abril de 2016, também do CNS.

As entrevistas foram realizadas, baseadas em roteiro semiestruturado, – Apêndice A –, em datas e locais escolhidos pelos próprios profissionais, mediante a autorização destes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – Apêndice B –, documento fundamental, em que constam informações detalhadas sobre a pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma sob posse dos sujeitos da pesquisa para consulta, em caso de dúvidas surgidas à posteriori. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP/SMS-RJ, no dia 06 de novembro de 2018, cujo parecer teve o número 3.002.730 (ANEXO 2).

As entrevistas foram realizadas entre os dias 13 e 28 de novembro de 2018, com 9 profissionais, 5 da CFJMS e 4 da CFDBS. A princípio, havia sido delimitada a amostra de 5 profissionais por unidade, de categorias diversas, moradores e não moradores da Maré. Porém, a última profissional da CFDBS, que seria entrevistada desmarcou o encontro por duas vezes e não apresentou mais disponibilidade, inviabilizando a entrevista. Cabe acrescentar que, conforme orientação do Centro de Estudos da CAP 3.1, o contato com as unidades de saúde foi feito inicialmente com as gerentes de cada Clínica da Família, que indicaram os profissionais entrevistados e viabilizaram o encontro no território.

Foram entrevistados os seguintes profissionais: Agentes Comunitários de Saúde (4), Assistente Social (1), Enfermeiros (2), Médico (1) e Técnico de Enfermagem (1). A maioria das profissionais entrevistadas era do sexo feminino, no total de 6. Somente 3 dos entrevistados não residiam na Maré, totalizando 6 moradores.

Além disso, foram realizadas conversas com outros profissionais das unidades, tais como auxiliar de serviços gerais, psicólogo, terapeuta ocupacional, médicos e gerentes. Essas não entraram como amostra da pesquisa devido ao caráter de informalidade, mas seguindo as recomendações de Minayo (2013), as impressões obtidas a partir dessas conversas foram registradas em Diário de

Campo¹⁶, somadas às observações pessoalmente realizadas durante a imersão no campo, e utilizadas como contribuição para a análise qualitativa.

Mediante a autorização dos participantes, todas as entrevistas foram gravadas em áudio, formato mp3, posteriormente transcritas e analisadas. Tivemos aproximadamente 4 horas 30 minutos de gravação, chegando à média aproximada de 30 minutos por entrevista. A de menor duração, em torno de 18 minutos, foi com uma ACS. Já a entrevista mais longa foi realizada com uma enfermeira e durou quase 53 minutos.

O caminho proposto para análise dos dados dessa pesquisa está fundamentado no método de interpretação de sentidos, tendo como referência princípios hermenêuticos-dialéticos, ou seja, uma compreensão crítica de dada realidade.

Tal abordagem se ancora na hermenêutica-dialética, que articula uma atitude hermenêutica (voltada para o sentido do que é consensual, da mediação e do acordo) e um posicionamento dialético (orientado para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido) (GOMES ET AL., 2007, p. 566).

Ainda de acordo com Gomes (2013; ET AL., 2005), a articulação entre essas duas perspectivas pode balizar a operacionalização do referido método. A proposta aqui é analisar a lógica interna dos fatos, dos relatos e das observações; situá-los no contexto dos atores e produzir um relato fiel aos fatos constatados. Ou seja, fazer uma síntese analítica acerca da interpretação dos profissionais de saúde sobre o conteúdo abordado nas entrevistas, com base nas referências teóricas apresentadas nos capítulos anteriores – além do diálogo com pesquisas anteriores que abordam objeto similar. Esse método de análise permite inferir os sentidos atribuídos pelos profissionais sobre a violência doméstica a partir das falas, palavras, ações, conjunturas, relações sociais e institucionais, possibilitando que o estudo seja realizado a partir dos dados qualitativos.

Na primeira etapa de análise dos dados produzidos, todas as transcrições foram lidas de forma compreensiva, buscando tomar intimidade com o que foi

¹⁶ Minayo (2013) define Diário de Campo como instrumento fundamental de trabalho para uma pesquisa qualitativa. Trata-se de um bloco de notas, no qual devem ser registradas as informações que não compõem o material formal das entrevistas, mas que devem ser utilizadas para a análise.

dito durante as entrevistas, identificando reiteraões e singularidades e construindo os eixos e as categorias de análise.

Posteriormente, seguindo o passo a passo detalhado por Gomes et al. (2005), buscou-se, graças à exploração do material, identificar os núcleos de sentidos, para somente então, desenvolver uma síntese interpretativa que articulasse com os referenciais teóricos apresentados, com o material empírico da pesquisa.

4.2. Caracterização do território

A cidade do Rio de Janeiro se constitui como uma metrópole que possui mais de 6 milhões de habitantes, apresenta um território com aglomerados urbanos e, ao mesmo tempo, profundas desigualdades econômicas e sociais, por exemplo, com variação do perfil populacional como mostra o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), quando observado por bairro, variando de 0,71 no Complexo do Alemão até 0,97 no bairro da Gávea (IBGE, 2010).

Diante deste panorama, as diversas necessidades socioeconômicas que a população carioca enfrenta são retratadas pela falta de acesso a direitos, dentre eles saúde e segurança, como resultado da desigualdade e, consequentemente, das múltiplas determinações que incidem nas condições de vida dos sujeitos sociais.

Para debruçarmos especificamente nossos olhares para o território a ser estudado, vale primeiro contextualizar a Área Programática (AP) na qual está inserido. A AP 3.1 possui 28 bairros e uma população total estimada de cerca de 890.000 habitantes. Nesta AP estão contidos bairros como: Ramos, Maré, Complexo do Alemão, Parada de Lucas, Cidade Alta, Vigário Geral, Complexo da Penha, Cordovil, Ilha do Governador, entre outros. De acordo com o “Relatório de Gestão – AP 3.1”, publicado em maio de 2016, estes bairros apresentam elevados índices de densidade demográfica, isto é, o número de habitantes por Km² é superior à média de alguns dos bairros vizinhos.

Ainda de acordo com o relatório supracitado, as características demográficas e socioeconômicas da área atuam fortemente como determinantes

sociais no processo saúde-doença desta população, com impacto direto nos principais indicadores de saúde. Com base nesse relatório, podemos afirmar que, no total, 335.033 pessoas residem no que o IBGE define por “aglomerados subnormais¹⁷”, como por exemplo, a Maré.

Existe enorme discussão conceitual e teórica para designar o que estamos chamando aqui de conjunto de favelas, ou simplesmente favela. Há aqueles que defendem o uso do termo comunidade em substituição de favela, sob o argumento de que este último está carregado com sentidos pejorativos, devido ao seu uso histórico¹⁸. Entretanto, outros atribuem à comunidade a noção de carência e de comunhão. Fato é que, de acordo com pesquisas apresentadas por Valladares (2005), não há homogeneidade nas favelas, e no caso dos conjuntos de favelas não há necessariamente unidade entre elas. Ao contrário da visão dominante, há enorme heterogeneidade tanto na realidade física, quanto espacial e cultural das favelas.

No caso da Maré existe ainda debate acerca da denominação Complexo da Maré ou Conjunto de Favelas da Maré. Neste trabalho adotaremos o último, considerando a diversidade existente em cada uma das favelas, como também os aspectos convergentes entre as favelas compõem o conjunto. E, além disso,

¹⁷ “O setor especial de aglomerado subnormal é um conjunto constituído de, no mínimo, 51 (cinquenta e uma) unidades habitacionais (barracos, casas...) carentes, em sua maioria, de serviços públicos essenciais, ocupando ou tendo ocupado, até período recente, terreno de propriedade alheia (pública ou particular) e estando dispostas, em geral, de forma desordenada e densa. A identificação dos Aglomerados Subnormais deve ser feita com base nos seguintes critérios: a) ocupação ilegal da terra, ou seja, construção em terrenos de propriedade alheia (pública ou particular) no momento atual ou em período recente (obtenção do título de propriedade do terreno há dez anos ou menos); e b) possuem pelo menos uma das seguintes características: urbanização fora dos padrões vigentes – refletidos por vias de circulação estreitas e de alinhamento irregular, lotes de tamanhos e formas desiguais e construções não regularizadas por órgãos públicos – e precariedade de serviços públicos essenciais. Os Aglomerados Subnormais podem se enquadrar, observados os critérios de padrões de urbanização e/ou de precariedade de serviços públicos essenciais, nas seguintes categorias: a) invasão; b) loteamento irregular ou clandestino; e c) áreas invadidas e loteamentos irregulares e clandestinos regularizados em período recente” (IBGE, 2010).

¹⁸ A partir da narração de Euclides da Cunha sobre Canudos, em “Os sertões”, criou-se o paralelo com as primeiras favelas cariocas. O clássico descrevia a dureza do povo pobre no sertão da Bahia, resistindo à violência das Tropas da Primeira República e à pobreza. Valladares (2005) explica que já existiam núcleos de moradias condizentes com o que atualmente conhecemos como favela. Entretanto, foram os soldados combatentes de Canudos, que se instalaram no que é hoje o Morro da Providência, batizando-o de Morro da Favella, em referência à planta Favella, encontrada em abundância na região homônima em Canudos - Bahia, onde os soldados estiveram entrincheirados. A partir de então, favela passou a ser o termo utilizado para designar o local de moradia dos mais pobres (oriundos majoritariamente dos cortiços, vagabundos, preguiçosos e marginais); ocupação irregular e ilegal; que não respeitam às normas (Valladares, 2005, p 29).

tentando nos distanciar dos aspectos pejorativos¹⁹ atrelados a esses espaços, adotamos a definição de favela apresentada por Nóbrega Junior et al (2012), que abrange 4 dimensões: sociopolítica, socioeconômica, sociourbanística e sociocultural.

Apesar de suas especificidades históricas e de suas características próprias, as comunidades que compõem a Maré tinham e ainda têm muitos traços em comum, tais como: as histórias de luta pela permanência em seu lugar de origem, as reivindicações por melhorias e a superação das inúmeras adversidades como a pobreza e o preconceito (REDES DA MARÉ, 2014, p.09).

Deste modo, ao falarmos sobre favela, estamos nos referindo a uma realidade social muito mais complexa do que pode ser expressa na designação, “aglomerados subnormais”, adotada pelo IBGE, que reitera a visão negativa das favelas, histórica e socialmente atrelada à ausência e ao perigo.

O conjunto de favelas da Maré, composto por uma gama diversa e complexa de casas, prédios, conjuntos habitacionais e comércios, se estende por aproximadamente 800 mil metros quadrados, situados ao longo da Avenida Brasil, entre as principais vias expressas do município do Rio de Janeiro (Avenida Brasil, Linha Vermelha e Linha Amarela). Segundo Silva (2017), a Maré foi delimitada enquanto bairro por meio da Lei Municipal nº2119, de janeiro de 1994.

Embora já existissem núcleos de pescadores desde o final do século XIX, a ocupação efetiva da Maré, data-se o ano de 1940, quando os primeiros moradores se estabeleceram no que é hoje o Morro do Timbau, único local seco da Maré, já que toda a área, margem da Baía de Guanabara, era um imenso manguezal cobertos em meados do século XX por construções de palafitas, que não existem mais nos dias atuais (ZAPPA, 2016).

De acordo com o *Guia de Ruas da Maré* (2014) a população do bairro Maré se distribui em mais de 40 mil domicílios, em 16 favelas: Marcílio Dias, Praia de Ramos, Roquete Pinto, Parque União, Rubens Vaz, Nova Holanda,

¹⁹ Nóbrega Junior et al (2012) explicam que, desde o surgimento da primeira favela, em 1897, generalizou-se por meio da imprensa, a associação do termo a noção de perigo, de desordem. Silva (2015) complementa que, a construção histórica da identificação das favelas como perigosas e ingovernáveis, cria o entendimento de um lugar impossível de se estabelecer o mesmo padrão de regulação social presente em outras partes da cidade. O estereótipo designado às favelas e seus moradores dá ênfase à individualização e da precarização da existência.

Parque Maré, Nova Maré, Baixa do Sapateiro, Morro do Timbau, Bento Ribeiro Dantas, Conjunto Pinheiro, Vila do Pinheiro, Novo Pinheiro, Vila do João e Conjunto Esperança. Porém, de acordo com o mapa abaixo, podemos perceber que o contorno do bairro pode ser alterado conforme a dinâmica do território, quando novas favelas surgem e/ou são fundidas com outras.

Figura 4: Mapa da Maré.



Fonte: Redes da Maré / Observatório de Favelas / Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre Favelas e Espaços Populares.

No censo demográfico do IBGE (2010), o bairro Maré é o nono mais populoso do município, contabilizando aproximadamente 129.770 habitantes, em 41.759 domicílios. Já o Censo Maré 2013 (REDES MARÉ, 2014), publicado pelas organizações do terceiro setor Redes de Desenvolvimento da Maré e Observatório de Favelas, que atuam na localidade há pelo menos uma década, apresenta um quantitativo maior de moradores, chegando a 132.732.

Provavelmente essa diferença nos valores apresentados esteja relacionada às limitações do censo do IBGE em termos de capilaridade nas favelas, neste quesito, as organizações de base comunitária podem ter maior trânsito local e, portanto, tendem a apresentar valores mais próximos da realidade.

Segundo Zappa (2016), o IDH da Maré, no ano 2000, era de 0,722, o 123º colocado da cidade do Rio de Janeiro, melhor apenas do que o de Acari, do Parque Colúmbia, de Costa Barros e do Complexo do Alemão. Por tratar-se de uma área com indicadores socioeconômicos baixos, ela apresenta uma série de dificuldades nas condições de vida da população.

No que tange à garantia de serviços de saúde, como direito universal, no site da Prefeitura do Rio identificamos que, no início de 2019, existiam seis unidades de Atenção Básica à Saúde, que formalmente cobre 98% da população residente na Maré, sendo essas: Centro Municipal de Saúde (CMS) Vila do João, CMS Américo Veloso, CMS Augusto Boal, Clínica da Família (CF) Adib Jatene, CF Jeremias Moraes e Silva e, CF Diniz Batista dos Santos.

Já no que diz respeito à segurança pública, a Maré está totalmente desguarnecida. Como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, a cultura da violência, arraigada em nossos costumes, é uma tradição que nos acompanha há séculos. E, continua a ser aceita e alimentada por parte da sociedade nos dias atuais. Ainda que saibamos, com base em Minayo (2009), que é uma falsa ideia achar que as pessoas com menores rendas são mais violentas que as outras. A violência pode até ser exacerbada entre os mais pobres, mas também acomete outras classes sociais. A questão da violência não está na pobreza em si, ela é produzida e reproduzida socialmente, pela desigualdade estrutural, da criminalização dos pobres, dos negros, das drogas, das favelas, e tudo mais que estiver relacionado às classes menos favorecidas. Ou seja, pobreza não é sinônimo de violência, se sabe que investimentos em sistemas de garantias e ampliação de direitos políticos, econômicos e sociais, são fundamentais para a melhoria das condições de vida, podendo contribuir inclusive para superação das formas de violência (MINAYO, 2009).

Segundo Misse (2011), há cerca de 700 favelas na cidade do Rio de Janeiro, reunindo mais de um milhão de habitantes. Cálculos da polícia e de pesquisadores concordam que há tráfico de drogas em quase todas as maiores favelas, o que representaria cerca de 10 a 15% da população da cidade em áreas com a presença do tráfico. Ou seja, há na cidade do Rio de Janeiro um número expressivo de pessoas que vivenciam a violência perpetrada pelos Grupos Criminosos Armados (GCA)²⁰, e a este grupo é imposto um cotidiano de sofrimento e constante violação dos direitos humanos.

Silva (2015) contextualiza que no início dos anos 1980 já havia presença de grupos civis armados na Maré, que já disputavam por território. Porém, o tráfico de drogas ainda era pouco expressivo e os armamentos utilizados à época não podem ser comparados, em termos de potência, com os utilizados pelos grupos criminosos que dominam as favelas atualmente. Neste mesmo período, ainda que esses grupos já exercessem algum poder no território, sobretudo na questão de transitar em área de grupos rivais, não se pode desconsiderar a presença dos movimentos sociais que surgiram com muita força, buscando maior qualidade de vida para a população da Maré. Inclusive, foi nesse período que o serviço de saúde ganhou contornos mais abrangentes e interdisciplinares.

A autora, após descrever um fato ocorrido no início da década de 1990, quando um adolescente foi torturado e assassinado, em praça pública, como pena por ter roubado e assassinado uma senhora na favela, explica que muitos moradores concordaram com a atitude e o motivo para isso é o mesmo que legitima os grupos criminosos armados: "*a questão da regulação das relações sociais no espaço local*" (SILVA, p. 66, 2015). Para Silva (2015) o fato de os moradores saberem que grande parte dos crimes na favela não é investigada pela

²⁰ "No caso do Rio de Janeiro, os Grupos Criminosos Armados são núcleos ou redes criminosas que atuam em atividades econômicas ilícitas, extorsivas e / ou irregulares, a partir de uma base territorial específica. (...) São quatro os grupos com essas características a atuarem na região metropolitana do Rio de Janeiro, dentre outros grandes centros: o constituído pelos banqueiros do Jogo do Bicho, que também controlam jogos ilegais como videopôquer e cassinos ilegais, os grupos de extermínio, que, em geral oferecem vigilância privada, os grupos do tráfico de drogas e as milícias. Todos os grupos citados têm como base de atuação o controle de territórios específicos, a partir de negociação ou disputas com outros grupos. Os dois últimos grupos têm como característica, em geral, a presença bélica cotidiana nas comunidades que controlam" (SILVA, 2015, p. 140).

polícia, gera essa "complacência" com a regulação territorial por parte dos grupos de criminosos, que “evitam que a vida no local se torne ingovernável”.

Silva (2015) afirma que nenhum território pode funcionar sem uma regulação das relações sociais. No caso das favelas, a autora aponta para a ausência da soberania do Estado, advinda da incapacidade de atender aos interesses da população independente de suas condições sociais e econômicas. Desta forma, a regulação do conjunto de relações sociais nas favelas, passa a ser exercida pelos GCAs, que, no caso da Maré, são narcotraficantes e ou milicianos.

Ele [o Estado] não regula as relações de propriedade, as normas para edificações e o zoneamento urbano, não afasta da vida social e/ou responsabiliza civil e criminalmente os que não respeitam as suas leis, não garante a segurança dos cidadãos, não controla de forma autônoma a oferta dos serviços públicos e o funcionamento dos equipamentos urbanos, tampouco garante o direito de circulação no espaço local e entre os diversos espaços da cidade. A inapetência estatal em exercer a soberania nos territórios populares e em regular as relações neles estabelecidas, do mesmo modo que nas áreas mais valorizadas da cidade, fez com que essa forma de exercício do poder fosse privatizada, se tornasse um valor de mercado. Nesse espaço em disputa passam a atuar os grupos criminosos armados (SILVA, 2015, p. 139).

Com a dominação do território por grupos de narcotraficantes as ações do Estado para garantir o direito à segurança têm sido questionadas. Silva (2015) explica que, a partir da década de 1990, as relações de poder dos GCAs vêm se transformando e complexificando devido ao acirramento dos conflitos e das disputas por território. Para a autora, o aumento do poder bélico dos GCAs alterou o sentimento de segurança desses diante da polícia, reduzindo a necessidade de legitimação social. A responsabilidade social dos GCAs para com as comunidades diminui ao passo que aumenta o compromisso com as facções locais. O papel de regulador das relações sociais se mantém pela gramática da coação, do medo, do controle, mas diminui a atenção com necessidades locais.

No dia 19 de novembro de 2018, foi publicada no Jornal do Brasil uma matéria intitulada “Maré de Dentro” (DAFLON, 2018), na qual duas pesquisadoras falam sobre a violência do ponto de vista de quem convive na favela da Maré. Uma das pesquisadoras afirma que além do domínio dos GCAs e/ou dos milicianos, que regulam as relações e o cotidiano da Maré, os moradores ainda vivenciam o desinteresse das forças de segurança. Para as pesquisadoras, a

lógica militarizada com a qual as polícias exercem seus trabalhos, por meio de operações pontuais e extremamente violentas, diferente do que o senso comum acredita, não aumenta a sensação de segurança da população local, ao contrário, tendem a aumentar os danos materiais, físicos, psicológicos e sociais.

Inclusive, no dia 06 de novembro de 2018, data agendada para o início da pesquisa em tela, houve uma grande operação policial na localidade da Nova Holanda, justamente onde fica a CFJMS. Enquanto me preparava para ir à Maré, pude ouvir nos noticiários do dia o anúncio da operação realizada pelo Batalhão de Operações Especiais da Polícia Militar do Estado do Rio de Janeiro, que teve início por volta de uma hora da madrugada e resultou em cinco pessoas mortas e oito feridas. Neste dia, unidades de saúde e escolas não funcionaram e, mais uma vez, a população ficou submetida à violência e outras violações de direitos.

O site da instituição Redes de Desenvolvimento da Maré²¹ aponta para a necessidade de superar o paradigma vigente na política de segurança pública do estado do Rio de Janeiro, caracterizado pelo enfrentamento da criminalidade em áreas periféricas mediante ao uso de força letal, sob a justificativa de combate e repressão aos grupos criminosos armados que comercializam drogas – a chamada “guerra às drogas”. Segundo a instituição, esse modelo repressivo e belicista tem sido um obstáculo para efetivação do direito à segurança pública e dos demais direitos fundamentais, tais como: o direito à educação, saúde, trabalho, moradia, proteção à maternidade e infância, dentre outros, gerando ainda mais violência para o cotidiano da localidade e interferem diretamente nos determinantes sociais que condicionam o processo saúde-doença.

Segundo dados apresentados no Boletim de Segurança Pública 2017 (REDES MARÉ, 2017), publicado pela instituição supracitada, em 2017, houve em média uma operação policial a cada nove dias no complexo da Maré. Em decorrência dos confrontos armados no território, seja entre facções rivais ou entre facções e policiais, tiveram 42 mortes violentas e 57 pessoas ficaram feridas (41 em decorrência de operações policiais e 16 em confrontos entre grupos armados). Além disso, as escolas da localidade estiveram fechadas, por questões de

²¹ Disponível em: <https://redesdamare.org.br/>. Acesso em: 15. Jan. 2019.

segurança, em 35 dias, ao longo de 2017, o que corresponde a 17% dos dias letivos. As unidades de saúde que atendem a população adstrita estiveram com suas atividades suspensas por 45 dias no ano.

De acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde, fornecidos à Redes de Desenvolvimento da Maré, a cada dia que essas unidades de saúde foram fechadas, em decorrência da violência urbana, aproximadamente 460 usuários ficam sem atendimentos nos serviços de saúde. Ou seja, os dados sobre a violência na Maré confirmam o fato de que o Estado considera, com a complacência de parte da sociedade, as favelas como espaços que não pertencem à cidade, onde as garantias legais e o reconhecimento de direitos básicos ficam suspensos, incluindo-se, nesse caso, o direito à segurança e à vida.

Esse fato reforça a ideia de “Cidade Partida”²², que já deveria ter sido superada: representação social de favela construída como local de carência, onde falta lei e ordem, um local de violência, de não cidade. Nessa lógica fundada e reproduzida a partir da concepção de cidade dividida, ou da não cidade, o morador seria o “pobre coitado” ou o “perigoso”, sujeito à parte, que convive(m) com leis e regras próprias. Assim, a representação social das favelas no imaginário popular historicamente atrelou-se ao estereótipo de outra cidade, de uma “terra sem lei”.

É a partir daí que a dualidade cidade/favela teve sua gênese. Iniciou-se nesse período a ideia de que a favela é um território onde prevalece a máxima precariedade, tanto física quanto social do homem, o que a põe em franca oposição ao restante da cidade, tanto em relação à sua ordem quanto à sua população (NÓBREGA JUNIOR et al. 2012, p. 60).

Entretanto, sabe-se que as favelas são consequência da desigualdade, produzida e reproduzida pelo modelo de desenvolvimento econômico que vivemos, no qual a menor parte da população tem muitos benefícios e privilégios, deixando grande parte da população marginalizada, apartada. A favela é um produto desse sistema econômico, é necessária para que ele se (re)produza. Logo,

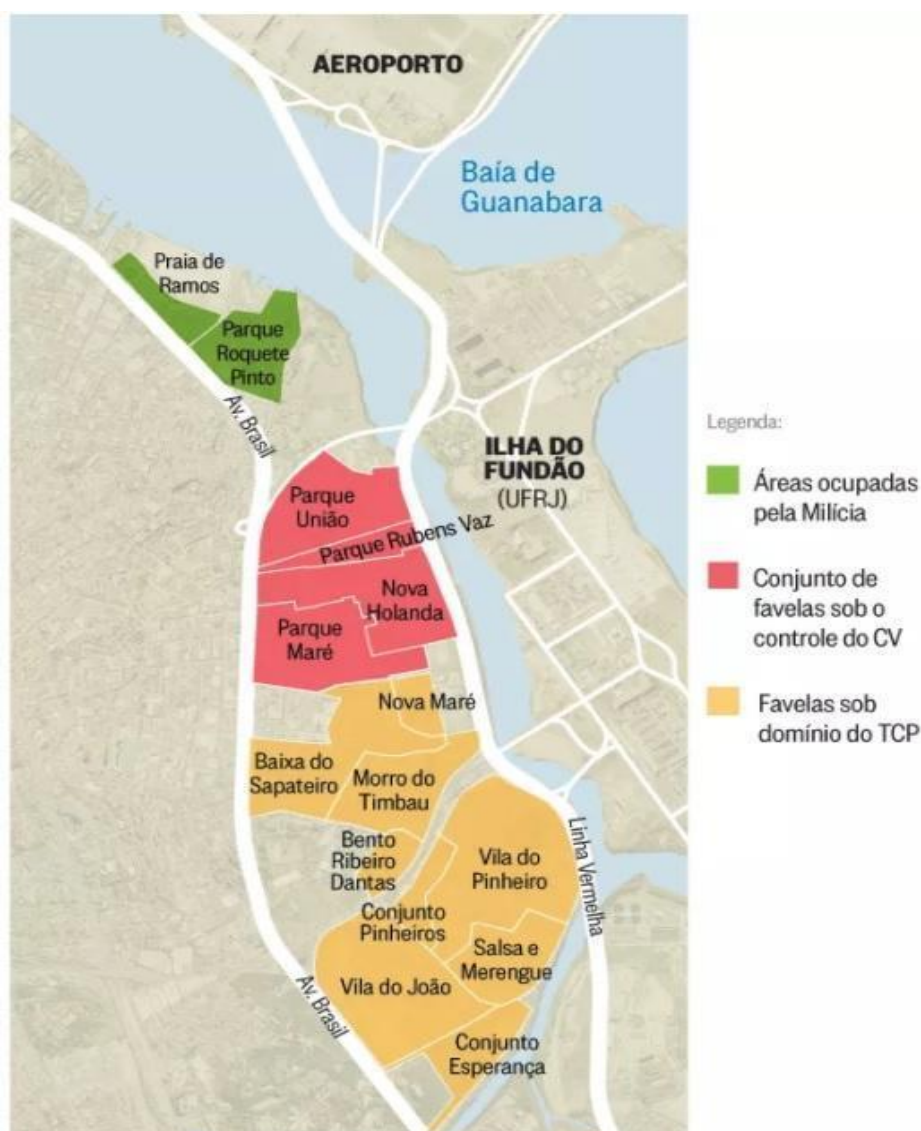
²² O livro “Cidade Partida”, de Zuenir Ventura, publicado em 1994, remonta o Rio de Janeiro dos anos 1990, marcado por episódios muito violentos que motivaram séries de movimentos e articulações da sociedade civil. Essa remontagem é feita sob a ótica da existência de uma cidade dividida. “Duas cidades” ou “cidade dual”, cidade dividida entre a ordem e a desordem. Para o autor, essa dualidade já existia nos anos 50, entretanto a convivência era mais amena, havia mais obediência civil. Essa ótica é criticada tanto por Valladares (2005), quanto por Silva (2015) e NÓBREGA JUNIOR et al. (2012).

a regulação ética, moral, social, econômica vem do mercado. A redução da vida cotidiana ao particular e ao imediato implica no que Silva e Barbosa (2005) chamam de "existência provisória". A perda do sentido da vida coletiva, construída e reproduzida no bojo do sistema econômico vigente, aumenta a intolerância, a sensação de insegurança e alimentam as múltiplas formas de violência na cidade (SILVA; BARBOSA, 2005). Essa é a definição que norteia o senso comum, e é conveniente para o Estado enquanto gestor de políticas públicas e para as ações do mercado.

(...) foi criada uma identidade para as favelas. Essa identidade definiu e continua a definir esses espaços da cidade de uma maneira estigmatizadora e negativa. Isso pode ser observado com clareza quando se constata que o termo favelados é quase sempre pronunciado de maneira pejorativa e preconceituosa. Hoje a favela é identificada como o avesso da cidade, o que fica claro na formulação da expressão "cidade partida", cunhada por Zuenir Ventura (1994) (NÓBREGA JUNIOR ET AL., 2012, P. 24).

Essa noção de que às favelas são espaços ingovernáveis também é o que em alguma medida legitima a regulação das relações sociais por parte dos GCAs, pois, como vimos em Silva (2015), não há território sem regulação. Popularmente veicula-se a informação de que o complexo da Maré é controlado por dois grupos de narcotraficantes majoritariamente. Em uma reportagem do Jornal Estadão de 2014 (TOMAZZELLI, 2014), o então secretário de segurança afirmou que o complexo da Maré, era considerado "peculiar" pelas autoridades por estar sob a influência de duas facções criminosas, o Comando Vermelho (CV) e o Terceiro Comando Puro (TCP), além da milícia. Outra reportagem publicada em 2017, com o título "Violência: O Complexo da Maré em 5 gráficos" (COUTO, 2017), detalha ainda melhor a dominação territorial do Complexo da Maré, como podemos ver no mapa a seguir. Entretanto, cabe ressaltar que esses espaços vivem em constante disputa pelo domínio local, logo, a divisão representada a seguir pode não corresponder à realidade do território atualmente.

Figura 5: Distribuição territorial da Maré



Fonte: Mapa Maré | Arte / Couto (2017).

De acordo com Zappa (2016), a convivência no Complexo da Maré nunca foi tão pacífica, durante um bom tempo, e até hoje, as pessoas não transitavam livremente entre as ruas perpendiculares do complexo de favelas da Maré, apenas em direção à entrada e saída pela Avenida Brasil.

Tinham medo por causa das diferentes facções do tráfico de drogas que dividiam [e ainda dividem] o território, cada uma ocupando seus domínios. No começo eram duas: Comando Vermelho e o Terceiro Comando. (...) Muita gente que morava de um lado ocupado por uma facção não podia visitar seus parentes do outro lado e vice e versa (ZAPPA, 2016, p. 58).

Zappa (2016) e Silva (2017) apontam que já existiram momentos em que o território do complexo da Maré fora dividido entre as duas facções já mencionadas, acrescidas da facção Amigo dos Amigos (ADA), milícia e o batalhão da Polícia Militar, que se instalou em parte do terreno. Neste período, as trocas de tiros eram intensas e existia muita disputa territorial, até que a última facção citada, não conseguiu se estabelecer na localidade.

Em função disso, Silva (2017) apresenta a seguinte divisão territorial mediante a dominação das organizações criminosas: Parque Maré, Parque Rubens Vaz, Parque União e Nova Holanda (53.752 moradores, em aproximadamente 19.148 domicílios) – domínio CV; Vila dos Pinheiros, Vila do João, Baixa do Sapateiro, Morro do Timbau, Salsa e Merengue, Conjunto Esperança, Conjunto Pinheiros, Conjunto Bento Ribeiro Dantas e Nova Maré (67.627 moradores, em aproximadamente 22.432 domicílios) – domínio TCP e Parque Roquete Pinto e Praia de Remos (11.353 moradores, em aproximadamente 3.930 domicílios) – Milícia.

Mesmo diante desse cenário, Valladares (2005) afirma que a favela não pode ser reduzida apenas ao local de moradia da população pobre do Rio de Janeiro, há uma economia que gira em torno da favela, que vai muito além da economia das drogas (normalmente voltada para o público externo), associadas a práticas violentas. Muitas outras atividades econômicas se desenvolvem nos territórios como, por exemplo, transações imobiliárias, prestação de serviços e comércios diversificados, voltados para a população moradora.

Para além do que se tem imposto no imaginário coletivo carioca sobre os moradores de favela, por meio de referências negativas, pejorativas e preconceituosas, há que se destacar também a existência e potência dos movimentos sociais, sobretudo com a participação ativa das mulheres, na garantia de direitos, resolução de problemas, superação das adversidades existentes no cotidiano da Maré.

Outro fator tradicionalmente ignorado nas favelas, em especial na Maré, é a força da sociedade civil e das igrejas: várias organizações sociais se distribuem pelas comunidades, desenvolvendo programas assistenciais, educacionais, culturais e de pesquisa, além de ações voltadas para geração de trabalho e renda. Isso porque as favelas atraem muitos projetos sociais, além de, em função de suas

demandas históricas, terem uma experiência de organização comunitária mais abrangente e articulada (SILVA, 2015. p. 85).

Ainda que se saiba que a economia da favela é composta por diversas frentes, como a questão habitacional, os empreendimentos comerciais, que inclui o mercado informal de ilícitos, ou seja, por diversos elementos, não menos importantes (como cultura, militância, culinária, arte, lazer, etc.), para além da violência, não podemos desconsiderar regulação social exercida pelos GCA no território onde se encontram as unidades de saúde envolvidas na pesquisa. Ou seja, as unidades de Atenção Básica à Saúde que estamos analisando, se localizam em áreas conflagradas pela violência cotidiana promovida pela organização de narcotraficantes rivais que disputam por territórios e em contrapartida são reprimidos pela ofensiva policial.

É nesse contexto adverso que os profissionais da saúde são chamados a intervir diante dos casos de violência doméstica. Segundo Lima et al. (2009) alguns profissionais de saúde tendem a reconhecer a existência de diversas formas de violência, correlacionadas a um contexto difícil e a fatores de ordem social e cultural. Porém, ressalta que se deve ter cuidado com o entendimento da violência como reflexo direto de condições sociais, pois desta forma é avigorada a associação frequente entre violência e pobreza, que pode reforçar estereótipos pejorativos, comprometer os atendimentos em saúde e acirrar a discriminação contra os mais pobres.

4.3. Caracterização dos profissionais entrevistados e equipamentos de saúde

Como já foi apresentado acima, foram entrevistados 9 profissionais de saúde, dentre esses 6 eram mulheres. Quatro profissionais entrevistados possuem formação de nível superior, com graduação nas áreas de Enfermagem (2), Medicina (1) e Serviço Social (1). Os demais profissionais entrevistados tinham nível médio ou técnico, sendo esses Agentes Comunitários de Saúde (4) e Técnico de Enfermagem (1).

Por intermédio do Centro de Estudos da CAP 3.1, obteve-se o contato das gerentes das unidades de saúde envolvidas na pesquisa. O critério de escolha dos

sujeitos participantes da pesquisa se baseou na solicitação de categorias profissionais diversificadas. Na primeira visita às unidades, apresentou-se o projeto de pesquisa e, a partir de então, as gerentes mediarão o acesso a sujeitos voluntários para as entrevistas. Foi possível observar que não houve critério predefinido para as indicações feitas pelas gerentes, algumas vezes considerou-se a maior experiência no serviço de saúde, outras a disponibilidade na agenda do profissional. Ou seja, pode-se dizer que os profissionais de saúde, sujeitos dessa pesquisa, foram escolhidos com aleatoriedade, considerando como critério a diversidade de categorias profissionais.

Para garantir o anonimato dos entrevistados, foram elaborados códigos para especificar os profissionais participantes da pesquisa. Por considerarmos a localidade das unidades fator relevante para a análise, estas serão identificadas, sendo a Clínica da Família Jeremias Moraes e Silva classificada como JMS, e a Clínica da Família Diniz Batista dos Santos como DBS. Já os profissionais moradores da Maré serão identificados pela letra M e os não moradores pelas letras NM. Por fim, os profissionais também serão identificados com a letra S para classificar aqueles com nível superior e a letra T para os profissionais com nível técnico/médio de ensino. A numeração (1, 2 e 3) será sequencial. Desta forma, os códigos terão a seguinte legenda:

- DBS.M.T (1, 2 e 3) = profissionais da Clínica da Família Diniz Batista dos Santos, moradores da Maré, com nível técnico/médio;
- DBS.NM.S = profissional da Clínica da Família Diniz Batista dos Santos, não-morador da Maré, com nível superior;
- JMS.M.S = profissional da Clínica da Família Jeremias Moraes e Silva morador da Maré, com nível superior;
- JMS.M.T (1 e 2) = profissionais da Clínica da Família Jeremias Moraes e Silva morador da Maré, com nível técnico/médio;
- JMS.NM.S (1 e 2) = profissionais da Clínica da Família Jeremias Moraes e Silva não morador da Maré, com nível superior.

Todos os entrevistados são ligados à SMS-RJ, entretanto, contratados como celetistas por uma OS que administra as unidades de saúde, onde estes são alocados (CFDBS e ou CFJMS), por meio de contrato de gestão assinado entre a

OS e a gestão municipal. Todos os entrevistados possuem vínculo formal de trabalho, com carga horária de 40 horas semanais (que podem ser empenhadas em uma ou mais unidades de saúde). Cada clínica possui diversas equipes de Saúde da Família, designadas a atender a população adstrita, conforme os parâmetros apresentados no segundo capítulo deste trabalho.

A Clínica da Família Diniz Batista de Souza (CFDBS), nome que homenageia um antigo morador da Maré, foi inaugurada em 07 de fevereiro de 2018 e conta com seis consultórios, sala de procedimentos/coleta, sala de curativos, sala da saúde bucal, centro de culturas e ideias, administração, sala de ultrassonografia, sala de raio-X e sala de observação clínica. Tem seis médicos, seis enfermeiros, seis técnicos de enfermagem, 30 agentes comunitários de saúde, que compõem as seis equipes de saúde da família, além de dois cirurgiões dentistas, dois auxiliares de saúde bucal, um farmacêutico, dois auxiliares de farmácia e a equipe administrativa. A unidade fica responsável pelo cuidado em saúde de aproximadamente 22 mil pessoas de quatro localidades do conjunto de favelas da Maré: Parque União, Sem Terra, Rubens Vaz e Vila Residencial (PREFEITURA RJ, 2018-a).

Cabe lembrar que, até o final de 2017, as unidades CFDBS e CFJMS eram separadas em quatro Centros Municipais de Saúde: CMS Samora Machel, CMS HelioSmitd, CMS Nova Holanda e CMS Parque União. Tais unidades foram as mais impactadas pela violência urbana em 2017, segundo dados apresentados no Boletim de Segurança Pública 2017 da Redes da Maré, já citado anteriormente.

Então, a CFDBS surgiu da fusão entre duas outras unidades de saúde que ficavam localizadas no interior das favelas do Parque União e Nova Holanda e apresentavam infraestrutura antiga e prejudicada, além do acesso dificultado. De acordo com entrevista (VIVA RIO, 2018) dada pela gerente da unidade à OS que administra o equipamento, a inauguração da nova Clínica da Família representou uma mudança positiva para o atendimento da população, pois além de apresentar arquitetura mais moderna e adequada, a localização ficou mais acessível (em frente ao ponto do BRT Maré) e menos arriscada.

É uma mudança enorme. Nós tínhamos dificuldades de acesso, às vezes, faltava água ou luz e, o pior, enfrentávamos muita violência porque estávamos bem ali no meio. Então, a cada incursão policial nós ficávamos sem poder atender. Agora, a expectativa é trabalhar de segunda a sexta, o expediente todo. E continuamos pertinho das pessoas. É só atravessar a rua. (VIVA RIO, 2018).

A melhor forma de acesso à CFDBS, via transporte público, é utilizando o BRT ou ônibus. Durante a imersão no campo, para realização desta pesquisa, estive (por) duas vezes na unidade, tendo ido de ônibus convencional, o qual me deixou do outro lado da avenida que margeia a unidade.

Já a Clínica da Família Jeremias Moraes da Silva, inaugurada em 02 de março de 2018, segundo reportagem do jornal on-line Globo.com, foi assim alcunhada em homenagem ao menino de 13 anos, morto por bala perdida enquanto jogava bola em uma quadra da favela, no dia 06 fevereiro de 2018, dia em que ocorreu uma operação policial com intensa troca de tiros (G1, 2018).

Como já foi dito, a unidade se conformou através da junção de dois outros equipamentos de saúde que funcionavam provisoriamente em prédios da região e apresentavam condições precárias. Segundo informações obtidas durante a realização desta pesquisa, o local onde está instalada a CFJMS, inicialmente seria destinado à uma Fundação de Apoio à Escola Técnica (FAETEC), e desde a inauguração da Clínica da Família seu funcionamento elétrico é mantido através de geradores. A infraestrutura da unidade é similar à da CFDBS, possui 10 consultórios, sala de procedimentos/coleta, sala de curativos, sala da saúde bucal, centro de culturas e ideias, administração, sala de ultrassonografia, sala de raio-X e sala de observação clínica. Entre os serviços oferecidos pela unidade estão consultas individuais e coletivas, visita domiciliar, pré-natal; realização do teste do pezinho; imunização; curativos; planejamento familiar e vigilância em saúde.

A CFJMS é formada por 8 equipes de Saúde da Família, compostas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e ACS. E, também, por profissionais de saúde bucal, farmacêuticos, auxiliares e administrativos. De acordo com site da prefeitura do município, a unidade atende aproximadamente 30 mil pessoas, moradoras da região, em especial das comunidades Parque Maré, Nova Holanda e Rubens Vaz (PREFEITURA RJ, 2018-b).

Esta unidade fica localizada no interior da Nova Holanda, em uma das extremidades da favela da Maré, fazendo fronteira com a Linha Vermelha. A melhor maneira de acessá-la, por transporte público, é utilizando ônibus convencional, do qual se deve saltar na altura da Passarela 09, na Avenida Brasil. Dali em diante, recomenda-se que o trajeto seja feito a pé.

Durante a realização desta pesquisa estive por três vezes na CFJMS (uma para conversar com as gerentes das duas unidades sobre a pesquisa e as outras para realizar entrevistas com os profissionais), todas as vezes utilizei a forma de acesso mencionada acima. No trajeto percorrido a pé, é possível identificar diversificada rede de comércio e também alguns pontos de vendas de drogas, supervisionados por atores armados, situados nas esquinas das principais ruas da localidade.

4.4.

Sentidos atribuídos à violência doméstica: práticas e desafios

Como foi dito anteriormente, para realização desta síntese interpretativa foi feita primeiramente a leitura atenta das entrevistas com os sujeitos da pesquisa, em seguida, foram organizados os núcleos de sentido e, por fim, identificadas as ideias associadas a cada um dos núcleos de sentido, de acordo com três eixos de análise: I) Percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica; II) Papel da saúde diante dos casos de violência doméstica; e III) Limites e desafios para intervenção. No quadro abaixo, é possível compreender a organização adotada para disposição das informações obtidas nesta pesquisa, apresentadas a seguir.

Quadro 6: Sistematização para análise de conteúdo da pesquisa em tela

Eixos de Análise	Núcleos de Sentido	Ideias Associadas
Percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica	Entendimento sobre violência	Uso da força física
		Agressões verbais
		Uso abusivo de drogas
		Violência doméstica
		Confrontos armados
		Violência simbólica ou cultural
	Incidência da violência doméstica	Violência contra mulher
		Violência contra crianças e adolescente
		Violência contra idosos
Papel da saúde diante dos casos de violência doméstica	Relação entre violência e saúde	Saúde como um espaço importante de acolhimento para casos de violência
		Saúde não deveria se envolver nos casos de violência
	Práticas desenvolvidas para o atendimento aos casos de violência doméstica	Acolhimento dos casos
		Encaminhamento para outro profissional da unidade
		Violência só é tratada quando revelada diretamente pelo paciente
	Elementos para o trabalho	Fluxos e protocolos
		Treinamentos em serviço
		Rede de proteção social
	Notificação	Reconhecimento da importância do instrumento
		É atribuição de outro profissional
		Falta entendimento sobre a notificação
		Subnotificação
Limites e desafios para intervenção	Entraves no processo de trabalho	Condições de trabalho e tecnocracia
		Promoção da saúde e prevenção da violência
		Naturalização da violência
	Particularidades do território	Violência criminal e as regras locais
		Medo e insegurança por parte dos profissionais
		Medo dos usuários de falar sobre as situações de violência

Fonte: Autoria própria.

Cabe enfatizar o que foi dito no início deste capítulo: toda pesquisa é desenvolvida a partir de um ponto de vista, em determinado contexto, logo, não se tem a pretensão de esgotar a discussão sobre o presente assunto dada sua complexidade, mas sim, apresentar a síntese interpretativa construída a partir das informações obtidas nessa produção acadêmica em diálogo com os referenciais teóricos adotados e com pesquisas relacionadas.

4.4.1.

Percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica

Foram identificados três núcleos de sentido relacionados ao eixo de análise “percepções dos profissionais de saúde sobre violência doméstica”, sendo esses: **entendimento sobre violência; incidência da violência doméstica e relação entre violência e saúde.**

No que tange à categoria **entendimento sobre violência**, identificou-se seis ideias associadas, expressas pelos profissionais de saúde: (a) uso da força física; (b) agressões verbais; (c) uso abusivo de drogas; (d) violência doméstica; (e) confrontos armados; (f) violência simbólica ou cultural.

Como vimos no primeiro capítulo deste trabalho, Pinheiro et al. (2003), Minayo (2005; 2009) e Toledo (2013) explicam que a natureza dos atos violentos pode ser física, sexual, psicológica ou relacionada à privação/negligência. Assim, a fim de identificar o entendimento dos profissionais de saúde sobre violência, foram realizadas perguntas a respeito da percepção sobre violência, cotidiano de trabalho, entre outras.

Como apontam Lima et al. (2009), os profissionais de saúde normalmente correlacionam a violência a contextos difíceis, compreendendo diversas formas de manifestação. Destacam, sobretudo, a associação entre violência e *uso da força física*, e apontam o abuso físico como o tipo mais recorrente nas unidades saúde. Percepção, que, diga-se, também apareceu na presente investigação, como nos relatos a seguir:

“A agressão física é mais comum de chegar aqui” (JMS.M.S).

“A violência existe de vários fatores né? Tem... a violência do bater... Como é que se fala? Agressão física, né?” (JMS.M.T.1).

Também foi possível identificar na fala dos profissionais o entendimento da violência psicológica, expressa por *agressões verbais*. Demonstrando a compreensão que, muitas vezes, os danos psicológicos podem ser tão profundos quanto os provocados pela violência física, pois interferem na autoestima das pessoas submetidas a este tipo de agressão. Importante destacar que, diferente de Saliba et al. (2007), que apontam para a tendência à subestimação do fenômeno da

violência por profissionais de saúde, que detêm suas atenções às lesões físicas, nesta pesquisa foi possível perceber que os profissionais têm o entendimento dos enlaces da violência, normalmente expressa de várias maneiras e de modo concomitante.

“Eu entendo como uma forma de agressão, seja ela física ou verbal. E aí, a verbal a gente entende essa questão da psicológica, né? Que a gente vivencia muito aqui no território também” (JMS.M.S).

“Na verdade, eu tenho como violência qualquer tipo de ação ou fala que cause trauma ao outro. Qualquer tipo de... de movimento ou de, igual eu te falei, fala ou ação ou agressão verbal, agressão não verbal, agressão psicológica, agressão física, essas coisas é que causa trauma ao outro que acaba e que mesmo que a pessoa continue vivendo, mesmo tendo pessoas que, que vivem diariamente, mas que não conseguem sair desse meio ou por algum ou por alguma frustração que teve, acha que aquilo ali é a vida dela mesmo é... Mas qualquer coisa que você acaba prejudicando mentalmente o outro, porque até a agressão, a agressão física ela não é só física, ela causa algum dano psicológico ao outro” (JMS.M.T.2).

“Eu acho que violência é qualquer, qualquer ação que... Que é ultrapassa a prática da sociabilidade, né? Do diálogo e, enfim, e constrange ao outro de alguma forma, entendeu? É claro que esse constrangimento ele pode ser muito mais, ele pode ser agressivo, né? Ele pode ser contundentemente agressivo e tal. E aí, há várias nuances nesse sentido” (JMS.NM.S.1).

“E aí, vai e faz e comete essas violências como essa que, pra mim, é uma violência é... Que não foi física, mas que foi uma violência, talvez, maior do que um soco no olho, entendeu? Porque foi uma violência pro resto da vida dessa mulher, entendeu?” (JMS.NM.S.1).

Entretanto, um de nossos interlocutores também sinaliza para o fato de o abuso psicológico, muitas vezes, ocorrer de forma corriqueira, (e,) portanto, não ser valorizado e nem reconhecido como violência. O que aponta para a questão da naturalização e banalização da violência, como veremos mais adiante.

“Tem violência verbal, né? Não parece, mas não deixa de ser uma violência né?” (DBS.M.T.3).

“Na verdade, as palavras, as pessoas aqui quase não dá muito importância. Então, no caso, eu ia tá destacando a violência mais física mesmo. Porque, às vezes, até por falta de conhecimento, a pessoa nem sabe que está sendo agredida verbalmente, entendeu?” (JMS.M.T.1).

É relevante acrescentar que os profissionais também associaram a questão da violência ao **uso abusivo de drogas**, assim como em pesquisa realizada por Budó et al. (2009), na qual as autoras identificaram que os profissionais de saúde reconhecem que a problemática das drogas influencia em situações relacionadas à violência. Nesta pesquisa, os profissionais indicam para o fato de casos de

violência serem propulsados pelo estado alterado de consciência, decorrido do uso de substâncias entorpecentes, por uma das partes (ou ambas) envolvidas na situação de violência.

“Violência. É assim... Eu já presenciei um caso, que, para mim, foi violência porque foi de uma pessoa da minha área. Era o esposo dela. Usuário de drogas, os dois, e durante essa visita ele foi para agredir ela e eu não tinha visto que ele estava drogado. Aí, quando eu fui falar com uma paciente e fui entregar uma busca ativa, ele veio para agredir ela e ela veio para o meu lado. Nisso que ela veio para o meu lado ele pegou um pedaço de madeira e veio me ameaçando me bater também” (DBS.M.T.1).

Com apoio de Moreira et al. (2014), é possível compreender o entendimento dos profissionais de saúde que pensam como fatores de risco para situações de **violência doméstica**, tanto o uso abusivo de drogas (como vimos acima) quanto a organização individual e familiar, que podem ter repercussões na rotina e na saúde de todas as pessoas que compõem a família. Na presente investigação, alguns profissionais expressaram entendimentos sobre violência doméstica, que muitas vezes perpassam a rotina de trabalho da Atenção Básica à Saúde. Assim, a ideia associada à violência doméstica se apresenta também na percepção da negligência e privação enquanto natureza da violência, normalmente perpetrada contra crianças, como verão a seguir.

“É, triste, que você quer ajudar, você não aceita isso, você que trabalha na saúde e não aceita nenhum tipo de violência, seja doméstica, seja psicológica, a gente fica pra morrer, porque, como a gente trabalha com saúde, a gente quer que pessoas sejam saudáveis e vivam a vida com qualidade” (JMS.M.T.2).

“Tem vários tipos de violência né. Tem violência doméstica, tem violência familiar, que é da família. E tem violência doméstica que pode ser do marido com a esposa” (DBS.M.T.3).

“Então, violência doméstica, na minha cabeça, a gente já viveu algum, alguns tipos de violência, trabalhando bastante esse tipo de violência, porque o nosso território é um território muito conturbado e violência doméstica a gente tem que é no ambiente familiar, seja ela por parente, por companheiro, por filho contra a mãe, por mãe contra filho, é toda violência que ocorre no âmbito familiar” (JMS.M.T.2).

“Violência ela tem várias, várias vertentes, né? Não trazer a criança pra tomar a vacina é violência se... Tudo é uma violência, dependendo de... Daquilo for direito da pessoa e ela for roubada, né? Assim dizendo... Eu caracterizo como violência, tudo que é direito e a pessoa fica privada daquela, daquele acesso” (JMS.NM.S.2).

Também foi possível identificar nas falas dos profissionais entrevistados a associação da ideia de violência aos **confrontos armados** ocorridos no território,

sejam entre os grupos civis armados ou entre esses atores e as forças policiais. Ou seja, compreendem-na a partir do paradigma da violência criminal que, de acordo com Minayo (2005; 2009), como vimos no capítulo 1, revela-se nas ações fora da lei socialmente conhecidas, consequência da violência estrutural mantenedora da desigualdade social.

“Quando se faz pesquisa em comunidade a gente pega mais a violência... Principalmente a violência relacionada ao tráfico, né?” (JMS.NM.S.1).

“É, trabalhei alguns anos na educação, mas como queria saúde, consegui vir pra cá... É, é um campo bem... Digamos assim, minado, e que contempla muito a violência, muitos conflitos armados...” (JMS.M.S).

“Começou o tiroteio e parou, aí... Eu olhei, eu falei ‘perai, pra ver como é que tá, pra ver se as pessoas podiam sair com acesso... Se dava pra sair ou não, aí eu vi algumas cabeças se escondendo, assim, estranho, aí nisso eu falei pra médica: ‘volta, volta todo mundo’, ‘mas por que?’, ‘eu não sei, volta’, aí o carro da médica, a médica ia entrar boom (som produzido com a boca) explodiu, né? De tiro. Aí eu falei aquele dia, assim, o coração ficou partido, por quê? Nós íamos estar ali dentro daquele carro...” (JMS.NM.S.2).

Além disso, foi possível identificar pelas entrevistas que os profissionais têm o entendimento de violência associado à ideia de **violência simbólica ou cultural**, definida por Minayo (2009) e Toledo org. (2013). Tal noção aparece também vinculada à banalização e naturalização da violência, como será detalhado mais adiante.

“Na minha opinião a violência vem da falta de informação, da falta de cultura, falta... Vem de todo um planejamento familiar. Porque se você tem um filho, educa seu filho, tá... Com todos os ensinamentos, ensinando a não ser violento, entendeu, porque vem desde a infância, né? A gente ensinando a criança desde a infância para se tornar um adulto que não vá fazer violência com as outras pessoas” (DBS.M.T.3).

“Eu acho que é uma questão cultural. Eu acho... Porque, assim, elas têm ciência do ocorrido, mas elas preferem usar desse método [violento]. Ah, eles naturalizam muita coisa, mesmo sabendo que tá errado, entendeu? Que tem a lei pra isso, eles naturalizam...” (DBS.NM.S).

Com relação ao núcleo de sentido **incidência da violência doméstica** foram identificadas as seguintes ideias associadas: (a) violência contra mulher; (b) violência contra crianças e adolescente; e (c) violência contra idosos.

Como apresentamos no primeiro capítulo, a violência doméstica pode estar presente na dinâmica das relações familiares quando estas se dão de forma agressiva e quando a violência é utilizada como solução para questões familiares,

sejam objetivas ou subjetivas. De acordo com parte da literatura, a violência doméstica tem muitas manifestações, mas na sociedade brasileira, tem maior incidência sobre mulheres, crianças e idosos, que apresentam posição de maior dependência (nos seus mais diferentes níveis) diante do pai, companheiro, marido, filhos ou provedor.

Nesta pesquisa, nota-se que, em consonância com o apresentado por Brum et al. (2013), os profissionais, quando indagados sobre violência doméstica associam-na, quase que automaticamente, aos atos violentos cometidos contra mulheres. Os autores constataram que as mulheres se apresentam como as principais vítimas de violência doméstica, estimando que uma a cada cinco mulheres sofra algum tipo de violência durante a vida. Em seguida, é possível identificar, pelas falas dos profissionais, a incidência da violência contra crianças e adolescentes, e, por último, mencionam poucos casos de violência contra pessoas idosas.

Muitos profissionais de saúde associaram a violência doméstica à **violência contra mulher**, exemplificando o exposto no capítulo 1, sobre o quanto a violência de gênero é estabelecida por padrões que hierarquizam as relações sexuais, nos quais as mulheres sofrem violência pura e simplesmente por serem mulheres, o que conforma uma consequência da manutenção e perpetuação da desigualdade e hierarquização existentes, que servem para garantir a obediência, o poder, a subalternidade e a dominação de um sexo sobre o outro (GOMES, 2003; MEDEIROS, 2016).

“A gente querer, a gente vê às vezes, a pessoa passando, mas, assim, como também várias vezes aconteceu, a pessoa sofrer isso e quando você pergunta se porquê que ela aceita, ela vira na tua cara, como já aconteceu uma vez, na minha própria família, né? Não digo em outra, outra família, foi na minha própria família uma, uma tia minha, que ela tava brigando com o marido dela e tava... Tava, agressão física mesmo, tava feio, e eu fui ajudar e ela mesmo falou: ‘ah eu não quero que ninguém se mete, deixa eu resolver minha vida porque quando eu era criança, eu aprontava, meu pai me batia e ninguém falava nada, agora quem me sustenta é meu marido e meu marido sabe com quem está brigando, então, a vida é nossa’. E isso não acontece só com ela, aconteceu na minha casa, com um familiar meu, mas acontece com muita gente” (JMS.M.T.2).

“Tanto é que aqui teve um caso de uma senhora que ela tava com os três filhos pequenos, as vacinas todas atrasadas das crianças. Aí, eu peguei, conversei com ela, e quis saber por que tava atrasada. ‘Minha filha, o meu marido não me deixa sair de casa de jeito nenhum. Eu tô aqui escondida. Eu tô escondida. Eu vim

rapidinho. Então, por favor, aplica o mais rápido possível que eu tenho que voltar antes que ele dê conta que eu não estou em casa'. Eu achei aquilo assim, sabe, um absurdo. E acontece muito. Eu já vi casos de uma pessoa ser agredida por causa de um celular. Terminou a relação, a pessoa não quis entregar o celular que o companheiro tinha dado e ele foi e agrediu. Agrediu" (DBS.M.T.3).

"Assim... Eu acho que... Essa coisa da opressão masculina, em termos gerais, né? Essa coisa da opressão masculina... Sobre a mulher, aqui ela é muito física, né? É... Que eu acho que em outros estratos sociais a gente pode ter um constrangimento é... Econômico é, enfim, de outras ordens, né? Aqui tem um constrangimento físico, muitas vezes, entendeu? Não é velado, entendeu? Não precisa ser velado, porque é uma coisa que, que é aceita, então, eventualmente, a gente vê, suspeita etc." (JMS.NM.S.1).

Algumas falas dos profissionais de saúde sobre situações de violência contra mulher remetem tanto à noção de naturalização e banalização do fenômeno, quanto à sensação de impotência dos profissionais frente a esses casos, como nos casos a seguir:

"E muitas pessoas daqui: 'ah quem me sustenta é ele, quem me banca é ele, então, deixa eu resolver minha vida com ele, ninguém tem que se meter'. E você vê, todo dia briga, todo dia com a madeira, todo dia ele tá ali dentro de casa quebrando as coisas, mas a pessoa mesmo fala pra gente que é, que quem sustenta ela é o marido dela, então, o marido dela e ela que se resolvam" (JMS.M.T.2).

"Ah, sim. Tem. É muito comum dentro da comunidade porque... Violência doméstica, a mulher não tem, ele acha sempre que o parceiro vai mudar. Aí, fica dando uma nova chance, né, pra ver se ele vai mudar" (DBS.M.T.3).

"Foi com uma amiga minha. A irmã dela chegou com ela na minha porta, bateu e... Pediu ajuda porque o marido dela tinha metido... [a entrevistada não fala o que, mas parece tratar-se de agressão física]. E ela tava vindo do hospital. Foi muito grave, ela veio do hospital e pediu pra ficar lá em casa um período. Aí, ficou uns dias lá em casa. Mas, acabou voltando para o relacionamento" (DBS.M.T.1).

Por conseguinte, também foi possível identificar a associação feita pelos profissionais de saúde entre a violência contra mulher e uso abusivo de drogas.

"Às vezes são viciados, usam drogas e que chegam em casa agredindo a família, agredindo a esposa" (DBS.M.T.3).

"Esses dias mesmo, esses dias não, acho que..., teve uma paciente na minha área que veio num sábado até, a clínica tava aberta, e veio fazer queixa de que tava sendo espancada pelo marido. Aí, depois né, quando eu soube do caso eu fui: 'E aí, tudo bem, não sei o quê...' 'Ah, eu estive lá no sábado' 'Sim, sim'. Eu esperei ela falar, né? Aí, ela foi e falou assim: 'Não, é porque eu fui lá me queixar do meu esposo. Porque do nada ele sempre queria me bater'. E ela falou que é besteira. Fazia comida, ele não gostava da comida, trancava a porta e... Às vezes, ele tava um pouco mais, pra usar uma palavra, "alterado", falando que tinha bebido um pouco mais. Mas, às vezes não" (DBS.M.T.2).

Como vimos no primeiro capítulo, a *violência contra crianças e adolescentes* acompanha a história da humanidade, assim como outros tipos de violência conforme já pontuado, apesar das legislações vigentes preverem a proteção integral deste grupo etário. Autores como Morgado et al. (2009) e Avanci et al. (2017) afirmam que a violência praticada contra esse grupo etário, especialmente, é considerada grave violação dos direitos humanos e pode se expressar por meio de atos ou omissões que ocasionem danos físico, emocional, sexual e moral às vítimas. O abuso físico, sexual, psicológico, a negligência e o abandono são os tipos de violência mais praticados contra eles, e podem aparecer de forma concomitante.

Durante as entrevistas foi possível identificar que os profissionais de saúde também remetem à noção de violência doméstica a violência contra criança, sobretudo no que diz respeito às situações de negligência, seguidas dos casos de violência sexual.

“Muitas mães chegam aqui, que a gente tá correndo atrás por causa de vacina atrasada, que é uma violência contra a criança, porque a criança ela tem um direito em si de ser imunizada, e muitas das vezes o cartão de vacina da mãe tá todo atrasada, é uma mãe que não liga realmente, isso, pra mim, é uma violência contra a criança também, você tá negando a ela o direito dela de, de da saúde, porque saúde é um direito de todo mundo” (JMS.M.T.2).

“Pra algumas pessoas não vale nada. A criancinha que cresce negligenciada, a vida dela não vale nada, sabe? A mãe expõe ela a tudo, então, ela cresce achando que a vida de ninguém vale porra nenhuma, e aí, sabe?” (JMS.NM.S.1).

“Tem aquelas violências como eu te falei, né? Tipo, a mãe que tem um filho e cuida de qualquer jeito. Porque isso também não deixa de ser uma violência. Porque tipo assim tem algumas mães que não dão muita importância...” (JMS.M.T.1).

“Agora, aqui na Diniz, eu peguei alguns casos de... Estupro... É, na semana passada, foi uma criança de seis anos...” (DBS.NM.S).

“Que eu tenho visto pelo menos de uns dois meses pra cá, violência contra criança, violência sexual, eu tenho notificado muito na unidade” (DBS.NM.S).

Inclusive uma das entrevistadas teceu relato comovente sobre uma situação de violência sexual praticada pelo seu então companheiro contra sua filha, na fase de infância e pré-adolescência. Esse caso aponta para a associação entre a violência doméstica e a gramática do medo dominante na Maré, que será aprofundada mais adiante.

“Na minha vida eu tenho um monte. Na minha vida foi assim. Eu tenho duas filhas. Uma hoje está com 28 anos e a outra está com 27. Me separei do pai delas elas eram pequenas, arrumei um outro companheiro e que aquele companheiro ali pra mim eu confiava nele. Tanto é que, às vezes, eu tinha que trabalhar, e a gente viajava carnaval, deixava minhas filhas com ele, e voltava porque tinha que voltar, né. E... Ele abusou da minha filha mais velha. Descobri na escola. Porque eu comprava material tudo direitinho sabe e ela não queria estudar nem queria ficar em casa. E eu fui chamada pela direção da escola. Aí, fui chamada, fui lá, levei ela. E aí, a diretora pegou conversou comigo, e conversou com ela e falou: ‘O que está acontecendo? Você tem uniforme direitinho, sua mãe compra material direitinho, por que você não quer estudar?’ E ela de cabeça baixa. ‘Você tem pai, você tem padrasto?’ E ela começou a chorar. Ela chorou, mas chorou muito. Tinha 12 anos. Chegando em casa eu sentei com ela e conversei e ela me contou tudo nos mínimos detalhes. Contou, e eu fiquei sabe... Falei: “Não é possível”. E foi sexo anal. E ele abusou. E ela com medo de contar porque ele ameaçava me matar, matar a outra irmã dela e ela não contava o que ele fazia. Aí, fiquei mal. E o que aconteceu? Dois vigias de lá que trabalhavam no posto, eles era bandido, envolvido. E o que aconteceu foi que caiu no ouvido deles. Ficaram sabendo e mataram ele. A minha filha também foi chamada. Chamada pelos bandidos. E ele negando e ela falando que foi, falando que foi. E teve uma hora que ele confessou. Ai, mataram ele. Aí, minha filha ficou com todo esse trauma também. Ai, eu procurei ajuda psicológica. Ela ficou se tratando no Fundão com o pessoal lá, com psicólogo, com tudo. E foi isso que aconteceu na minha vida” (DBS.M.T.3).

Assim como no caso descrito acima, em falas de outros profissionais de saúde também foi possível identificar que quando associam a violência doméstica à violência contra pré-adolescentes e adolescentes, esta aparece relacionada a casos de violência sexual.

“Foi da criança de, da criança, né? Pré-adolescente de doze anos que esteve aqui com o pai... É... Já era aqui. Eu fui fazer uma, uma, uma consulta, uma palestra na escola, na Vila Residencial, aí, lá a diretora falou que tava achando a paciente estranha, a criança estranha, eu chamei a criança pra gente conversar, ficamos na sala, aí, ela disse que tinha sofrido abuso. É, tem treze anos. Já é uma pré-adolescente, né? Que é o que ela relatava; ela foi estuprada pela tia... Com dedo, ela colocava as coisas dentro da menina. Com objeto. Fazia sexo oral com a garota... Aí, ameaçava que ia, ela não tem mãe, que a mãe é falecida, que ela ia morrer igual a mãe dela... Botava as coisas na cabeça da menina e deixava com medo. Quando a menina foi ficando grandinha, ela parou, e a menina meio que bloqueou...” (DBS.NM.S).

“É só mulher mesmo, nessa faixa de mais adolescente. São essas é que vem mais, pelo menos que eu tenha percebido sim...” (JMS.M.T.1).

Ainda que com menor frequência, os profissionais entrevistados também articularam as situações de violência doméstica aos casos de **violência contra idosos**. Autores como Crispin (2009) afirmam que alguns aspectos como fragilidades física, intelectual e psicológica, o isolamento e as condições

econômicas, representam fatores, que associados entre si e a outros, podem submeter os idosos a situações de violências dentro e fora da família:

“Idoso é abandonado pela família... Muito idoso, tem muito idoso. Por exemplo, ah, o idoso tá acamado e precisa de alguém pra ser um cuidador porque tem que trocar fralda, enfim, levar comida, e aí, conta com apoio da rede de vizinhos, assim, a família sumiu, aí, você vai identificar, ah tem um filho que mora ali naquela rua do lado, mas nunca vem, ou então vem pra pegar o salário, a aposentadoria” (JMS.M.S).

“História de maus tratos de idosos, a gente conseguiu conversar com a família e, por mais que a família não cuidasse, conseguiu pagar alguém pra cuidar e deu uma melhora e teve uma resolução positiva no caso” (JMS.M.T.2).

Sobre a categoria **relação entre violência e saúde**, foi possível identificar duas principais ideias contrastantes associadas: (a) saúde como um espaço importante de acolhimento para casos de violência; (b) saúde não deveria se envolver nos casos de violência.

Como vimos no segundo capítulo deste trabalho, a concepção de saúde adotada para a execução da Estratégia de Saúde da Família, foi aquela que supera o entendimento calcado na visão biomédica, na qual saúde representa tão somente a ausência de sintomas, sendo então interpretada como razão individual, não levando em conta o caráter social, que impacta diretamente no processo saúde-doença. Tal qual Budó et al. (2012), esta pesquisa compreende a saúde como processo de construção individual e também coletivo, considerando os determinantes sociais que partem do contexto social do qual os sujeitos estão inseridos.

Durante a realização das entrevistas com os profissionais de saúde foi possível perceber que é quase unânime o entendimento da **saúde como um espaço importante de acolhimento para casos de violência**. Entretanto, cabe acrescentar que como este é o discurso oficial propagado na política de Atenção Básica à Saúde sobre a relação entre violência e saúde, talvez, haja a tendência de o entrevistado responder o “politicamente correto”, ou seja, de acordo com o preconizado formalmente pelo SUS e pela PNAB. De toda forma, é importante observar para o fato de existir o conhecimento dos profissionais sobre os princípios e orientações do SUS, e, mais especificamente, sobre a ESF, ainda que na prática possamos identificar percursos diferenciados.

“E eu vou te falar, a atenção primária é organizada... Ela é, ela é bem firme, ela funciona mesmo, funciona sim... Pelos funcionários, né? Se for em todos os lugares, depende de cada profissional pra funcionar, mas.... A gente costuma ver... Ah, a saúde, eu digo a estratégia, né? Nós, no caso, falar da gente, da estratégia, nós somos a porta de entrada pra tudo, né? Até porque a gente tá aqui no dia a dia, a gente conhece, não a particularidade, a gente conhece a rotina de cada cidadão, de cada usuário nosso, a gente consegue... Assim, ninguém consegue falar ‘eu fiz sem saber que é mentir’, a gente sabe quando o paciente, tipo assim, vem uma paciente a gente solicita um exame e aí, na hora do exame vem alterado, ‘você fez as orientações que eu te pedi?’, ‘não, não fez’, senão... Não fez... Aí, a paciente ‘é, realmente, não fiz’ e começa a rir, aí, assim, essa particularidade que a gente tem com, com o usuário que faz com que eles tenha confiança na gente e a gente tem acesso a eles, muito, muito mesmo, se a gente souber trabalhar o paciente, se a gente... Assim, a nossa rotina, se a gente, a gente deixar ele também acessar a gente, o quanto eles, ter porta de entrada, né? Porta de entrada não for barreira pra eles a gente consegue modificar coisas, muitas coisas” (JMS.NM.S.2).

“A gente tem um papel muito grande, porque... É a gente às vezes pode não resolver tudo, essa questão de resolver o problema, ah, descobriu que tá tendo violência em tal lugar e aí, a gente conseguir trazer pra cá e conseguir resolver. Mas, assim, no dia a dia, a conversa, tentar conscientizar a pessoa que tá sofrendo a violência que ela precisa reagir, que ela tem aparatos pra reagir, que ela tem força pra reagir, que ela tem as pessoas ao lado dela pra ajudar ela nessa reação dela é, é um trabalho nosso, um papel nosso. Porque muitas pacientes chegam aqui necessitando, demandando um acolhimento só de você ouvir, porque muitas delas não tem com quem conversar. Até muitas das vezes o foco da violência vem de dentro da família e aí, assim, elas não podem falar: ‘Olha, foi assim, assim, assado’. Conversar dentro do seio familiar. Elas acham que não vai ter um apoio. Então, muitas das vezes, é aqui que a gente acolhe esses casos né. A saúde tem um papel fundamental” (JMS.M.T.2).

“A saúde é muito importante. Tanto que essa menina ela tá o tempo todo procurando a gente. Ela sempre procura a Unidade. Ele sempre me procurou. Ela sempre contou a história da vida dela, a gente sempre soubemos. Então, até hoje ela não se desvinculou. Até no período que ela tentou se afastar dele, por ele ainda querer usar ela, ela não querer isso mais para ela. Ela tava em outro território. Mas, ela não deixava de vir na Unidade. Às vezes, quando eu encontro ela, assim, à noite, quando eles faziam um lanche. Ela vem: ‘Olha como eu tô!... Melhorei...’. Aí, me abraçou, me beijou, me elogiou para uma colega que eu estava junto. A gente acabou criando um vínculo, né? E a gente fica feliz quando começa a ver a mudança” (DBS.M.T.1).

Como podemos notar nos trechos explicitados acima, há preocupação por parte dos profissionais com relação à construção de vínculo entre os usuários e os serviços de saúde, e com o território, para que conheçam a realidade social dessa população, o cotidiano e, então, possam atuar de forma mais precisa.

Destacam, assim como Lima et al. (2009), a estratégica atuação do Agente Comunitário de Saúde para a aproximação entre os serviços de saúde, o público atendido e o território: “Os ACS estão inseridos na mesma realidade dos usuários

e compartilham aspectos culturais e sociais que fazem parte do seu contexto de vida, o que lhes permite identificar com maior facilidade as situações de violência” (IBID., p. 629). Contudo, cabe salientar que em contraponto a essa posição favorável, se percebeu uma maior exposição destes profissionais aos “riscos” de se morar no território e intervir nos casos de violência locais. Como veremos de modo mais consistente adiante, foi possível identificar um grande receio por parte dos profissionais moradores da Maré na realização deste tipo de ação.

“Conheço cada rua, cada casa, cada usuário... Cada usuário, cada rua, a gente agora... hoje eu consigo identificar todos, todos 100% não, né? Que é impossível. Mas, assim, 80%...” (JMS.NM.S.2).

“A gente fica sabendo por conta dos ACS que moram na unidade, na comunidade, então, a gente sabe de muita coisa, né? Mas, não chega até a gente, aí, quando, por exemplo, se é uma criança, então, se você, se a gente vê os relatos dele [ACS] que é uma família vulnerável, alguma coisa, a gente vai fazer uma visita...” (DBS.NM.S).

Entretanto, embora seja mais evidente a reprodução da noção ampliada da saúde, na qual a violência se apresenta como um agravo e necessita de cuidado por parte dos serviços, foi possível identificar nas entrevistas que muitos profissionais compartilham da ideia de que a **atenção básica à saúde não deveria se envolver nos casos de violência**. Cabe ressaltar que tal associação parece ser motivada pela sensação de precarização dos serviços de saúde e das condições de trabalho.

“Na minha opinião? Assim, eu acho meio complicado... Pode até ser, mas a saúde hoje.... Pode falar, né? Hoje em dia, eu acho a saúde tão precária, que fica até difícil encaixar isso dentro da saúde. Só se for uma coisa assim... Um acompanhamento psicológico, ou de uma assistente social, no caso... Que não deixa de ser saúde, né? Na verdade, esses casos era para UPA Evandro Freire, mas também tem caso que chega lá e eles também mandam para cá. Por isso que eu to falando que a saúde tá muito precária. Tá difícil de fazer o básico, né? Imagina violência...” (JMS.M.T.1).

Essa noção de que a saúde não deveria se envolver com casos de violência, também foi identificada em conversas informais que ocorreram durante a imersão no campo. Talvez, a informalidade das conversas em grupo tenha oportunizado um diálogo mais descontraído, possibilitando que fossem tratadas questões que não apareceram de forma tão explícita nas entrevistas gravadas e transcritas.

Como veremos pode-se dizer que os profissionais de saúde, muitas vezes, se sentem sobrecarregados com a complexa demanda da atenção básica à saúde e, mesmo que também adotem as prerrogativas do SUS, na prática, as coisas são diferentes.

“É por isso que eu te falo, o SUS, de modo geral, gente, é maravilhoso, você se apaixona, você quando vai estudar o SUS, principalmente quem faz concurso tem que estudar muito o SUS, né? E você acha que aquilo ali são um mar de rosas, quando você vem pra realidade é tudo mentira, você não consegue fazer 10% daquilo que tá escrito. Primeiro, que bate a burocracia, segundo que você bate o comando, terceiro você bate em lei, segundo você bate em falta de dinheiro e o negócio vai rolando” (DBS.NM.S).

4.4.2.

Papel da saúde diante dos casos de violência doméstica

Para o segundo eixo de análise, “papel da saúde diante dos casos de violência doméstica”, foram construídos os seguintes núcleos de sentido: **Práticas desenvolvidas para o atendimento aos casos de violência doméstica; Elementos para o trabalho; e Notificação.** Para cada uma dessas categorias foi identificado um conjunto de ideias associadas.

No que diz respeito ao primeiro núcleo de sentido, **práticas desenvolvidas para o atendimento aos casos de violência doméstica**, destacam-se as seguintes ideias: (a) acolhimento dos casos; (b) encaminhamento para outro profissional da unidade; (c) violência só é tratada quando revelada diretamente pelo paciente.

De acordo com Lima (2018), são evidentes os avanços no que diz respeito ao trabalho da saúde no trato com a violência, não só no sentido prático, mas também epidemiológico. Mesmo com algumas dificuldades, que serão apresentadas ao longo, vimos que é prevalente o entendimento de que a ESF tem um papel fundamental no atendimento das pessoas em situação de violência e na notificação desses casos. Espera-se uma atuação estratégica e potencial dos profissionais que trabalham na ESF para identificar, prevenir e atender tais situações.

Ainda sobre o que se espera da atuação dos profissionais de saúde frente às situações de violência doméstica, tomamos como base a *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação*

de *Violências* (2010), já citada anteriormente. Tal material estabelece etapas relevantes para o atendimento desses casos: acolhimento, atendimento, notificação e seguimento do caso na rede de proteção social.

Na presente investigação foi possível notar que os profissionais, quando questionados sobre como atendem pessoas em situações de violência doméstica, muitos deles, mesmo diante da gramática do medo que exploraremos mais adiante, citam ações relevantes no atendimento dos casos que chegam à Clínica da Família. Como poderão perceber nos trechos abaixo, descrevem o processo de **acolhimento dos casos**, o desenvolvimento de escuta qualificada e a construção de vínculo, (muito) embora argumentem que não há muito que ser feito frente a situações de violência doméstica.

“E quando a gente, a gente percebe de alguma maneira, a gente tenta ir buscando confiança, tenta levar assistente social na casa, como se não quer nada. Hoje, a gente tá fazendo visita aqui hoje, aí, a assistente social não queria, tava lá, não tinha ninguém pra ela atender, eu trouxe ela pra fazer uma visita. ‘Ah, eu trouxe a psicóloga aqui hoje pra conversar com vocês’, pra fazer um acompanhamento de família, como ela faz isso em outro lugar, e aí, a gente vai, com esse histórico, a gente vai acabando com é captando algumas coisas que elas não queriam falar. Sou agente comunitário, mas como você tem conhecimento você, com o psicólogo que a senhora acaba vendo que realmente tem essa situação de vulnerabilidade aí” (JMS.M.T.1).

“Isso aí, aí, a gente prefere tentar ajudar ela, não intrometendo totalmente, mas a gente vai ajudar ela pelo menos com auxílio psicológico, vê se ela toma algumas atitudes que sejam menos vulnerável pra ela, entendeu? Se ele tiver nervoso buscar não, não, não, não atijar mais ainda, dar falas mais mansas, tentar buscar um jeito dela ter uma forma, uma maneira dela ir mudando as coisas. A gente acaba buscando que elas melhorem pelo menos o posicionamento dela de fala, de atitude, que pra eles é uma coisa mais é... Positiva pra elas pode ser que consiga buscar também a qualidade de vida pra ela, uma melhora que ela não vai ficar tão exposta à violência” (JMS.M.T.2).

“A gente procura até mesmo assim conversar com a família, né? Chegar mais junto, estar mais junto, mais próximo da família. Eles têm muita confiança na gente, eles têm muita, não é pouca não. Nós somos assim, a gente tem que ser muito responsável nas nossas ações. E assim, a gente tenta contornar dentro da, da nossa, da nossa equipe” (JMS.NM.S.2).

Muitas vezes, inclusive, esses profissionais subestimam suas ações, não conseguindo vislumbrar os impactos positivos e as repercussões favoráveis para os usuários em situação de violência doméstica que foram ouvidos atentamente, receberam orientações sobre autocuidado ou foram encaminhados para serviços especializados. Tem-se a impressão de que devido ao caráter subjetivo e

multifatorial da violência doméstica os profissionais de saúde não conseguem mensurar a qualidade do atendimento ofertado, sobretudo quando envolvem questões relacionadas à gramática do medo e às regras locais, que acabam contribuindo para sensação de impotência dos profissionais frente às situações de violência doméstica.

“Porque é um caso que tanto ela quanto a gente não tinha muita coisa a fazer, a não ser prestar um apoio, uma solidariedade, prestar um atendimento, uma escuta qualificada sobre aquilo que ela estava nos trazendo. Ela era companheira de um bandido muito influente então a gente não tinha muito o que fazer. Ouvimos, oferecemos essas duas casas que eu te falei. Mas, oferecemos por oferecer porque a gente sabia que jamais ela ia procurar a casa” (JMS.M.S).

Nas entrevistas, também foi possível identificar que os profissionais de nível médio e técnico percebem as situações de violência doméstica ou fazem os primeiros acolhimentos de usuários, por meio da observação de sinais indicativos de violência ou da tentativa de construção de vínculos (caso ainda não seja estabelecido), assim como constatado em pesquisa realizada por Lima et al. (2009).

Contudo, a prática no atendimento desses casos normalmente aparece associada ao ***encaminhamento para outro profissional da unidade***. Talvez, essa associação se dê pelos profissionais de nível médio ou técnico morarem no território e, por isso, se sentirem ainda mais expostos e inseguros diante dessas situações, ou, devido ao fato de não se sentirem capacitados/preparados para fazer abordagens de casos de violência doméstica – o que os levaria, por diversas vezes, ao redirecionamento de determinados casos para outros profissionais da unidade.

Logo, assim como na pesquisa de Moreira et al. (2014), nesta, o compartilhamento do caso com um Assistente Social e um Psicólogo, ou melhor dizendo, o acionamento da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também foi apontado como principal estratégia para o atendimento aos casos de violência doméstica, ainda mais no que diz respeito à notificação.

“Olha, aqui a gente tem o apoio de Assistente Social, na unidade. Assim, tem o psicólogo e assistente social, como já te falei. E dependendo do caso a gente sinaliza para eles, a gente tem uma conversa e dali eles dão orientação, encaminhamento para onde for necessário” (JMS.M.T.1).

“Então, normalmente aqui não tem essa dificuldade... Porque se a pessoa chegar ela vai ser atendida, vai ser acolhida, entendeu? E se for preciso, vai chamar uma ambulância. Mas tudo de acordo com o que a pessoa vai aceitar. Ou ela será orientada a procurar serviços sociais, alguma coisa assim...” (JMS.M.T.1).

“Se o NASF tiver dentro da unidade, assistência social ou a psicóloga, a gente chama também pra poder participar, e também relatar. Quando é caso de violência, a gente sempre chama...” (DBS.NM.S).

“Quando eles pedem um ajuda, geralmente, a gente marca uma consulta com a doutora. Encaminha para a assistente social” (DBS.M.T.1).

Nesse sentido, cabe acrescentar que, assim como Lima et al. (2009), compreendemos que cada profissional deve desempenhar ações específicas de acordo com as particularidades da sua área de conhecimento, desde que todos estejam engajados na busca pela prevenção da violência e promoção da saúde. Assim, as reuniões de equipe são consideradas instrumentos de trabalho importantes para que os profissionais possam integrar suas competências e habilidades individuais e, em conjunto, possam desenvolver estratégias de atendimento e condução para os casos de violência doméstica. Além disso, as reuniões de equipe também podem ser uma estratégia de proteção e corresponsabilização da própria equipe, considerada válida inclusive como espaço de contingência para questões emocionais que as situações de violência doméstica podem mobilizar nos profissionais (MOREIRA ET AL., 2014).

“Então, basicamente, é através das reuniões de equipe. A gente é... se divide é... A gente se planeja, na verdade, a tá um profissional do NASF em cada reunião de equipe. A reunião é o nosso é, é o nosso carro-chefe. Nas reuniões que a gente discute temas que eles mesmos solicitam, né? Como foi em setembro, teve setembro amarelo... Que a gente discutiu muito a questão do, do suicídio, e é uma coisa que é muito, né? Complicada, assim, tanto de, de você acolher um paciente nessa situação e, aí, assim, eles demandavam muito essa discussão, então, os psicólogos, assim, a gente se reuniu e entrava nas reuniões pra tá discutindo, conversando um pouquinho sobre o tema. Vendo rede de apoio pra tá divulgando... Então, a gente discute não só nas reuniões, mas fora das reuniões também” (JMS.M.S).

Outro aspecto relevante é que, a despeito de os profissionais de saúde reconhecerem a necessidade de intervenção e o papel importante da ESF frente às situações de violência doméstica, a **violência só é tratada quando revelada diretamente pelo paciente**. Assim, o fato de o atendimento das situações de violência só ser iniciado caso seja revelado pelo usuário, parece estar atrelado à gramática do medo que organiza as relações no território – medo tanto dos profissionais abordarem as situações, quanto das próprias usuárias que vivenciam

violência doméstica, como será apresentado mais adiante. Desta maneira, compreende-se a partir de nossas entrevistas que a atuação dos profissionais de saúde parece ficar limitada aos casos de violência visíveis, perceptíveis e comunicados, que receberão o atendimento e ações de cuidado biomédico necessários, contudo, não se abordará, ainda que de forma indireta, as situações de violência que não forem mencionadas explicitamente.

“Quando um paciente acaba se abrindo e conversando com a gente, a gente tenta ajudar a buscar um recurso, buscar meios no qual coloque eles pra se recuperar daquilo. Afastar do vínculo que tá fazendo a ela mal. Mas, muitas também sofrem aquela violência e procuram, e depois dão aquela desaparecida, e depois voltam a procurar de novo. E a gente fica vindo atrás da pessoa e não encontra mais. Muitas vão embora, né, quando estão decididas” (DBS.M.T.1).

“Ah, quando querem ajuda a gente pode encaminhar. Mas, quando não, a gente fica de mãos atadas” (DBS.M.T.2).

“E até coisas que chegam aqui “ah porque eu caí”, depois quando a gente tava na noite, na rua, a gente vê que não foi isso, outro fala “ah, não, ela apanhou, marido dela bateu nela”. Então, a gente tem esse... Esse... Trabalho que é muito complicado do nosso lado pela questão do... Da gente morar aqui, que a gente consegue captar mais vulnerabilidade, porém, é mais difícil intervir por causa das sanções que é, que a gente acaba sofrendo por conta do, do de quem tá vivendo o problema” (JMS.M.T.2).

Cabe acrescentar que se pensarmos que a violência só é abordada se for revelada diretamente pelo paciente, é possível que esse fator seja mais um a contribuir para subnotificação dos casos suspeitos de violência doméstica, o que veremos a seguir.

“Mas até que assim, perto de muitos lugares... Assim, não sei se não vem para a gente, porque como eu te falei, de repente fica muita coisa oculta que eu não sei. Mas até que aqui não tem muito caso não. Não acho não” (JMS.M.T.1).

Sobre a categoria **elementos para o trabalho** foi possível identificar três principais ideias associadas: (a) fluxos e protocolos; (b) treinamentos em serviço; (c) rede de proteção social.

Quando questionados sobre os processos de trabalho das unidades de saúde, no que tange ao atendimento integral às situações de violência doméstica, os profissionais, principalmente os de nível superior, demonstraram associação direta à existência de *fluxos e protocolos* formais sobre a condução desses casos.

Entretanto, o que pudemos constatar nas entrevistas é que o fluxo existente diz respeito ao processo de notificação dos casos de violência doméstica, como detalharemos a seguir. Sobre as outras etapas determinadas pela *Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências* (BRASIL, 2010), os profissionais apresentaram informações pouco consistentes no sentido de existir um fluxo padrão (como normalmente existe para outros agravos como HIV, sífilis, tuberculose), entretanto, apontam para ações em consonância com o preconizado, ainda que não protocoladas.

“Acho que a gente... Tem, tem fluxo aqui...Um protocolo simples de violência aqui... a gente... Tenta tratar da maneira mais sutil possível, né?” (JMS.NM.S.2).

“Se o paciente chega com essa fala pra gente, a gente notifica, a gente encaminha pra onde tiver que encaminhar, pra delegacia de mulher ou pra, pra infantojuventude... A gente chama o NASF, ação com o NASF, o NASF passa o endereço da onde eles podem recorrer, às vezes, a gente entra em contato direto dizendo que a gente tá mandando uma pessoa pra lá... Encaminha pro IML pra poder fazer corpo e delito. Tem uma é, tem uma rotina, né? Tem um fluxo” (DBS.NM.S).

Outra ideia associada à categoria elementos para o trabalho foi a realização de **treinamentos em serviço**. Como demonstramos no segundo capítulo, alguns autores apontam para a falta de capacitação ou o perfil inadequado dos profissionais como fatores que contribuem com a baixa resolutividade da ESF nas situações de violência doméstica (NOGUEIRA; MIOTO, 2006; ASSIS, DESLANDES e MINAYO, 2017). Contudo, identificamos nesta pesquisa que os profissionais afirmam ter recebido treinamentos e reconhecem a importância destes, apesar de apontarem para a sensação de solidão e impotência frente à violência, e para a diminuição no número de atividades de capacitação [educação continuada e educação permanente] ofertadas aos profissionais de saúde do município do Rio, nos últimos anos.

“Acho que já tivemos [treinamentos] da CAP. Mas, na prática, é tudo só nós mesmo” (DBS.M.T.1).

“A maioria fizeram as mesmas capacitações, um ou outro que acabou não fazendo por algum motivo, assim, mas fez algum tipo de capacitação, a gente nesses anos todos deve ter umas quatro ou cinco capacitações na área de violência” (JMS.M.T.2).

“Então, tem um curso que a gente participou, foi muito interessante, já tem um tempinho, sobre violência, para a gente identificar a rede de apoio do território

que presta esse tipo de serviço de acolhimento dessas mulheres. Não só de mulheres, mas de pessoas vítimas de violência. A gente recebeu sim. Mas, eu acho que deveria ser algo com uma certa frequência, porque tem mudado muito” (JMS.M.S).

“A gente já teve palestra. Não aqui, mas a gente já fez, tem um tempinho já. De vez enquanto eles fazem assim, essas palestras, a gente se reúne em alguma unidade, aí, vai várias pessoas de várias unidades, e a gente participa daquela conversa, e tal... Já falamos sim sobre violência...” (JMS.M.T.1).

“Aqui a gente tem bastante capacitações aqui, ultimamente, desde o ano passado que tem sido bem, bem precário, tem sido meio enganosa essa, essa qualificação, por causa dessas questões dessas crises que está tendo no Rio de Janeiro a gente acaba ficando é um pouco longe dessa qualificação que vem, mas aí não, não é tão como antigamente que a gente ia pra fora, ia pra seminários da Fiocruz, seminários na Cruz Vermelha, seminários em vários lugares que a gente ia que hoje a gente não tá tendo tão, tem uns dois anos que tá bem, bem precário, por questão dessa crise, desse aumento dessa crise da saúde, mas a gente tem bastante diploma, bastante horas de capacitação que a gente fez de, de seminário de violência, seminário de violência urbana, seminário de violência urbana que interfere na saúde, a gente tem bastante e eu, eu devo ter mais ou menos uns quatro cursos sobre violência...” (JMS.M.T.2).

Diante desta constatação, podemos observar que, talvez, o problema não seja na quantidade de treinamentos ofertados para os profissionais da ESF, no sentido de capacitá-los para o atendimento às situações de violência doméstica, mas sim, na ausência de suporte e retaguarda para a elaboração de estratégias de abordagem e condução desses casos. Constatou-se, assim como em Brum et al. (2013), que os profissionais participantes da pesquisa já receberam alguma capacitação sobre atendimento à violência doméstica, reconhecem-na como agravado para saúde, identificam casos de violência no território, sabem que devem acompanhar as pessoas envolvidas, mas sentem-se sobrecarregados e impotentes.

Ainda no que diz respeito aos elementos para o trabalho, muitos profissionais remetem à existência de uma **rede de proteção social** que atende violência doméstica no território. Lima et al. (2009) apontam como uma das principais dificuldades no atendimento aos casos de violência a falta de efetividade e resolutividade da rede frente a esses casos. Nesta pesquisa identificou-se que os profissionais sabem indicar instituições parceiras, apesar de muitas vezes não saberem dizer se as pessoas encaminhadas para essas instituições deram seguimento ao atendimento.

De acordo com Budó et al. (2012), a aproximação dos profissionais de saúde com as redes de cuidado e seu contexto se faz indispensável para a

realização de um planejamento de ações no território. Esta aproximação permite o (re)conhecimento dos casos de violência, além de propiciar a visualização de necessidades locais, articulação de grupos e mapeamento de ofertas e serviços.

No caso específico da Maré, existem algumas instituições não governamentais que atendem à população por meio de diversas ações voltadas para efetivação, garantia e ampliação de direitos e qualidade de vida. No geral, os profissionais de saúde reconhecem e valorizam essas instituições de base comunitária como membros fundamentais da rede de proteção social, assim como os equipamentos municipais ligados às políticas de Educação e Assistência Social. Porém, cabe observar que, mesmo reconhecendo as instituições que compõem a rede intersetorial no território, a existência dessas não modificou a sensação de impotência frente às situações de violência doméstica, expressa pelos profissionais participantes da pesquisa.

“A gente faz visita às instituições pra poder é ampliar a nossa rede de apoio, né? Na comunidade, no território, a gente... Faz visita é visita conjunta...” (JMS.M.S).

“Eu acho que falta, como assim dizer, mais lugar para recorrer, pra a gente estar encaminhando, entendeu? Aqui até tem. Tem alguns lugares que dão oportunidade para as mulheres estar fazendo cursos, estar ocupando... Tem a “Casa das Mulheres”. Tem na Teixeira, acho que é o Observatório. Aí, você faz inscrição, faz uma entrevista. Acho que é mais oportunidades também. Algumas procuram. É muito falado esses projetos que tem aqui dentro da Maré. O Redes tem. A gente já fizemos eventos lá dentro do Redes. Tem a Casa da Mulher. Eles também já conhecem a gente. A gente orienta. Sugere. Quando eles: ‘Ah, eu queria fazer algo e tal...’; ‘Tem Casa das Mulheres, tem coisa na Teixeira, vai lá...’; ‘Tem oportunidade de estudar pra quem não estudou, pra concluir o ensino fundamental’. Eles dão essa oportunidade” (DBS.M.T.1).

“O que a gente é normalmente, aqui no território, o que a gente oferece pra essas mulheres, a gente tem duas casas de apoio à mulher, uma na que fica do lado da Adib Jatene, que é outro território, aí, assim, a gente oferece, mas, por oferecer, pra ela saber que existe ali, mas não pra que ela vá, porque é outro, outra facção. E uma outra... é fica no, numa outra comunidade muito próxima daqui. Que é a, ela é até nova, no Parque União, e aí, a gente oferece, dá telefone, faz articulação com os profissionais dessa casa, e algumas delas vão. É ONG que oferece serviço gratuito, é psicologia, advogado, tem todos esses serviços. Pra mulheres vítimas de violência. Tem que ser, né? A gente tem a o Casulo, que é uma casa, que é é Organizações Não governamentais... Que atendem gestantes, por exemplo, é todo tipo de gestante, não só as que sofreram algum tipo de violência, mas aquelas que desenvolvem depressão, algum tipo de problemas desse, desse gênero, e aí, lá eles oferecem psicologia, tem várias especialidades lá Assessoria jurídica... Então, assim, a casa Casulo elas vão... Vão mais porque não tem muito essa, essa nomenclatura que vai atender

mulheres vítimas de violência, agora dá, essa do Parque União, eu não tenho, assim, eu não tenho como te precisar se elas vão” (JMS.M.S).

“A gente tem um trabalho muito com, com a escola, quando eles falam ‘oh, essa criança chegando desse jeito aqui, vamos tentar dá uma olhada e buscar, conversar com a mãe’” (JMS.M.T.2).

Com relação às instituições públicas formais que compõem a rede de proteção social, os profissionais de saúde se mostraram reticentes quanto à atuação de alguns órgãos em áreas conflagradas e quanto à continuidade do cuidado, tal qual sugerido por Lima (2018).

“Orientar onde ela pode buscar, que ela tem o CRAS que pode ajudar ela. Tem a delegacia, a gente dá todas as informações dentro do que pode, mas aqui é muito difícil elas darem continuidade... Muito difícil” (DBS.NM.S).

“A assistente social encaminha para o CRAS pra ver o que a pessoa tem direito. Às vezes, elas não vai e continua vindo aqui. Então, a gente dá um pouquinho mais de atenção mais especial, né?” (DBS.M.T.1).

“Nem Conselho Tutelar entra. Quando a gente aciona o Conselho, uma vez acionei lá no Nova Holanda o Conselho Tutelar pra uma criança, uma família com nove crianças, só duas tinha registro. O resto todo mundo sem registro e morando, assim, fora de, não tinha condições de moradia, o esgoto era dentro de casa, era uma coisa surreal. Eu fiz isso, eu fiquei cinco meses lá dentro, quase isso, eu passei brigando por essa família... Com eles... A gente tirou, tipo assim, a gente tirou ela dali, levamos ela por muito custo, dentro do meu carro, porque eu nunca tinha... Condições, transporte, essas coisas, pra poder levar ela pro Conselho Tutelar. A gente que levou ela. Eles não entra, não entra por isso... Porque se entra e não sai” (DBS.NM.S).

Já no que diz respeito à categoria **notificação**, foram identificadas as seguintes ideias associadas: (a) reconhecimento da importância do instrumento; (b) é atribuição de outro profissional; (c) falta entendimento sobre a notificação; (d) subnotificação.

A notificação dos casos de violência doméstica, como apresentado no segundo capítulo, cumpre as requisições da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV), criada pelo Ministério da Saúde (MS), por meio da Portaria MS/GM n.º 737 de 2001. Mediante a isto, foi definido o instrumento de notificação para os casos suspeitos e/ou confirmados de violência (Portaria MS/GM nº 1.968, de 25 de outubro de 2001), com objetivo de conhecer as dimensões, formas, perfis das pessoas em situação de violências e agentes da violência, possibilitando o planejamento e desenvolvimento de políticas públicas atentas à prevenção e assistência aos grupos mais suscetíveis.

Cabe ressaltar que esse instrumento sofreu diversas alterações ao longo dos anos, em virtude de debates e avaliações em todos os níveis da federação, hoje constituindo um único para notificação de violências cometidas contra grupos diversos.

De acordo com o instrutivo para notificação de violência interpessoal e autoprovocada, publicado pelo MS, em 2016, a notificação é uma obrigação institucional, cabendo aos serviços, aos profissionais e gestores a responsabilidade de realizá-la compulsoriamente, em conformidade com a legislação vigente. Este mesmo instrutivo apresenta todo percurso necessário para o preenchimento da ficha, assim como fluxo para encaminhamento da notificação. Porém, considera que devido à complexidade do agravo, a gestão local tem competência e autonomia para definir estratégias de acompanhamento dos casos e de suporte aos profissionais.

A notificação da violência doméstica pelos profissionais de saúde contribui para o dimensionamento epidemiológico do problema, permitindo o desenvolvimento de programas e ações específicas. (...) o profissional de saúde tem o dever de notificar os casos de violência que tiver conhecimento, podendo inclusive responder por omissão (SALIBA ET AL., 2007, p. 472).

Assim como explica Lima (2018), a ficha é mais que um instrumento burocrático, representa uma prática social de repúdio à invisibilidade e banalização da violência. Nesta pesquisa foi possível observar que há **reconhecimento da importância do instrumento** por parte dos profissionais de saúde, especialmente profissionais de nível superior. Identificou-se que os profissionais do NASF demonstram maior domínio com relação ao fluxo para atendimento às situações de violência. Estes profissionais abordaram com maior propriedade a ficha de notificação compulsória de violência, ainda que, por fim, tenham apontado algumas objeções ao instrumento.

“Faz a interconsulta, notifica, relata, grampeia e manda. E a gente acompanha aqui, a gente manda pra CAP, que manda pra secretaria. Toda a notificação do Rio vai pra Secretaria de Saúde. Pra poder ver como é que tá a vulnerabilidade, onde tem mais, onde tem menos. Por isso que é muito importante, também, a gente notificar, mesmo que elas não vão dar prosseguimento, a gente tem que notificar pra mostrar que nessa área tem vulnerabilidade, acontece. Pode não ser a melhor, não pode ser resolvido da melhor forma que a gente gostaria, mas acontece. Agora, quando você deixa de notificar, você não tem como provar que aqui acontece esse tipo de coisa. Notificar, não tem outra. Se chegou a mim, ela,

ela contando o que aconteceu, eu posso notificar, isso é respaldado por lei. Eu não posso me... me isentar de não notificar, mas elas não precisam saber que tá sendo notificada. Não tem que assinar nada, a gente preenche um papel assim, a gente preenche dizendo tudo que aconteceu e manda... Porque eles usam de estatística. Na secretaria, quando chega na secretaria é números. O cuidado é da gente, entendeu? (DBS.NM.S).

“Tem até um formulário que é pra ser preenchido. Um dos cursos que nós fizemos até foi mostrado como fazia com esse formulário” (DBS.M.T.2).

“A gente notifica. Que, muitas vezes, elas não sabem nem que foram notificadas... Porque a gente, como profissional, a gente tem que notificar, independente delas aceitarem ou não, então, muitas, elas não sabem. Não sabem. Quando é uma pessoa mais instruída, que aquilo já foi recorrente, ou então ela já passou pela clínica da família, a clínica da família explica tudo que ela tem direito. Às vezes, ela já chega no hospital dizendo que caiu no banheiro, e fica batendo naquela tecla de que caiu no banheiro. Mas quando a gente suspeita que não é, a gente notifica como suspeita de agressão... Pra poder a clínica da família acompanhar mais de perto” (DBS.NM.S).

Contudo, nas conversas realizadas informalmente com os profissionais, registradas em diário de campo, foi possível identificar outra perspectiva sobre o processo de notificação, muito relevante, atrelada à precarização dos serviços de saúde e aos entraves do próprio processo de trabalho, no qual a demanda é maior (e mais complexa) do que a oferta. A visão destes profissionais se assemelhava ao que Saliba et al. (2007) apontam como entraves à notificação de violência no Brasil, tais quais: falha na identificação da violência, desconhecimento sobre como proceder, ausência de mecanismos de proteção aos profissionais de saúde, quebra de sigilo profissional.

Nota-se também que, ainda que os entrevistados reconheçam a importância da notificação de violência, muitos associam o preenchimento da ficha como **atribuição de outro profissional**, como enfermeiros e ou profissionais do NASF, mais especificamente psicólogos.

“Quem preenche muito, assim, mais do que eu, é o psicólogo... A psicóloga ela notifica mais, porque, assim, é um paciente que não conseguiu relatar nada pro enfermeiro, ou relatou meio que obscuramente, aí, pro psicólogo ela vai, aí sim, ela, a psicóloga, notifica. Entendeu? Eu já notifiquei, mas, assim, mas junto com outro profissional, tipo: vamos fazer assim, preenche aqui, preenche assim” (JMS.M.S).

“Então, aí tem uma... Como eu te falei, a pessoa chega aqui e busca ajuda, a gente passa por um enfermeiro e ele que acaba preenchendo essa ficha de notificação. Essa ficha não é preenchida por ACS. A gente tem o nosso registro, né? No sistema que a gente pode botar, mas a ficha de notificação quem preenche são os enfermeiros no momento que a pessoa entra é... Fala pra eles que tá precisando de ajuda, que tá sofrendo algum tipo de violência. Preenche,

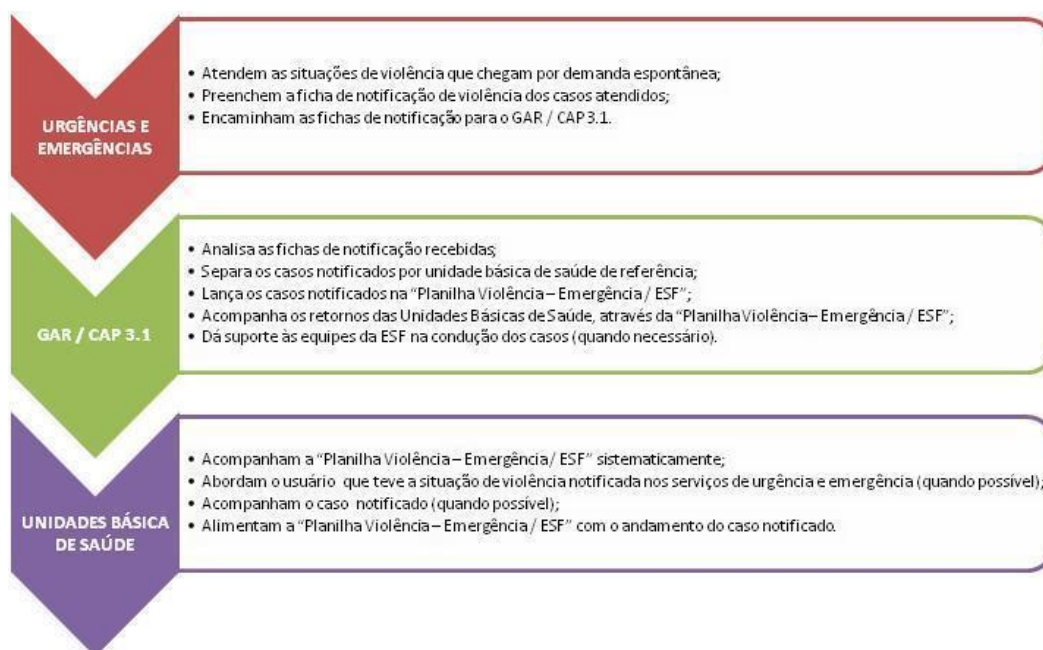
faz a notificação, que é notificação compulsória externa, né? Pra um órgão que precisa” (JMS.M.T.2).

Lima (2018) demonstra que o número de notificações oriundo dos serviços de urgência e emergência é maior, se comparados com as unidades de atenção básica. Talvez, isso se dê pelo fato de os profissionais dos níveis hospitalares não terem vinculação com o usuário, logo, podem não se sentir tão responsáveis e nem ameaçados pela notificação. Foi solicitado à CAP 3.1 o número absoluto de notificações de violência realizadas pelas duas unidades básicas de saúde – campo desta pesquisa –, em 2018, mas não foram disponibilizados sob a justificativa de que tais dados deveriam ter sido solicitados durante a submissão do projeto ao Comitê de Ética da SMS-RJ, pela Plataforma Brasil, o que é compreensível e procede. O que os profissionais indicaram durante a imersão no campo é que o número de notificação feito pelas unidades de atenção básica da Maré é pequeno.

Nesse aspecto, é relevante acrescentar que pelas entrevistas e conversas informais realizadas para essa pesquisa, foi possível identificar a existência de um fluxo específico, criado pelo Grupo Articulador Regional de Violência (GAR)/CAP 3.1, para que os profissionais da Atenção Básica à Saúde acompanhem os casos de violência notificados pelos serviços de urgência e emergência. Profissionais de ambas as unidades de saúde envolvidas na pesquisa mencionaram esse fluxo da CAP 3.1 como parâmetro para iniciar a abordagem da situação de violência notificada nas urgências ou emergências, apesar de apresentarem algumas particularidades.

Segundo explicação dos profissionais sobre esse fluxo, chamado neste trabalho de “Fluxo para acompanhamento pela ESF de casos de violência notificados em urgências e emergências – AP 3.1” (FIGURA 6), todas as fichas de notificação de violência preenchidas por serviços de urgência ou emergência são encaminhadas para o GAR/CAP 3.1. Na CAP, os casos notificados envolvendo pessoas que moram na AP 3.1 são lançados em uma planilha *online*, denominada aqui de “Planilha Violência – Emergência / ESF”.

Figura 6: Fluxo para acompanhamento pela ESF de casos de violência notificados em Urgências e Emergências – AP 3.1



Fonte: Autoria própria / Baseada nas entrevistas e registros em diário de campo.

“Eu faço monitoramento da planilha de notificação de violência que chega pra unidade, aqui também a gente faz, mas, assim a... Gerente fica mais a par daqui do Jeremias. Por mês, a gente costuma receber... Não sei, uns onze casos, e aí, se você for olhar, tem violência psicológica, tem a física...” (JMS.M.S).

Esta planilha é organizada de acordo com a área adstrita de cada unidade e compartilhada exclusivamente com os gerentes e profissionais do NASF. A partir da data de lançamento do caso na planilha pelo GAR/CAP 3.1, o profissional da Unidade Básica de referência tem o prazo de um mês para fazer a busca ativa no território e dar seguimento ao tratamento iniciado nos serviços de urgência ou emergência. Após o contato com o usuário, o profissional de referência deve acrescentar na planilha o retorno sobre o caso, apresentando as ações desenvolvidas pela equipe da Atenção Básica à Saúde. Mesmo que o usuário não seja localizado, ou não seja possível o contato com o mesmo, o profissional da ESF deve preencher a planilha com o status do caso.

“Então, na maioria dos casos como a gente faz? A gente pega o nome e joga no prontuário, se nunca recebeu uma consulta, nunca não, muito tempo que não recebe uma consulta, ou uma visita domiciliar. A gente identifica a equipe, vamos até a equipe e levamos o caso. Tem casos, como eu te falei no início que não são

da nossa área, mas veio por um erro de planilha. E aí, assim, é... por exemplo, tem algumas fichas que vêm com dados incorretos, como, por exemplo, pessoas que não são do nosso território, que não são da nossa equipe, a gente tem que direcionar pra unidade que ela é... É, endereço as pessoas dão totalmente errado, assim, aí, você não tem como procurar. Coloca o nome da pessoa no prontuário, não tem... Aí, você vai pelo endereço, 'ah, o endereço é referente a equipe tal', você vai na equipe, não, ninguém conhece, esse endereço ninguém conhece, então, a gente já alimenta a planilha dizendo que o endereço não confere, que não achou o paciente, enfim, mas a gente tem que alimentar essa planilha, então, a gente fica bem próxima desses casos de violência" (JMS.M.S).

Entretanto, vale adicionar que os profissionais mencionaram que alguns casos de violência doméstica que chegam para acompanhamento da ESF, por intermédio da planilha, já são casos que estão sendo acompanhados. Mas, em contrapartida, pela da planilha também chegam casos de violência de que a ESF não tinha conhecimento antes da notificação feita pelos serviços de urgência e emergência, e quando uma abordagem é realizada o usuário pode tanto não dar abertura para falar sobre o episódio violento, ou mesmo afirmar que a situação já foi resolvida, que tudo está "de boa já".

"Então, já aconteceu um caso assim. Até veio como negligência de criança. E aí, eu fui à equipe, primeiro eu vou no prontuário, olhei lá uma consulta normal de emergência, a criança estava numa crise respiratória muito grave e ponto. Acabou. Aí, procurei o agente: "Não, essa família está sob qualquer dívida, não tem nada não". A última coisa é chamar para um atendimento e aí você tem que ter todo um jogo de cintura para não transparecer nada, porque você imagina que tenha vindo como um erro e você fala isso para essa pessoa, como é que essa pessoa vai receber? E aí, assim, eu tenho todo um jogo de cintura: "Ah, porque eu olhei o prontuário e vi que no prontuário tinha um atendimento que foi de emergência, que sua criança não tava bem. A gente está ligando pra saber o retorno. Porque o médico te indicou procurar um serviço de emergência, a UPA, e aí como é que foi?" Ai ela vai trazendo, vai trazendo. E não trouxe de nenhuma forma, nada sobre violência, ela trouxe as receitas: "Olha, meu filho passou por todo esse acompanhamento, deu tudo certo e agora ele tá bem. Tá tranquilo." Peço para o agente fazer uma outra visita, ele fez. E tá tudo tranquilo. Aí, eu alimentei dessa forma. Não houve. Como eu vou abordar você se não existe nada de violência" (JMS.M.S).

Ainda que os profissionais tenham demonstrado saber que para abordar uma pessoa que vivenciou situações de violência, não se deve tratar diretamente sobre o fato ocorrido, mas sim, desenvolver estratégias que possam aproximar o usuário do serviço de saúde e aos poucos ir criando vínculo, eles apontaram como entrave para o desenrolar do fluxo o receio de mencionar o conhecimento indireto sobre o caso e terem que se responsabilizar pelas repercussões que possam desdobrar de uma abordagem mal sucedida.

“Tem é... Fichas que chegam que, na verdade, são de violência, mas que, por exemplo, você chama a equipe, tem lá é fulana de tal o nome da pessoa, o tipo de violência, digamos, negligência ou qualquer um tipo de violência... Aí, a gente vai tentar se aproximar desse caso, chama a equipe, conversa com agente comunitário, olha o prontuário, não tem nada relatado, o agente comunitário fala: 'olha, esse caso, essa família não, nunca ouvi falar, nunca nos trouxe nada'. Aí, quando é caso assim, a gente chama pra conversar, de nenhuma maneira fala nada sobre violência” (JMS.M.S).

Mesmo considerando o fluxo estabelecido pelo GAR/CAP 3.1 uma importante estratégia para garantir a continuidade no cuidado em saúde das pessoas em situação de violência, observou-se que os profissionais sujeitos desta pesquisa, quando questionados sobre a notificação, remetem ao “Fluxo para acompanhamento pela ESF de casos de violência notificados em urgências e emergências – AP 3.1”. Isso nos leva a pensar que a criação desse fluxo pode ter gerado nos profissionais da Atenção Básica à Saúde uma relativa sensação de isenção quanto à responsabilidade da notificação compulsória dos casos de violência, atribuindo-a prioritariamente aos serviços hospitalares de urgência e emergência, acarretando em subnotificação.

“Na planilha de notificação, eu não acompanhei nenhuma até hoje, nenhuma violência contra idoso, eu te falo que existe, porque chega pelo agente” (JMS.M.S).

“Eu acho que não faz notificação aqui não, porque como eu te falei, aqui é muito complicado. Aqui, a gente tem que trabalhar ‘pisando em ovos’. Porque é muito complicado, então, eu acredito que não faz aqui” (JMS.M.T.1).

“Não, nunca tive nenhum caso notificado na minha área não. Por causa da área perigosa, assim, nessa área que a gente vive muito perigosa, aí, as pessoas acabam não aceitando a notificação. Com receio de sofrer uma represália maior...” (JMS.M.T.2).

Como no trecho acima, houve profissional que demonstrou **falta de entendimento sobre a notificação** sobre o instrumento. Lima (2018) afirma que a resistência dos profissionais de saúde para preencher formulários se dá por dois motivos “uma cultura que tradicionalmente desvaloriza o registro e porque não há um retorno em termos de ações e medidas concretamente desencadeadas a partir da informação gerada” (IBID., p. 99, 2018). Além disso, a autora acrescenta para o caso específico da notificação de violência, o medo reiterado nesta pesquisa.

“É tipo uma ficha que você tem que mandar né? Mas agora eu nem sei para onde manda, nem sei de nada... Eles já deram palestra para a gente sobre isso... mas é muita coisa na nossa cabeça. A gente acaba ficando um pouco assim, confusa sabe?” (JMS.M.T.1).

“A gente é... A gente sabe que a a notificação ela é apenas um serviço, uma ficha pra gente notificar a CAP. Pra CAP saber, não sei se é só a CAP, a princípio, não sei, acho que é a CAP, pra ela identificar é... Quais os tipos de violência naquele território. Produção de dados, e aí, assim, uma, digamos, uma, uma queixa, uma notificação é na delegacia, aí que conta, entendeu? Com algo mais concreto” (JMS.M.S).

“Assim, tem até uma ficha né? Se eu não me engano tem uma ficha aí... mas eu esqueci o nome agora. Mas, assim, na minha área, que eu saiba, quase ninguém usa... eu pelo menos nunca fiz nada disso” (JMS.M.T.1).

“Uma é ficha B, que a gente fala, porque a gente tem a ficha A, que é de cadastro e as fichas B, que são uma série de fichas: ficha de hipertenso, de diabético, de tuberculose, ficha de... E as linhas de cuidado, ficha de criança nascido vivo, uma série de fichas, e dentro dessas fichas, tem uma ficha de... Que a gente é... Preenche que é pra violência, seja pra ética, seja... violência, quando a pessoa preenche uma ficha, quando a pessoa relata pra gente, busca ajuda, aí, a gente tem como notificar a pessoa, a gente só não tem como notificar quando elas realmente inventa que não foi agressão, que foi alguma coisa. Ou que foge, de qualquer maneira, a gente não pode envolver o nome dela numa notificação que ela não está de acordo” (JMS.M.T.2).

E, além disso, alguns profissionais permanecem confundindo a notificação de violência com denúncia dos casos, o que traz ainda mais resistência em torno do uso da notificação enquanto um instrumento epidemiológico e disparador do cuidado em saúde.

“A gente, assim, diferente lá de fora, diferente lá de fora, que se a gente souber de alguma coisa a gente pode notificar, pode ligar pro 190, a gente pode ligar pro pra algum lugar, pra algum órgão que venha ver e averiguar, aqui a gente já não pode fazer isso, então, aqui a gente acaba notificando só as pessoas que realmente é... Acaba... Se pronunciando, falando que tá sofrendo de brigas e tal, que precisa de ajuda, aí, a gente notifica, fora isso, a gente acaba não podendo notificar.” (JMS.M.T.2)

“E, muitas das vezes, não pode notificar. Muitas das vezes, não pode denunciar por causa do tráfico. Entendeu? E aí, acaba ficando por isso mesmo. As mulheres apanham, as mulheres morrem e não pode fazer nada”. (DBS.M.T.3)

Ainda com relação à categoria notificação, como podemos ver nos trechos apresentados acima, os profissionais associaram-na com a ideia de **subnotificação** dos casos de violência. Além da questão da violência e do medo de sofrer represálias ao intervir em situação de violência; a quantidade de informações necessárias para preenchimento da ficha; a preocupação com o rompimento do vínculo entre o profissional e o usuário, vínculo este imprescindível para o trabalho na ESF; o sentimento de impotência frente às situações de violência; a complexidade de trabalhar em territórios conflagrados; essas entre outras apontadas por Lima (2018) foram algumas dificuldades apresentadas pelos

profissionais de saúde para a notificação das situações de violência e que podem contribuir para subnotificação.

“Aqui, eu vou te ser sincera tem muito profissional que tem medo de fazer notificação. Muito, não só aqui, em todas as clínicas que eu já passei... Por dois motivos: primeiro, são várias, uma infinidade de dados que o profissional tem que colocar ali, no atendimento. Porque é muita informação, antes era no papel, agora é no próprio prontuário mesmo. Então, são dois: é o medo de que essa notificação vire alguma coisa... Muito catastrófica, e a outra é a dificuldade de preenchimento da ficha. Que é muita informação...” (JMS.M.S).

“Existe, entendeu? Existe, agora, é... inclusive, tem uma, tem uma questão que é o seguinte: a gente é obrigado a relatar, né? Assim, internamente. Mas, aí, tem uma coisa, uma questão ética que é uma delicada que é o seguinte: muitas vezes, o paciente ou a paciente e mais frequentemente a paciente, né? Pede o nosso compromisso de que não vá falar pra ninguém, entendeu? Então, isso é um problema, porque, você sabendo da situação, né? É... Você fica numa situação muito delicada, sabendo da situação local que eu digo. Você fica, porra, o que que eu faço, né? Encaminho? Não encaminho? Notifico ou não? Tem, tem, você tem que relatar internamente nos, nos, no prontuário, por exemplo, eu tenho que relatar, entendeu? Mas e se a pessoa ficar sabendo e não quiser voltar mais? Não necessariamente tem um encaminhamento, digamos assim, pra punir, fazer B.O. [Boletim de Ocorrência], essas coisas, não. Mas, assim, isso tem que ser relatado. Teoricamente, tá? E eu digo teoricamente, porque, muitas vezes, a gente passa por esses constrangimentos e dilemas” (JMS.NM.S.1).

“Desse ambiente que é, que é vulnerável, que é rodeado pela violência urbana, aí a gente fica muito sem acesso a ter é... Ter que ajudar essas pessoas que sofrem essa violência, porque, na verdade, a maioria das pessoas que acabam sofrendo essa violência são de maridos que são... São envolvidos, né? Nesse, nessa questão toda, a gente prefere não, não, não que a gente se omite, mas a gente acaba que deixa elas pedirem ajuda e só ajuda da maneira que a gente pode, só que, daquela maneira, né? Não pode ter essa notificação, a gente pode ajudar elas da maneira que a gente pode. Porque o nosso ambiente é muito hostil, é muito complicado” (JMS.M.T.2).

Em conversa informal com profissionais de saúde no campo de pesquisa, estes acrescentaram que, além das dificuldades já mencionadas com a notificação de violência, há muita demanda para pouco tempo. Explicaram que outros agravos como tuberculose, HIV, hanseníase, se não forem notificados, o medicamento não é liberado e o tratamento do paciente fica travado. Então, os profissionais tendem a priorizar essas notificações. Acrescentaram também que as fichas em geral são extensas e detalhistas e exigem atenção e tempo para seu preenchimento adequado.

Outro profissional, para o qual expliquei o projeto desta pesquisa informalmente, disse que se fosse notificar violência, iria notificar quase todos os casos que ele atende. Para esses profissionais, que não estavam sendo gravados,

imagina-se que tenha sido menos comprometedor reconhecer que as notificações representam uma burocracia, diante de um processo de trabalho, neste é cobrada produtividade e o serviço vem sendo sucateado. Ainda que reconheçam a importância da notificação e dos dados epidemiológicos, os profissionais consideram complicados para serviços de atenção básica.

4.4.3. Limites e desafios para intervenção

No tocante ao eixo limites e desafios para intervenção dos profissionais da ESF frente aos casos de violência doméstica foram identificados dois núcleos de sentido centrais para a análise: **entraves no processo de trabalho e particularidades do território.**

Com relação ao núcleo de sentido *entraves no processo de trabalho* identificaram-se três ideias associadas, expressas pelos profissionais de saúde: (a) condições de trabalho e tecnocracia; (b) promoção da saúde e prevenção da violência; (c) naturalização da violência.

Como já mencionado acima, durante as entrevistas realizadas para esta pesquisa, os profissionais da ESF atrelaram o atendimento às situações de violência doméstica aos entraves relacionados às **condições de trabalho e tecnocracia**. No segundo capítulo deste trabalho, vimos que desde a implantação da ESF, aquilo que parecia ser o impulso para o financiamento das ações e serviços necessários à promoção e prevenção da saúde de acordo com as reais demandas e necessidades da população de cada município, se reverteu em forte incentivo por parte do governo federal por meio das políticas de metas e produtividade.

De acordo com Nogueira e Mioto (2006), o incentivo do governo federal aos municípios para a adoção da ESF, já era distanciado dos princípios do SUS, na medida em que propunha um pacote fechado e enrijecido de serviços de saúde, desconsiderando as particularidades regionais tanto em relação aos equipamentos físicos existentes, quanto às necessidades específicas da população, além de entregar ao setor privado a prestação dos serviços de Atenção Básica de Saúde, por meio de OSs.

No município do Rio de Janeiro, atualmente, OSs gerenciam serviços de saúde, principalmente, os de Atenção Básica. O município estabelece metas que devem ser cumpridas pelas unidades de saúde administradas pelas OSs. A política utilizada para o alcance dessas metas, normalmente, é da produtividade (produção por desempenho), que intensifica a jornada de trabalho, em um modelo tecnocrático. Essa lógica exige que os serviços sejam prestados em quantidade, sem enfatizar a qualidade com que estes deveriam ser oferecidos.

Assim, as condições do trabalho na saúde e, por conseguinte, a oferta de serviços à população, têm sido precarizadas e ameaçadas por essa lógica de gestão. Inclusive, durante a realização desta pesquisa, os serviços municipais de saúde, sobretudo, os da atenção básica, enfrentavam severa crise administrativa (DONDOSSOLA; FACHEL; PEIXOTO, 2018), expressa pelos atrasos no repasse de verba do município para as OSs que gerenciam os serviços, acarretando em atrasos salariais (ÁVILA, 2019), falta de insumos, demissões em massa, greves e etc.

Este contexto possivelmente motivou os sujeitos da pesquisa a apresentarem as condições de trabalho e o modelo tecnocrático de gestão da saúde como entraves para o atendimento às situações de violência doméstica. O sucateamento do SUS e suas repercussões nos serviços de Atenção Básica podem ser considerados violência institucional, conceituada no primeiro capítulo (.) e expressa pelos próprios profissionais de saúde.

“Eu acho que há vários níveis de violência, né? Por exemplo, eu acho que a gente tá, hoje, os profissionais de saúde do SUS independente de trabalharem em comunidade ou não estão sendo vítimas de uma violência enorme por partidários dos governos, né? Da sociedade. Uma pressão enorme, uma... uma pressão psicológica, um assédio, eu diria até que... isso eu considero que seja violência, né?” (JMS.NM.S.1).

Os profissionais de saúde, com os quais travei conversas informais durante a pesquisa de campo, também corroboraram com a associação mencionada acima. Afirmaram que as Unidades Básicas de Saúde são responsáveis por acompanhar diversos agravos, são a “porta de entrada” para o sistema de saúde, e por isso se atêm aos casos de maior gravidade/complexidade. Em um processo de trabalho, no qual é cobrado produtividade, os serviços estão sucateados, os profissionais

estão sobrecarregados e desmotivados, o atendimento às demandas mais subjetivas, como classificaram os casos de violência doméstica, ou até mesmo a notificação de violência não são prioridades.

Também devido ao processo de mercantilização da saúde, o profissional não consegue se dedicar ao que denominamos por **promoção da saúde e prevenção da violência**. E assim, neste sentido, ressurge a questão apresentada no segundo capítulo: como desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos condicionantes de saúde das coletividades, se cada vez mais se dá maior incentivo à implantação de estratégias focalistas e fragmentadas?

De acordo com Mendonça et al. (2018), o modelo assistencial desenvolvido na Estratégia de Saúde da Família tem tentado seguir a linha de uma ABS integral, que abarca os determinantes sociais em saúde, a prevenção de agravos e promoção da saúde como fundamento para redução das violências e acidentes, tal qual preconiza a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Porém, sabe-se que a saúde é considerada historicamente campo de disputa, nele atuam correlações de forças com interesses distintos, que podem impactar nos modelos e serviços de saúde adotados.

Ainda que os profissionais tenham expressado o entendimento da violência doméstica como agravado para saúde e, nesse sentido, reconheçam o importante papel que a ESF pode desenvolver frente a esses casos, foi possível identificar, graças aos discursos que, assim como constatado por Lima et al. (2009) e Brum et al. (2013), a demanda por atendimento em saúde no território é maior e mais complexa do que a oferta de serviços e, então, os profissionais sentem-se sobrecarregados e afirmam estar muito ocupados com outros problemas de saúde da população e que para fazer promoção de saúde e prevenção da violência é preciso ter tempo de qualidade nos atendimentos, o que não há.

“De demanda que é muito maior do que o que você, do que, do que é preconizado, que a realidade, porque, assim, ‘ah, eu tenho minha equipe que eu atendo três mil pessoas, três mil e quinhentas pessoas’, tá beleza, eu não consigo atender essas três mil e quinhentas pessoas nunca, porque a demanda é maior do que... ‘Ah, você acompanha as três mil e quinhentas pessoas?’ Mentira. Só dos mais vulneráveis, que aí, eu busco por área, pra poder, pelo menos, esses a

gente tá mais perto... Vão tá cadastradas três mil e quinhentas, que deve ter passado por mim ou pelo médico algum momento da vida, mas acompanhar e saber, mentira” (DBS.NM.S).

Toda essa discussão que envolve o processo de promoção e prevenção à saúde, está diretamente articulada ao modelo de gestão em saúde, com a concepção de saúde adotada, que direciona as ações dos serviços, mas também é perpassada pelo entendimento dos profissionais sobre o processo saúde-doença, motivado, muitas vezes, pela violência estrutural presente na sociedade brasileira.

Como mencionamos, algumas vezes, ao longo deste capítulo, em várias ocasiões, a ***naturalização da violência*** se apresenta associada aos limites para intervenção dos profissionais de saúde nos casos de violência doméstica. Vários podem ser os fatores para a naturalização da violência, já pontuados no primeiro capítulo desta pesquisa. Minayo (2017), contextualiza que, no Brasil, a violência vem sendo construída histórica e socialmente, moldada e continuada em nossas estruturas, cultura, sociabilidade, famílias, indivíduos e instituições. Nossa sociedade, baseada em níveis expressivos de desigualdade social, se apresenta como solo propício para proliferação e banalização da violência.

A violência simbólica e estrutural que marca as relações sociais no país, mantida pelo autoritarismo socialmente implantado, também está associada à negação ou privação dos direitos básicos dos cidadãos (ADORNO, 1995; PINHEIRO ET AL., 1999; CHAUI, 2017), de modo que os sujeitos privados estariam expostos a um risco maior de sofrer ou cometer violências.

Para Cano (2007) a violência nas relações interpessoais e intersubjetivas pode ser entendida como uma gramática das relações sociais, um sistema de regras que governa a interação entre as pessoas. O que pode se confirmar na fala a seguir:

“Como a gente cresceu num ambiente é... nesse ambiente, né? De favela, vamos dizer assim, jovens que não estudaram, que é sem educação, e é uma boa parte, sabe? Então, são pessoas ignorantes e aí, não sabe conversar, não sabe ter uma pessoa de conversa, aí, tudo que fala já xingando, já é ali batendo” (JMS.M.T.2).

Nesse sentido, em um local onde a violência se expressa de formas diversas, seja pela dificuldade no acesso a direitos e a falta de políticas públicas,

ou as formas mais explícitas de violência, como a violência urbana, criminal, ou até mesmo pela violência cultural, ou seja, em ambientes em que a violência é frequente, as pessoas podem estar mais propensas a naturalizar o seu uso e a interiorizar valores que tornam isso possível. Essa assimilação, de maneira naturalizada, quase que inconsciente, fundamenta-se no conceito de *habitus* para Bourdieu. Essa reprodução da violência como *habitus* se dá, não só pelos moradores do território, como também pelos profissionais de saúde, que compartilham das mesmas gramáticas de sociabilidade adotadas.

Identificou-se nesta pesquisa que, visto a realidade social na qual os profissionais de saúde estão inseridos, muitos pensam a violência doméstica como algo “normal” e/ou de menor potencial agravante para a saúde, frente a tantas outras expressões de violência presentes no território.

“Vivenciado pela violência e acabam até se tornando normal, que não é pra ser normal, não é normal... é normal que as pessoas que vivem acabam achando que é normal e vai vivendo isso como se realmente fosse uma coisa natural, então, assim, até chegar aqui é muito difícil, a gente, às vezes, consegue captar na rua, consegue ter uma conversa, porque a gente, às vezes, não consegue trazer isso pra frente, pra tentar uma melhora, pra... porque, às vezes, a própria pessoa tá aceitando vivenciar isso e quando chega aqui acaba sendo assim, uma violência psicológica...” (JMS.M.T.2).

“Mas, assim, apesar de tudo isso, dessa violência? A comunidade é muito boa. Isso é muito bom, porque isso é a parte boa... É violento aqui? É, muito violento, muito mesmo, tu reage assim, todo dia é o que me motiva a vir pra cá” (JMS.NM.S.2).

A banalização da violência pode ser percebida também, por exemplo, quando indagados sobre a existência de casos de violência no território onde atuam, os profissionais responderam que quase não existe violência, pois é um local muito vulnerável e propenso a confrontos armados, pois fica localizado na divisa entre duas facções. Ou seja, como se trata de um local exposto a níveis extremos de violência, outras expressões do fenômeno podem ser diluídas, minimizadas, naturalizadas. Ademais, os profissionais participantes dessa pesquisa também sugeriram que as próprias pessoas que vivenciam situações de violência doméstica tendem a considerá-la como normal.

“E, muitas vezes, elas acham que elas merecem apanhar ou então que ‘ah, eu fiz, ele sabia, eu sabia que ele não gostava, mas eu fiz’, ‘sabia que não podia aceitar’, eu escuto muito isso aqui, ‘ah, ele não gosta que eu vou pro baile, fui

pro baile e ele me bateu'. 'Ninguém mandou eu ir pro baile', exatamente isso...' (DBS.NM.S).

Apesar de conhecermos o contexto histórico e social que fomenta a violência enraizada no Brasil, vimos que outros fatores específicos contribuem para naturalização da violência doméstica no contexto da ESF. Cabe acrescentar que a naturalização da violência se apresenta como um desafio para o atendimento das pessoas em situação de violência doméstica pela saúde, pois pode comprometer a identificação e reconhecimento dos casos, mas pode também contribuir para uma maior sensação de impotência por parte dos profissionais, que não serão capazes de alterar o *habitus* violento intrínseco na sociedade brasileira.

Já sobre a categoria **particularidades do território** existem três principais ideias associadas pelos profissionais de saúde: (a) violência criminal e as regras locais; (b) medo e insegurança por parte dos profissionais; (c) medo dos usuários de falar sobre as situações de violência.

Como visto anteriormente, é quase unânime o entendimento de que a ESF tem um papel fundamental no atendimento das pessoas em situação de violência doméstica. Espera-se uma atuação estratégica e potencial dos profissionais que trabalham na ESF para identificar, atender, notificar e prevenir tais situações. No entanto, como apresentado no início deste capítulo, a realidade dos territórios onde estão inseridas as Clínicas da Família, campo desta pesquisa, interfere diretamente na rotina dos serviços.

Silva (2015) afirma que a ausência de soberania do Estado nas favelas, advinda da incapacidade de atender aos interesses da população independente de suas condições sociais e econômicas, permite que a regulação do conjunto de relações sociais nesses locais seja feita pelos GCA, que, no caso da Maré, são narcotraficantes e ou milicianos. Ou seja, a regulação das relações sociais se dá por intermédio da gramática da coação, do medo, do controle e da violência, propriamente dita.

Cabe acrescentar que os sujeitos que compõem os GCA foram denominados pelos profissionais de saúde por alguns termos, como: atores, pessoas envolvidas, pessoas influentes, pessoal da correria, bandidos, meninos,

meninos do movimento, meninos do tráfico, poder paralelo, os donos, entre outros.

Pelo que foi possível identificar, pela fala dos profissionais de saúde, a **violência criminal e as regras locais** ditadas pelos GCA, na Maré, aparecem associadas diretamente aos limites e desafios para o exercício do potencial trabalho da ESF frente aos casos de violência doméstica e outros agravos também.

“É muito bonitinho, no papel, mas dia a dia, não é assim que funciona. Não é assim. Não é. Não dá pra fazer, não dá, não dá pra você meter peito lá dentro, dizer, assim, ‘olha, você, você vai tá amparada, você vai participar da casa da mulher porque você tem direito, ele tem que ficar cem metros de distância de você’, não dá, não dá pra você usar essa fala. Porque quem te dá essa garantia ali dentro? O poder paralelo? Por exemplo, uma gestante com sífilis, eu tenho problema pra tratar, por quê? Eu trato ela, ela vem aqui toda semana, mas ele se recusa a tratar... Mas também não usa o preservativo... Ou seja, essa gestante eu trato sífilis ‘ad eternum’... E não consigo... Porque ela aceita tá se infectando... Porque ele não aceita tratamento, ou muitas das vezes, ela não conta pra ele por medo de como ela vai agir, dizer que ela traiu ele, que não é ele que tem doença, que, se ele tem, foi ela que passou... Tem tudo isso” (DBS.NM.S).

Segundo os profissionais, quem determina o que pode ou não ser feito dentro da favela são os GCA que, inclusive, tomam para si o direito de interrogar, julgar e punir qualquer tipo de ação que seja considerada como desvio de conduta.

“Aqui, a gente é muito tolhido pela, pela circunstância local, né? Acho que a maior dificuldade é, é essa submissão às leis locais, entendeu? Que são, que são à margem das nossas entendeu? Das nossas que eu digo, das nossas, da nossa sociedade grande, como um todo, né? Por mais que a gente discorde de muita coisa na nossa Constituição, na nossa, pô, tem o direito de ir e vir, tem, tem cláusulas pétreas aí, que não são respeitadas, né? O direito à vida mesmo, né? Quer dizer, acho que, então... É, eu acho que a maior dificuldade realmente é essa, é esse subjulgamento, essa submissão a determinados valores” (JMS.NM.S.1)

Essa lógica de regulação das relações sociais pela gramática do medo, e do estabelecimento de regras locais próprias, endossa a visão amplamente criticada de “cidade partida” (VENTURA, 1994), mencionada pelos profissionais de saúde.

“Esse conflito aí da cidade partida, né? Assim, porque, a cultura, a cultura local é bastante diferente, né? Eu digo, apesar de eu trabalhar aqui, eu moro fora daqui. Eu moro na Zona Sul, então... Os valores são bem diferentes, aqui a gente tem um regime de leis completamente diferentes, então, existe desde a possibilidade de um justicamento por parte dos, dos atores locais, né? Das autoridades locais e que passa ao largo das nossas leis todas... Com o é... Também existe um... Existe um código, digamos assim, diferente que permite

determinados atos de violência, entendeu? Que na nossa, digamos, na cultura do outro lado da cidade não seriam permitidos, né?” (JMS.NM.S.1).

Nesse cenário, os GCA determinam o que é aceito como prática de sociabilidade e o que não é aceito. Por exemplo, o abuso sexual contra crianças foi mencionado como algo inadmissível no território, em compensação a forma de coibir essa prática é por intermédio de mais violência.

Vimos anteriormente o depoimento de um dos sujeitos desta pesquisa, no qual descreve detalhadamente a situação em que uma adolescente fora estuprada pelo padrasto e os atores do GCA, quando tiveram ciência do caso, convocaram os envolvidos para “investigação” sobre o ocorrido e, ao final, executaram a pena de morte para o sujeito julgado culpado. Neste caso específico, o homem punido era, de fato, o autor da violência, mas os profissionais expressaram que o poder local, muitas vezes, é exercido de forma arbitrária.

“A mulher de um, de um ‘ator’ que tá detido... É... Foi acusada de tá, de tá traindo ele, né? Então, o irmão dele pode agredi-la, raspar a cabeça dela, entendeu? E, e outras, e outras atitudes violentas, digamos assim, continuadas sem que ninguém pudesse fazer nada, entendeu? Porque é referendada pelas autoridades locais, esse tipo de atitude, né? Outro exemplo, chegou uma menina com sinais de estupro, chegou a dar vestígios de sangue, coisas assim bem... E aí, a... Assim, a mãe... Quando soube ficou transtornada e chegou e disse ‘já sei, é aquele velho que dá todo dia um dinheirinho pra ela comprar bala, né?’ . Porque, pô, ela passava todo dia vindo da escola, tinha um aposentado lá que dava uma moedinha pra ela comprar bala e disse, ‘pô, foi esse cara’. E aí, chegou pros ‘atores’, denunciou e ele foi sumariamente executado... tempos depois, um mês, quarenta dias depois, uma menina da mesma escola também foi violentada, entendeu? Só que essa primeira menina não falava quem tinha sido. Já essa segunda disse ‘não, foi fulano’. E aí, tinha sido fulano que tinha violentado a outra também, então, quer dizer, teve um cidadão que foi morto a paulada, porque dava uma moedinha pra uma criança comprar bala, entendeu? Depois, pra você ver como é que são as coisas” (JMS.NM.S.1).

Como já dito, a ausência de soberania do Estado nas favelas, que seria expressa pela garantia efetiva de direitos, gera essa noção de que as favelas são espaços ingovernáveis. Isto é, o que em alguma medida, legitima a regulação das relações sociais por parte dos GCAs, pois não há território sem regulação. Para Silva (2015), a legitimação relativa dos GCAs por parte dos moradores pode se dar devido à falta de investigação pelas instâncias tradicionais (como as polícias e o judiciário) dos crimes ocorridos nas favelas, que gera essa “complacência” com

a regulação territorial pelos GCA, que “evitam que a vida no local se torne ingovernável”.

“E elas gostam muito de status, aqui elas gostam de ostentar status. Tipo ‘Não vai mexer comigo, porque eu sou mulher de fulano e eu posso fazer e acontecer com você’, aqui tem muito disso... Bota bronca! Hoje de manhã, a paciente falou assim ‘Não vai me atender, não?’, eu falei assim ‘em nenhum momento a gente tá falando que a senhora não vai ser atendida, estamos falando que a senhora tem que esperar’. Ai, ela falou assim ‘ah vou aguardar sim, eu vou é lá dentro resolver isso’, ‘tá bom, pode ir lá dentro e resolver, não tem problema não, quando eles me chamarem, eu resolvo com eles’. Eles têm muito disso, de usar, isso aí, pra passar na frente, pra poder amedrontar a gente e a gente atender, entendeu?” (DBS.NM.S).

Além de tudo, os profissionais pontuaram que a violência do território é acirrada pela política de segurança pública, adotada pelo governo fluminense, a qual é exercida por meio de operações policiais pontuais e extremamente violentas, que geram ainda mais danos materiais e sociais.

“A gente vive não só a violência é... Individual, como tem essa questão dessa violência que a gente acaba vivendo pelo poder paralelo, né? Que é uma violência muito... Muito corriqueira, não só de atores, do pessoal da correria, mas como os dos próprios policiais que vêm de fora, aí vem com essa truculência, vem com essa coisa toda robusta, sem pensar em ninguém, sem pensar nos moradores, sem pensar é... Que pode ter alguma criança na rua...” (JMS.M.T.2).

Todo esse cenário gera **medo e insegurança por parte dos profissionais** frente às situações de violência doméstica. Talvez, essa associação tenha sido apontada com maior ênfase pelos profissionais como entrave para o atendimento à violência doméstica pela ESF. Algumas publicações sobre a atuação da ABS nos casos de violência também destacam a questão da violência e do medo de sofrer represálias por partes dos profissionais ao intervirem nesses casos (LIMA ET AL., 2009; MOREIRA ET AL., 2014).

Nesta pesquisa, foi possível perceber que os profissionais, apesar de saberem o papel da ESF nas situações de violência doméstica, muitas vezes, ficam paralisados pelo medo. Afirmaram que, mesmo quando percebem situações de violência doméstica, não se sentem seguros para intervir, com receio de sofrer consequências ou represálias. Isso faz com que o atendimento em saúde das pessoas em situação de violência possa ser comprometido, devido às inseguranças

dos profissionais mediante as regras locais. Dizem que o trabalho da saúde na Maré tem que ser sempre “pisando em ovos”.

“Mas nós temos que ter muito cuidado, até por conta da, do local, que é um local que todos nós sabemos, né? Por conta da violência aqui, temos que ter cuidado, temos que saber como abordar... Saber como abordar e, e, e, e ter ciência de que aquele cidadão ele quer ser ajudado, a gente tem que saber lapidar o que a gente tá fazendo, a gente não pode chegar e “vou fazer ponto, protocolei”, a gente... existe um protocolo que nós temos que seguir, mas a gente tem que saber levar as coisas no caminho certo mesmo, com medo” (JMS.NM.S.2).

“Eu acho complicado que a gente não pode levar, às vezes, o caso à frente por medo de sofrer represália, entendeu? Porque, assim, chega aqui e a pessoa tá espancado, a gente não pode intervir, chamar a polícia, fazer com que a pessoa denuncie. E mesmo quando não são envolvidos. Eu não abordo não. Mesmo pelo que a gente tava tratando anteriormente sobre represália. Aí, como é que eu vou chegar, vou lá na casa da pessoa saber. Por exemplo, o marido bateu, ela tá espancada. Entendeu? O marido chega: ‘O que que você tá fazendo na minha casa? Quem te chamou aqui?’ Aí, vai partir já pra a agressão comigo, entendeu” (DBS.M.T.3).

“Acho que de um modo geral. Até mesmo para enfermeira, médica só se for o caso de chegar machucada, mas dificilmente. Acho que já por conta mesmo do medo que ocasiona né?” (DBS.M.T.2).

“A gente tem medo né [a entrevistada fala isso em voz baixa]. Também, porque muitos profissionais moram dentro, né. Acabam ficando meio com receio, mas a gente tenta fazer nossa parte, mesmo com aquele receio” (DBS.M.T.1).

Também foi possível perceber que alguns profissionais se sentem muito frustrados e impotentes diante de situações de violência doméstica, pois devido à gramática do medo e da violência, não se julgam capazes de fazer alguma coisa que possa interromper a situação de violência doméstica.

“O que me entristece é essa questão de, da impossibilidade, essa... Essa sensação de... Essa sensação de invalidez... de impotência” (JMS.M.T.2).

“Então, qualquer tipo de violência, destrói totalmente a qualidade de vida da pessoa, porque a pessoa não consegue viver, se ela tá sofrendo uma violência psicológica, se ela tá sofrendo uma violência que tira a paz dela ou que venha perturbar o cotidiano dela, a saúde dela tá totalmente debilitada, e as pessoas não percebem isso aqui dentro, elas vão vivendo a violência como se isso fosse a coisa mais normal do mundo, e, pra gente, é muito complicado ver isso e não poder fazer nada, e, muitas vezes, a gente realmente não pode fazer nada” (DBS.NM.S).

Segundo os profissionais existe também o medo de serem taxados como X-9, crime sem perdão para os GCA. A gíria X-9 é utilizada pelo senso comum carioca para designar aqueles que são delatores, fofoqueiros, linguarudos. Para os

profissionais de saúde, intervir nos casos de violência doméstica pode representar uma intromissão no que diz respeito ao foro privado e íntimo e, portanto, pode caracterizar-se como fofoca. Isso ainda se agrava, pois segundo os profissionais, muitos casos abarcam pessoas envolvidas nos e ou com os GCA.

“Se acontecer alguma situação que chegar a ele e saber que fomos nós que falamos eles podem ir até os meninos e falar: ‘Oh, fulano servindo de X-9. Tá falando da minha vida’. Então, até por conta disso a gente pode ser cobrado. Porque eles não gostam que a gente fique falando da vida de ninguém. X-9 eles não toleram nada. Matam e somem com o corpo. Tem que ter muito cuidado. A gente vive numa situação que a gente tem que realmente ouvir muito mais do que falar. Porque a gente não sabe, não conhece as pessoas. Até as pessoas mais próximas da gente podem falar o que não deve. O que não deve entre aspas, né? A gente também tem que se policiar no que fala, porque é complicado. É difícil, é difícil. Mesmo que não seja um casal que seja envolvido e um dos dois acharem que a gente está se metendo na vida deles e forem falar. A gente também tem que prestar atenção nisso” (DBS.M.T.2).

“Muito complicado a gente intervir, porque, muitas das vezes, quem tá vivendo... Quem tá vivenciando a violência, são as próprias companheiras do pessoal do poder paralelo” (JMS.M.T.2).

Ainda que não tenha sido localizado para essa pesquisa, referências bibliográficas que exemplifiquem situações nas quais o profissional de saúde que interveio em situações de violência doméstica tenha sofrido algum tipo de sanção por parte do poder local, paira no território que as regras estabelecidas pelos GCA devem ser obedecidas por todos que convivem naquele espaço, caso contrário, a pessoa será chamada a responder pelos seus atos. Isso pode ser alimentado por notícias midiáticas diversas, nas quais traficantes armados impedem a circulação de prestadores de serviços no território. Por exemplo, em matéria publicada em julho de 2018 (NO RJ, 2018), um funcionário da CEDAE, empresa responsável pelo fornecimento de água e tratamento de esgoto no Rio de Janeiro, foi morto a tiros por traficantes quando entrava em uma favela da região metropolitana do Rio de Janeiro para prestar um serviço. Na matéria consta, inclusive, a informação fornecida por testemunhas que presenciaram o ocorrido, de que o rapaz alvejado passou quarenta minutos sem socorro médico, pois bombeiros e policiais, que estavam por perto, ficaram com medo de entrar na localidade.

Mesmo que nenhum profissional de saúde tenha relatado qualquer tipo de represália sofrida por terem intervindo em situações de violência doméstica,

houve vezes em que foram chamados pelos “donos” para responder por algo que não ocorreu de acordo com o esperado.

“É, pior, lá dentro já teve, teve vezes da gente... duas vezes a gente foi desenrolar, né? Que eles chamam, ir lá conversar com o chefão sobre o que tava acontecendo na unidade. Tive que ir já. E, assim, teve um dia que queriam bater, pegar a dentista aqui, todo mundo de fuzil na porta da clínica, por que não concordaram com atendimento dela com a filha de um deles lá... E eu falei assim: ‘gente, se sair viva daqui, meu Deus, eu vou pra uma igreja agradecer que tô viva’. E até acalmar os ânimos, tentar uma fala, porque também tem isso, primeiro, que eu não consigo entender muito que eles falam... Porque, às vezes, é tão esculhambado... Você não consegue, até você entender, conversar e chegar num acordo...” (DBS.NM.S).

Nesse ponto, cabe destacar outro fato já mencionado anteriormente, que é a diferença entre a abordagem de profissionais moradores do território e não moradores sobre a temática em voga. Observou-se que os profissionais de saúde participantes da pesquisa, que não moram na Maré apresentavam maior segurança e até certa tranquilidade para falar sobre o atendimento aos casos de violência doméstica, sobre a notificação desses casos e também sobre o poder exercido pelos GCA, mesmo que também tenham apresentado medo e receio quanto à condução desses casos motivados pelas causas apresentadas acima. Já os profissionais de saúde, moradores da Maré, que vivenciam cotidianamente a realidade local e consequentemente estão mais expostos às regras impostas pelos GCA, demonstraram muito mais insegurança para abordar o tema violência, de modo geral. Ficou evidente que, os profissionais moradores do território, sobretudo os ACS, não se sentem confortáveis para falar abertamente sobre o tema.

Logo, ainda que Lima et al. (2009) argumentem que os ACS, por estarem inseridos na mesma realidade dos usuários e compartilharem aspectos culturais e sociais, encontram-se em posição favorável para identificação de pessoas em situação de violência doméstica e estabelecimento de vínculo. O que se observou nesta pesquisa foi que esses profissionais ficam mais coagidos e interagem de forma mais simbiótica com a gramática do medo existente na favela e por isso, demonstram maior receio e insegurança para intervenção frente aos casos de violência. Desta forma, como na pesquisa realizada por Brum et al. (2013), os profissionais da saúde moradores da Maré admitiram que, muitas vezes, não

intervêm nos casos de violência, devido ao possível comprometimento na comunidade onde vivem e trabalham.

“Porque, assim, os Agentes de Saúde todos moram na comunidade. As enfermeiras, algumas. As técnicas acho que a metade mora dentro e a outra metade fora. Então quer dizer, a gente vive na realidade de lá de dentro. Então, a gente também não pode se envolver muito se não pode sobrar até pra a gente. Porque a gente tem que trabalhar mesmo só como profissional, porque a gente não pode se envolver. Se a pessoa ainda quer ajuda é uma coisa, agora se a pessoa não quer ajuda a gente não pode fazer nada. Olha e é muito complicado, porque até quando a pessoa quer ajuda a gente tem que saber o que falar” (DBS.M.T.2).

“É complicado, porque aqui, assim, como agente de saúde, a gente acaba sendo vulnerável, porque o cara, as pessoas não entendem a gente, muita das vezes, como uma peça que tá é auxiliando pra mudar a vida da pessoa na sua saúde, porque quando o, o agressor, a pessoa que está cometendo a agressão, elas veem é... Que a gente tá querendo ajudar na sua vida, dizendo que não tem nada a ver, tá se envolvendo, não tem porquê tá se envolvendo, e aí até ameaça, se você continuar se envolvendo e aí, assim, não sei o que lá, aquelas coisas todas, né? Até porque o agente comunitário ele mora na, no território, então, o que fica mais complicado pra gente, porque, às vezes, a pessoa de fora, tipo os enfermeiros, né?... que vem de fora, não é tão, não, não sofre tanto...” (JMS.M.T.2).

“Mas é como eu te falei, muita gente também fica meio assim, não vai muito a fundo, porque é uma coisa complicada, né, gente? A gente mora em comunidade, todo mundo conhece a gente. E depois, todo mundo vai embora e é a gente que fica aqui. Então, quer dizer, a gente só atende pessoas daqui, então olha o problema” (JMS.M.T.1).

Contudo, o medo e a insegurança parecem fazer com que o fazer profissional esteja mais próximo da visão biomédica da saúde, baseado em práticas curativas, fundamentadas na observação de sinais e sintomas tão somente, não considerando os determinantes sociais que interferem diretamente no processo saúde-doença. Dessa maneira, só são atendidos os casos de violência manifestada de forma mais evidente e mesmo assim indiretamente (BRUM ET AL., 2013). Mas isso não diz respeito única e exclusivamente à falta de entendimento sobre o papel da ESF frente às situações de violência doméstica, pelo contrário, a questão do medo e da insegurança dos profissionais, submetidos às regras locais, somada às condições de trabalho, gera propensão de uma atuação voltada para aspectos biomédicos, a qual, muitas vezes, não contempla a promoção da saúde e prevenção da violência, como preconizado na Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (SALIBA ET AL., 2007).

Por fim, mas não menos importante, os profissionais de saúde associaram os limites e desafios para intervenção frente aos casos de violência doméstica à questão do **medo dos usuários de falar sobre as situações de violência**. Assim como os profissionais estão submetidos às regras locais, estabelecidas pelos GCA, que regulam as relações sociais no território, eles argumentam que as próprias pessoas em situação de violência doméstica se sentem coagidas pela gramática do medo e não falam sobre os casos ocorridos, sobretudo mulheres. Esta ideia está diretamente relacionada com o fato de os profissionais só abordarem os casos de violência doméstica quando revelados diretamente pelo usuário que vivenciou.

“É muito difícil... Porque elas têm medo. Medo... Medo. Muitas vezes, acaba de sair daqui, vai lá e toma outro... Pau do marido... Porque veio aqui” (DBS.NM.S).

“É muito difícil, assim, chegar essa, esse tipo de situação na unidade até porque o pessoal, acho que ele tem medo, tem um pouco receio de represália e aqui já é um ambiente muito, muito... Vivenciado pela violência e acabam nem relatando” (JMS.M.T.2).

“Eu acho que elas têm medo por a gente ser comunidade, e pelo parceiro poder vim atrás, achar que tá dando queixa, reclamando com a gente. Acho que elas ficam com medo disso. Porque muitas também, às vezes, tá morando com o parceiro, sofre a agressão e não tem pra onde ir. Elas vão fazer a queixa e depois? Muito raro. Pode até vir, mas eu acho que é raro” (DBS.M.T.1).

Ao que pôde se notar, quando as pessoas não revelam a violência doméstica ocorrida, o que normalmente acontece por medo de sofrerem ainda mais violência, os profissionais não abordam, mesmo desconfiando que o que a pessoa está relatando é uma tentativa de encobrir a violência doméstica.

“Não falou, eu perguntei se ela tinha sido agredida, se ela tinha sido ofendida e não, e você tá vendo que aquilo ali aconteceu alguma coisa e diz caiu, diz que caiu no banheiro, diz que qualquer coisa, menos que o marido bateu. Aí você vê, fica meio que de mão atada, e você sabe que vai, ela vai apanhar, e que indiretamente não é culpa sua, porque você tá fazendo seu papel. Elas têm medo... Tem medo, não se sente segura pra falar, tem medo de sair daqui, tem medo de construir uma outra vida fora, estão acostumadas, também, a viver aqui...” (DBS.NM.S).

“Foi como eu te falei, normalmente eles nem falam... Às vezes, você sabe porque a outra pessoa comenta, tipo ‘fulano deu uma surra na mulher’, mas aí, você vai procurar e elas dizem que está tudo bem, que não quer mais falar sobre isso... Assim, não sei... Essas adolescentes eu até entendo, né? Porque é a maioria que fica assim... Mais nos relacionamentos assim, com pessoas envolvidas, né? Daí, é melhor deixar quieto...” (JMS.M.T.1).

“A gente acaba sabendo. E às vezes, assim, até coisas de outras áreas. Porque as pessoas comentam, né? Ainda mais quando chega a ser uma coisa assim que dá

para ouvir. Sempre tem um que comenta: ‘Ah, fulano tem um ex-marido que bate nela’. Mas, elas mesmas pouquíssimas vezes. Acho que a maioria dos casos que acontecem, realmente continuam acontecendo por medo de se manifestar. Aí, continua” (DBS.M.T.2).

Contudo, essa associação não pode ser compreendida isoladamente, o medo que os usuários dos serviços de saúde sentem é motivado normalmente pelos mesmos motivos que os profissionais alegam. Ou seja, os profissionais se sentem amedrontados pela lógica local e pelo receio de haver reações violentas diante de intervenções e afirmam que, além disso, os próprios usuários também não se sentem seguros de buscar atendimento na saúde para casos de violência doméstica, sobretudo, se tiverem algum tipo de envolvimento com membros dos GCA.

“Elas nem procuram [a saúde]. E aí delas se fizer isso. E se fizer isso, vai apanhar de novo” (JMS.NM.S.2).

“Acho que todo mundo tem esse medo. Se fosse mulher do bandido, a gente fica com mais medo de ajudar e... e... acho que todo mundo tem esse medo. Tem mulheres que sofrem agressão e tem medo de procurar a polícia, tem medo de ir numa delegacia.. O medo vem da pessoa de denunciar, de falar para alguém, pedir ajuda e a situação piorar. A delegacia ou a clínica da família, por exemplo. O medo vem da mulher. É porque a gente escuta, às vezes. casos no qual a pessoa fala: ‘Olha lá, ela denunciou, mas olha aí, ela matou ela do mesmo jeito’. Entendeu?” (DBS.M.T.1).

Portanto, como vimos ao longo deste trabalho o medo e a violência são historicamente utilizados como instrumentos para manipular, doutrinar, intimidar, oprimir, controlar indivíduos ou grupos. Podemos dizer que no cenário que conhecemos, a população sente “medo do medo” e, muitas vezes, optam por mudar a rotina, reprimir o direito de ir e vir, alterar suas relações sociais, do que ter que “pagar para ver”. “Preferem não ficar indignadas com determinadas situações e acabam aceitando o inaceitável, fingem não ver, reconstroem territórios, criam muros, grades, buscam formas de defesa (...)” (LIMA, p. 117, 2018). E, não diferente, os profissionais de saúde, moradores e não moradores da Maré, bem como os usuários dos serviços, todos compartilham dessa mesma sociedade, onde a violência é pano de fundo, as pessoas podem se tornar reféns do medo.

5. Considerações finais

Esta pesquisa teve como objetivo analisar sentidos que os profissionais de saúde atribuem às situações de violência doméstica atendidas em duas unidades de Atenção Básica à Saúde do conjunto de favelas da Maré, Rio de Janeiro.

Para introduzir a temática, foi importante primeiro apresentar uma discussão sobre os conceitos de violência, e mais especificamente violência doméstica, a partir de algumas abordagens teóricas. Além disso, foi necessário contextualizar o processo de consolidação da sociedade brasileira, fincada em pilares hierárquicos, autoritários e violentos, propagados, difundidos e calcificados nas relações intersubjetivas e pessoais inclusive.

Com objetivo de analisar os sentidos atribuídos por profissionais de saúde às situações de violência doméstica, também se fez necessário situar a violência como agravo para a saúde devido aos seus números alarmantes, e imergir no debate sobre os marcos legais que determinaram o processo para inclusão da temática na rotina de atendimentos em saúde, considerando os determinantes e condicionantes sociais do processo saúde-doença.

Para responder às questões relacionadas ao objeto dessa pesquisa buscou-se os seguintes objetivos específicos: apreender ideias implícitas e explícitas presentes no discurso dos profissionais de saúde, de modo que fosse possível descrever e interpretar sentidos atribuídos às situações de violência doméstica; identificar iniciativas realizadas pelos profissionais que atuam nas unidades de saúde envolvidas na pesquisa, para o atendimento às situações de violência doméstica; apontar limites e desafios para o atendimento dos serviços básicos de saúde às situações de violência doméstica, em territórios conflagrados.

De modo geral, podemos dizer que os profissionais de saúde tendem a associar a violência ao uso da força física, mas também relacionam as situações de violência à complexidade do contexto social dos usuários e dos serviços de saúde. Observou-se que muitos profissionais identificam as mulheres como as principais vítimas de violência doméstica, seguidas das crianças e adolescentes, e, por

último, os profissionais mencionam poucos casos de violência contra pessoas idosas.

Ainda sobre a percepção dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica, se observou que, embora prevaleça a reprodução da noção ampliada da saúde, a qual considera os determinantes sociais e, por isso, a violência se apresenta como um agravo, e necessita de cuidado por parte dos serviços, foi possível perceber que, motivados pela sensação de precarização das condições de trabalho e dos serviços de saúde, alguns profissionais consideram que a saúde não deveria se envolver nos casos de violência, pois o fenômeno extrapola o âmbito do setor, abrangendo os campos político e social.

Já no que diz respeito ao trabalho da saúde diante dos casos de violência doméstica, foi possível identificar que, embora os profissionais afirmem que não há muito que ser feito frente a situações de violência doméstica, estes desenvolvem ações relevantes no atendimento dos casos que chegam à Clínica da Família, percorrendo todo o processo de acolhimento, desenvolvimento de escuta qualificada e construção de vínculo. Entretanto, muitas vezes, esses profissionais sentem-se impotentes e subestimam suas ações, não conseguindo vislumbrar os impactos positivos e as repercussões favoráveis para os usuários em situação de violência doméstica, principalmente, perante a questões relacionadas a gramática do medo e as regras locais.

Cabe destacar o trabalho da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), principalmente Assistentes Sociais e Psicólogos, apontado pelos entrevistados como a principal estratégia para o atendimento aos casos de violência doméstica no âmbito da Atenção Básica à Saúde, sobretudo no que diz respeito à notificação.

Além disso, se sobressai o papel paradoxal desempenhado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que apesar de serem mencionados como atores estratégicos na identificação dos casos de violência doméstica por estarem inseridos na mesma realidade dos usuários e compartilharem aspectos culturais e sociais, o que se observou nesta pesquisa foi que esses profissionais se sentem coagidos e interagem de forma mais intrínseca com a gramática do medo existente

na favela e por isso, demonstram maior receio e insegurança na abordagem da violência.

Constatou-se que os profissionais participantes da pesquisa já receberam alguma capacitação ou treinamento sobre atendimento à violência doméstica, reconhecem-na como agravo para saúde, identificam casos de violência no território, sabem que devem acompanhar as pessoas envolvidas, mas sentem-se sobrecarregados e impotentes. Apontando como problemas a insuficiente retaguarda especializada para a elaboração de estratégias para a condução dos casos, a diminuição na quantidade de treinamentos em serviço, e o pior, a drástica redução no número de profissionais da Estratégia de Saúde da Família. Este último fator, aliás, ilustra bem o quadro de intensificação do sucateamento da saúde pública, alastrado após as eleições municipais de 2016, na qual o programa de governo eleito tem caminhado na contramão do que preconiza a Política Nacional de Atenção Básica à Saúde, principalmente no que diz respeito à garantia de serviços de qualidade para a população da cidade. Situação, diga-se, distante daquilo que o *slogan* eleitoral da chapa vencedora afirmava quando dizia que “chegou a hora de cuidar das pessoas”.

Outra questão importante é que no Brasil, a insidiosa escassez de investimentos públicos ou a má utilização dos mesmos – independentemente da esfera governamental – somados à constante omissão do Estado, produzem desigualdades sociais que tomam corpo por meio das favelas, como o caso da Maré. A ordem simbólica construída em torno da favela e do estereótipo do favelado contribuem para a reprodução das desigualdades sociais, expressas também nos cortes dos orçamentos, na precarização dos serviços públicos e na incompletude das ações frente às demandas e às necessidades dos moradores das favelas. Ainda que seja possível identificar na Maré diversos equipamentos públicos como escolas, unidades de saúde, centros culturais, estes ficam em número e qualidade aquém da demanda da população.

Mesmo identificando permanente sensação de impotência e solidão por parte dos profissionais de saúde, frente às situações de violência doméstica, foi possível identificar também que, no caso específico da Maré, os profissionais sabem citar as instituições que compõem a Rede de Proteção Social, que

normalmente ofertam serviços psicossociais, assistência jurídica, profissionalização. É importante destacar a preponderância para as ONGs e projetos sociais que atuam na Maré, mencionadas enquanto espaços estratégicos para o encaminhamento das situações de violência doméstica, além das Escolas. Entretanto, após o encaminhamento dos usuários para tais serviços, os profissionais não souberam dizer os desdobramentos dos casos, o que aponta para fragilidades no processo de referência e contra referência, fundamental para o desenvolvimento de ações intersetoriais, consideradas estratégicas para os casos de violência doméstica que, muitas vezes, extrapolam a alçada do setor saúde.

Foi possível perceber que apesar do incentivo e das diretrizes existentes para qualificar a assistência à população em situação de violência doméstica, ainda existem lacunas no atendimento desses casos, no âmbito da Atenção Básica à Saúde. Por intermédio desta pesquisa, constatou-se que uma das principais lacunas está relacionada à notificação compulsória da saúde, para os casos suspeitos e ou confirmados de violência. Ainda há muito melindre por parte dos profissionais sobre a utilização desta ficha, alguns não reconhecem a importância do instrumento ou alegam não ter tempo para burocracias. Outros até conhecem a ficha, porém afirmam que seu preenchimento é atribuição de outro profissional, não dele.

Há ainda confusão entre notificação e denúncia dos casos de violência e, somado a tudo isso, existe o medo dos profissionais se envolverem nos casos de violência, ainda mais de maneira formalizada. Medo este permanente e constantemente mencionado nesta pesquisa. Medo de notificar e ter que responder oficialmente pela ocorrência; medo da ficha de notificação ir parar “nas mãos de quem não deve”; medo de sofrer represálias por conta da “denúncia”; medo por não saber para onde vai a ficha; medo de não saber utilizar o instrumento e etc. Apesar de demonstrarem o conhecimento sobre a existência do instrumento de notificação de violência, sentem-se muito inseguros para utilizá-lo.

Ainda sobre a notificação, foi possível identificar a existência de um fluxo específico, criado pelo Grupo Articulador Regional de Violência (GAR)/CAP 3.1, para que os profissionais da Atenção Básica à Saúde acompanhem os casos de violência notificados pelos serviços de urgência e emergência. Ao que se pode

notar, se por um lado a criação deste fluxo representou um avanço e propulsionou o acompanhamento de casos de violência que antes não chegavam aos serviços de Atenção Básica à Saúde, por outro lado, este fluxo pode ter sido interpretado como a desoneração do profissional da Estratégia de Saúde da Família quanto a responsabilidade de notificar os casos de violência doméstica, passando a atribuição a ser entendida como restrita às urgências e emergências, cabendo a ABS acompanhar os casos que já foram notificados.

Desta forma, no que diz respeito ao papel da saúde frente aos casos de violência doméstica, mesmo diante dos limites e desafios encontrados cotidianamente, podemos notar que existem avanços em curso imprescindíveis para qualificação do atendimento da saúde aos casos de violência. Os sujeitos dessa pesquisa apontam para avanços, inclusive no que tange ao entendimento sobre violência, que vêm contribuindo para a melhoria dos serviços ofertados e também para a construção de estratégias e identificação de potencialidades para o acolhimento das pessoas em situação de violência.

Sobre os limites e desafios para intervenção dos profissionais de saúde nas situações de violência doméstica, mencionados acima, não podemos desconsiderar a complexidade do fenômeno em questão e nem tampouco todo o processo sócio-histórico de conformação da sociedade brasileira calcada no autoritarismo socialmente implantado, que se utiliza da violência nas suas mais diversas expressões para se reproduzir. Logo, a superação dos limites apresentados não é de responsabilidade de uma só instância, ao contrário, devem fazer parte da esfera de ações do conjunto de agentes atuantes na instância estatal, na sociedade civil e na iniciativa privada.

No Brasil, a violência vem sendo construída histórica e socialmente, moldada e continuada em nossas estruturas. Nossa sociedade, apresenta níveis expressivos de desigualdade social, que alimentam e calcificam a violência simbólica e estrutural que marcam as relações sociais no país. Em um local onde a violência se expressa de formas diversas, seja pela dificuldade no acesso a direitos e na falta de políticas públicas, ou pelas formas mais explícitas de violência, como a violência urbana, criminal, ou até mesmo pela violência cultural, ou seja, em ambientes em que a violência é frequente, como é o caso da Maré, as pessoas

tendem a naturalizar o seu uso e a interiorizar valores que tornam isso possível, como observou-se nesta pesquisa.

Foi apontado como entrave para o atendimento às situações de violência doméstica na saúde as condições de trabalho e tecnocracia. Pode-se dizer que, o projeto democrático que fundou e sustenta o SUS, tem sido atacado de forma acirrada desde 2016, com o impeachment da presidenta eleita Dilma Rousseff, principalmente com a aprovação da Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016), que congelou o orçamento público por vinte anos.

Assim, ainda que a Constituição Federal vigente determine a saúde como um direito de todos e dever do Estado, este último tem estrangulado os recursos da saúde, gerando problemas para a manutenção da rede de serviços e privilegiando o setor privado. Tal orientação política tem impactado sobremaneira os profissionais de saúde que faz tempo sentem-se sobrecarregados, quando não esgotados. Neste sentido, em processos de trabalho, nos quais é cobrada produtividade, os serviços estão sucateados, a demanda por atendimento em saúde é maior e mais complexa do que a oferta de serviços, os profissionais se veem desmotivados, e o atendimento às demandas mais subjetivas, como classificaram os casos de violência doméstica, ou até mesmo a notificação de violência, não são prioridades.

O campo de pesquisa em questão revelou algumas especificidades, a Maré, ao mesmo tempo em que apresenta várias vantagens como: abundância de oferta de comércio e serviços oferecidos; localização favorável; facilidade de locomoção; baixos custos com moradia e tarifas em relação a outras áreas da cidade; além das relações interpessoais, subjetivas e afetivas construídas no local. Apresenta também um contexto difícil devido ao domínio por Grupos Civis Armados, que estabelecem regras locais.

O domínio dos GCA na Maré, assim como em outras favelas do Rio de Janeiro, se deu historicamente em decorrência da insuficiente presença soberana do Estado nesses territórios. As favelas são tidas como espaços perigosos onde cabem práticas que não são adequadas nos espaços ditos formais da sociedade. Mesmo que tenha sido quase unânime o entendimento de que a ESF tem um papel

fundamental no atendimento das pessoas em situação de violência doméstica, foi ainda mais determinante a sensação de medo expressa pelos profissionais, que se dizem expostos e submetidos às regras locais.

Os resultados desta pesquisa indicam que os profissionais consideram que quem determina o que pode ou não ser feito dentro da favela são os GCA. Os membros desses grupos tomam para si a responsabilidade de interrogar, julgar e punir qualquer tipo de ação que seja considerada desvio de conduta. Essa lógica de regulação das relações sociais pela gramática do medo, e do estabelecimento de regras locais próprias, endossa a visão retrograda de “cidade partida”, na qual a representação social de favela é tida como local de carência, onde falta lei e ordem e o morador seria o “pobre coitado” ou o “perigoso”, sujeito à parte, que convive com leis e regras próprias.

Essa noção propagada no senso comum de cidade dividida, ou da não cidade, é conveniente para o Estado enquanto gestor de políticas públicas, que se desresponsabiliza pela prestação de serviços de qualidade nessas localidades devido ao caráter de informalidade e transitoriedade dessas áreas. Nesse sentido, será necessário um longo caminho para superar a noção de cidade partida, na qual não podemos pensar a favela com os mesmos pressupostos que organizam outras partes da cidade.

É imprescindível a adoção de uma perspectiva que compreenda as favelas como consequência da desigualdade social, produzida e reproduzida pelo modelo de desenvolvimento econômico que vivemos, no qual a menor parte da população tem muitos benefícios e privilégios, deixando grande parte da população marginalizada, apartada. Assim, a favela tida como produto desse sistema econômico, parece necessária para que ele se (re)produza.

Também não podemos desconsiderar o sentimento de medo apresentado pelos profissionais de saúde como o maior entrave para o atendimento às situações de violência doméstica – especialmente os profissionais residentes na Maré. Afirmam que mesmo quando percebem situações de violência doméstica, não se sentem seguros para intervir, com o receio de sofrer consequências ou represálias, devido às ameaças subliminares e diretas. Os profissionais da

Estratégia de Saúde da Família sentem-se oprimidos, impotentes e coagidos frente às situações de violência doméstica. Além disso, os profissionais de saúde relatam o medo que as próprias usuárias, que vivenciam situações de violência doméstica, têm de relatar o ocorrido por medo de sofrerem ainda mais violência, além do mesmo motivo apresentado pelos profissionais: se sentem coagidas pelo medo estabelecida no local.

Assim, podemos dizer que o GCA opera na Maré, através da gramática do medo, que serve para legitimá-lo no território enquanto instância de poder que não deve jamais ser desafiada. Neste sentido, não é necessário que haja simpatia ou a colaboração de todos junto à empreitada criminosa, mas que não se desobedeça aquilo que se “pede”. Compreender que tal gramática povoa diversas das experiências, memórias e o imaginário coletivo dos moradores do território, é importante para pensar lógicas de atendimento dos profissionais de saúde às situações de violência doméstica. Desafortunadamente, a despeito de todos os avanços na sociedade no que diz respeito à equalização dos direitos entre homens e mulheres, da criação de leis e órgãos específicos que visam dar maior atenção ao problema da violência doméstica, o alcance de tudo isto, para o conjunto da sociedade, principalmente para as populações menos assistidas pelo poder público, parece ainda distante.

Em territórios como a Maré, a regra gerida pelo medo parece não autorizar a entrada inadvertida às intimidades alheias, pois o risco que se corre é de ser tachado de X-9 (aquele que fala demais). Assim, se por um lado, avanços foram obtidos no sentido de “desinvizibilizar” o problema da violência doméstica, na favela, o caminho para a desconstrução da máxima “em briga de marido e mulher ninguém mete a colher” parece estar um pouco mais distante, sobretudo quando retroalimentado pela máxima da “cidade partida”. Deste modo, a possibilidade de atendimento e notificação das situações de violência doméstica por parte da saúde ou qualquer tipo de “busca ativa” desses casos em territórios em que o GCA sinta as raízes do medo, não parece vingar ante um sentimento de desconfiança sempre presente.

Um caminho plausível para a melhora deste quadro, talvez, passe pelo fortalecimento das instituições de base comunitária, que possam fomentar ainda

mais a participação da sociedade civil em iniciativas que ajudem a romper com a reprodução da violência, de modo que se construam novas formas de mediação, de ações para valorização da vida e da dignidade dos moradores.

Cabe valorizar o trabalho de educação permanente e continuada ofertado aos profissionais de saúde. Empiricamente, durante a execução do “Projeto de Prevenção à Violência Doméstica”, do qual participei da organização e que tinha como objetivo capacitar profissionais da ABS para o atendimento e notificação de violência, foi possível constatar que os profissionais de saúde, quando recebiam treinamentos sobre determinados assuntos, e identificavam respaldo técnico e legal para atuação frente às situações-problemas, tendiam a sentir-se mais seguros e confiantes para intervenção.

Nos períodos próximos às capacitações foi possível observar, inclusive, aumento no número de notificação de violência pela ABS. Desta forma, mesmo reconhecendo os avanços já pontuados no que diz respeito à qualificação na tratativa da violência pelo setor saúde, faz-se necessário barrar o desmonte da saúde pública que assistimos no Brasil e, mais especificamente, no município do Rio. Os recursos encontram-se escassos, tanto financeiros, quanto humanos, de gestão, e culturais, para investir nas respostas adequadas para o enfrentamento da violência e para superação desse paradigma presente na nossa sociedade.

Outra estratégia que merece atenção é o aumento de equipes multiprofissionais que sejam retaguarda especializada para as equipes mínimas da ESF. Apesar do NASF ter sido apontado como principal estratégia para o atendimento às pessoas em situação de violência, os profissionais mencionam a sensação de solidão e impotência frente às essas situações, logo, podemos notar que os Grupos Articuladores Regionais (que correspondem à cada CAP específica) precisam ser instituídos e fortalecidos, visto que estes se apresentam enquanto estratégia adotada pelo município do Rio de Janeiro para acompanhar os desdobramentos dos casos de violência atendidos em cada área. Os GAR, para além de supervisionar o trabalho da ESF, no que tange ao atendimento da violência, poderá contribuir para articulação interinstitucional e intersetorial, fomentando as relações em rede, portanto, esses grupos estratégicos para o sistema de saúde local precisam ser ampliados, de modo que tenham alcance às unidades de ABS, que possam fazer o discussão e acompanhamento dos casos de

violência doméstica apresentados pelas equipes de ESF, e, desta forma, sejam também o respaldo e/ou a retaguarda que o profissional de saúde necessita. Todo este trabalho requer mão de obra especializada, tempo, investimentos políticos e financeiros, ou seja, os critérios de produtividade estabelecidos pela gestão e a precarização dos serviços públicos de saúde comprometem essas ações.

O fortalecimento do trabalho articulado, sob lógica de Rede de Proteção Social é fundamental, na qual se compreende que, apesar de toda legislação existente, o profissional de saúde e, nem tão pouco o setor saúde sozinho pode assumir a responsabilidade no combate à violência doméstica, sobretudo em territórios conflagrados, exigindo ações intersetoriais e de caráter interdisciplinar. Tal noção de intersetorialidade, com vistas a garantir o atendimento integral à diversa e complexa necessidade da população (o que abarca as situações de violência atendidas pelo setor saúde), só poderá ser alcançada se houver a superação da fragmentação das políticas públicas, tanto (e talvez, principalmente) no nível de gestão e administração dessas políticas, quanto no nível de implementação e execução das mesmas.

Contudo, se por um lado, os resultados desta pesquisa apontam para uma série de dificuldades, principalmente devido à gramática da violência e do medo, estruturante da sociedade brasileira e reproduzida de forma ainda mais aguda nas favelas. Por outro lado, foi possível identificar práticas desenvolvidas para garantir serviços de saúde em seu sentido mais amplo, além de formas de resistência existentes na Maré.

Mesmo em tempos difíceis, com previsões não muito animadoras, é preciso “fazer buracos no muro”. É preciso engajar ações que busquem caminhos para a superação do paradigma da violência, arraigada na sociedade brasileira. É preciso acumular energias e fortalecer novas formas de organização popular que lutem pela saúde como direito público, universal e de qualidade. Logo, a pesquisa em tela se faz relevante na medida em que o conhecimento sobre a realidade possa subsidiar o desenvolvimento de ações/políticas específicas, inserindo cada vez mais o tema da violência e suas repercussões na saúde para a agenda do setor e para o cotidiano dos serviços, que tem sido um processo árduo e ainda em construção.

6.

Referências bibliográficas

ADORNO, S. **A violência na sociedade brasileira: um painel inconcluso em uma democracia não consolidada.** In: Revista Sociedade e Estado, vol. X, nº 2, jul/dez:299-342, 1995.

_____. **Exclusão socioeconômica e violência urbana.** Sociologias, Porto Alegre, ano 4, nº 8, jul/dez: pag. 84-135, 2002.

ALMEIDA, S. S. **Essa violência maldita.** In: Violência de Gênero e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

ARRIAGADA, I. **Transformações sociais e demográficas das famílias latinoamericanas.** In: DOMINGUES, José Maurício e MANEIRO, María (orgs.) América Latina Hoje – conceitos e interpretações, Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 197–223, 2006.

ASSIS, S. G. de; CONSTANTINO, P. **Violência contra crianças e adolescentes: o grande investimento da comunidade acadêmica na década de 90.** In. MINAYO, M. C. S. et al (orgs.) Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 284p.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. **Atendimento à Pessoa em Situação de Violência pelo Sistema Único de Saúde.** In. MINAYO M. C. e ASSIS S G (orgs.). Novas e Velhas Faces da Violência no século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

AVANCI, J. Q et al. **Violência contra criança e o adolescente: descobertas e desafios.** In. MINAYO, M. C; ASSIS, S. G. (orgs). Novas e Velhas Faces da Violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 596p. 2017.

ÁVILA, E. **Prefeitura do Rio avisa que vai atrasar pagamentos para organizações que cuidam de unidades de saúde.** Site Globo.com. 07 de jan. 2019. Disponível em: <<https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/blog/edimilson-avila/post/2019/01/07/prefeitura-do-rio-avisa-que-vai-atrasar-pagamentos-para-organizacoes-que-cuidam-de-unidades-de-saude.ghtml>>. Acessado em: 04 mar. 2019.

BARATA, R. B. **Condições de Saúde da População Brasileira.** In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. et. al. (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BERNARDO, M. H. J. **A centralidade da família na legislação e a violência estrutural: Reflexões iniciais sobre a violência intrafamiliar no campo do envelhecimento.** Águas de Lindoia: 14º CBAS, outubro/2013.

BERNARDO, M. H. J.; ASSIS, M. **Saúde do Idoso e a integralidade da atenção.** In: Marco José de Oliveira Duarte; Carla Cristina Lima de Almeida; Giselle Lavinias Monnerat; Rosimary Gonçalves de Souza. (Org.). Política de Saúde Hoje: Interfaces & Desafios no Trabalho de Assistentes Sociais. 1ª ed. Campinas: Papel Social, 2014, v. 1, p. 317-333.

BILAC, E. D.. **Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil. Notas muito preliminares.** Em Ribeiro, I. e Ribeiro, Ana Clara T. (orgs.) Família em processos contemporâneos: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo, Loyola, 1995.

BOURDIEU, P. **O poder simbólico.** 15ª edição, Rio de Janeiro, Bertand Brasil, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa,** 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso em: 25 de novembro de 2017/25 de abril de 2018.

_____. **Emenda Constitucional Nº 95/2016.** Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/emecon/2016/emendaconstitucional-95-15-dezembro-2016-784029-publicacaooriginal-151558-pl.html>> Acesso em: 20 de outubro de 2018.

_____. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990-b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm Acesso em: 20 de outubro de 2017.

_____. Lei n. 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** 1990-a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm Acessado em: 3 de maio de 2018.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acessado em: 3 de maio de 2018.

_____. Lei nº 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006. **Lei Maria da Penha.** (2006-a) Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm. Acessado em: 3 de maio de 2018.

_____. **Lei Nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.** Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm.

_____. Ministério da Saúde, **Manual para Organização da Atenção Básica/Secretaria de Assistência à Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 1999-b.

_____. Ministério da Saúde, **Política Nacional de Atenção Básica, Brasília: 2012.** Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2017.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria nº 1968/2001** Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt1968_25_10_2001_rep.html Acesso em: 20 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria nº 2.436/2017.** Revisão da Política Nacional de Atenção Básica, Brasília: 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html. Acesso em: 20 de outubro de 2018.

_____. Ministério da Saúde, **Portaria nº 936, de 19 de maio de 2004.** Dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt0936_19_05_2004.html Acesso em: 25 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 1365, de 09 de dezembro de 1999: alguns aspectos da população idosa brasileira.** Diário Oficial da União, Brasília, DF, 13. Dez. 1999-a. Seção 1.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas e estratégicas. **Linha de cuidado para atenção integral para a saúde de crianças e adolescentes e suas famílias em situação de violência: orientação para gestores e profissionais de saúde.** Brasília: 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf. Acessado em: 25 de abril de 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Instrutivo de Preenchimento da Ficha de Notificação/Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou Outras Violências.** Brasília-DF 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_instrutivo_violencia_interpessoal_autoprovocada_2ed.pdf Acessado em: 05 de março de 2019.

_____. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.** Portaria GM/MS, Nº 737, de 16/05/01. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf> Acesso em: 20 de outubro de 2017.

_____. Portaria Nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.** (2006-b) Disponível em: <http://www.saudeidoso.iciet.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeDaPessoaIdosa.pdf>

_____. Resolução nº 1507 de 20 de Outubro de 2009. **Regulamenta o Núcleo de Promoção da Solidariedade e Prevenção das Violências no Município do Rio de Janeiro**. Diário Oficial, 2009; 20 out.

BRUM, C. R. S. et al. **Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde**. Psicologia em Pesquisa/UFJF, 7(2)242-250, julho-dezembro, 2013.

BUDÓ, M. L. D. et al. **Percepções sobre a violência no cenário de uma unidade de saúde da família**. Cogitare Enferm. 2012 Jan/Mar; 17(1):21-8.

CABRAL C. M. T. et al. **O SUS e a rede de garantia de direitos: Estado da Arte sobre as publicações científicas concernentes à implantação de serviços de acolhimento a crianças e adolescentes vítimas de violência**. Mudanças - Psicologia da Saúde, v. 20, p. 81-88, 2012.

CANO, I. **Violência estrutural e suas repercussões na juventude**. In: Violência Contra a mulher adolescente/jovem, Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 43 - 47, 2007.

CARVALHO, A. I. de; BUSS, P. M. **Determinantes Sociais na Saúde, na Doença e na Intervenção**. In: GIOVANELLA, L., ESCOREL, S. et. al. (Orgs.) Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

CARVALHO, J. M. de. **Cidadania no Brasil: o longo caminho**. 22ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2016.

CHAUÍ, M. **Sobre a violência**. In Ericka Marie Itokazu, Luciana Chauí-Berlinck (Orgs.). Escritos de Marilena Chauí. v. 5. 1. Ed. – Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2017. .

COUTO, M. **Violência: O Complexo da Maré em 5 gráficos**. 24 Mai. 2017. Site Blogs.oglobo. Disponível em: <http://blogs.oglobo.globo.com/na-base-dos-dados/post/violencia-o-complexo-da-mare-em-5-graficos.html> Acessado em: 15 Jan. 2019.

CRISPIN, A. S. **A violência contra os idosos**. In. NJAINE, K. (org.). Impactos da Violência na Saúde: Rio de Janeiro, 2009.

DAFLON, R. **Maré de Dentro: duas pesquisadoras de ONG falam sobre a violência do ponto de vista da favela**. Jornal do Brasil. Publicação em 19 de novembro de 2018.

DONDOSSOLA, E; FACHEL, F; PEIXOTO, G. **Defensoria recomenda que prefeitura declare estado de calamidade na saúde pública do Rio**. 22 out. 2018. Site Globo.com. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/2018/10/22/defensoria-recomenda-que-prefeitura-declare-estado-de-calamidade-na-saude-publica-do-rio.ghtml>. Acessado em: 04 mar. 2019.

ENGELS, F. **Teoria da Violência**. In. Engels, pp. 146-188, São Paulo: Ática, 1981.

G1 RIO. Maré ganha nova Clínica da Família, com nome de garoto morto por bala perdida. 02. Mar. 2018. Site G1 Globo.com. Disponível em: <https://g1.globo.com/rj/rio-de-janeiro/noticia/mare-ganha-nova-clinica-da-familia-com-nome-de-garoto-morto-por-bala-perdida.ghhtml> Acesso em: 15. Jan. 2019.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades no contexto brasileiro. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006.

GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S. et al (orgs.) *Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira.* Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 284p. 2003.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Suely Ferreira Deslandes (org). Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

GOMES, R. et. al. A atenção básica à saúde do homem sob a ótica do usuário: um estudo qualitativo em três serviços do Rio de Janeiro. In: *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(11):4513-4521, 2011.

_____. **Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação.** In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). *Avaliação por Triangulação de métodos: abordagens de programas sociais.* Rio de Janeiro : Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior.** In: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar. 2007.

HOLANDA, S. B. de. Raízes do Brasil. 26 ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1995.

IBGE. Censo IBGE 2010. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) -, 2010.

INSTITUTO NOOS. Prevenção e atenção à violência intrafamiliar e de gênero: apoio às lideranças comunitárias / Instituto NOOS. – Rio de Janeiro: Instituto NOOS, 2010.

LIMA, J. S. Notificação da Violência como fator de proteção social a criança e adolescentes – 1. ed. – Curitiba: Appris, 163 p.; 2018.

LIMA. M.A.D.S; et al. Atendimento aos usuários em situação de violência: concepções dos profissionais de unidades básicas. *Rev Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 dez;30(4):625-32.

LOURENÇO, N.; CARVALHO, M. J. L. **Violência Doméstica: Conceito e Âmbito**. Tipos e Espaços de Violência. Revista da Faculdade de Direito da UNL, Lisboa, Ano II – Nº3, 2001.

MEDEIROS, L. (org.). **Políticas públicas de enfrentamento à violência contra mulher**. 1ed. Rio de Janeiro: Letra Capital: PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 164p. 2018.

_____. **Em briga de marido e mulher, o Estado deve meter a colher: políticas públicas de enfrentamento à violência doméstica**. Rio de Janeiro: Ed. PUC-Rio; São Paulo: Reflexão, 268p. 2016.

MELLO JORGE, M. H. O; KOIZUME, M. S.; TONO, V. L. **Causas Externas: o que são, como afetam o setor saúde, sua medida e alguns subsídios para a sua prevenção**. In. CIANCLARULLO, T. I. (Org.). Revista Saúde – UNG On Line. São Paulo, v. 1, nº 1, p. 37-47, 2007. Disponível em: <<http://revistas.ung.br/index.php/saude/issue/view/9/showToc>>. Acessado em: 10/01/19.

MELLO, G. A. et al. **Atenção Básica e Atenção Primária à Saúde - Origens e Diferenças Conceituais**. Rev. APS, v. 12, n. 2, p. 204-213, abr./jun. 2009.

MENDES, E. V. **Entrevista - O SUS e a Atenção Primária à Saúde**. Revista de APS, Juiz de Fora, v. 8, n. 2, jul./dez. 2005.

MENDONÇA, M. H. M. et al. **Os desafios urgentes e atuais da Atenção Primária à Saúde no Brasil**. In. Atenção Primária à Saúde no Brasil: conceitos, práticas e pesquisa – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018.

MINAYO, M. C. et al. **Violências Visíveis e Invisíveis Contra a Pessoa Idosa**. In. MINAYO M. C. (org.). Novas e Velhas Faces da Violência no século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

MINAYO, M. C. S. **A inclusão da violência na agenda da saúde: trajetória histórica**. Ciência e Saúde Coletiva, 11(Sup):1259-1267, 2007.

_____. **A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública**. Cad. Saúde Públ., 10 (suplemento 1): 07-18, Rio de Janeiro, 1994.

_____. **Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social**. In: Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Suely Ferreira Deslandes (org). Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

_____. **Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal a saúde**. In. NJAINE, K.; Assis, S.G.; Constantino, P. Impactos da Violência na Saúde: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

_____. **Violência e saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2010.

_____. **Violência: um problema para saúde dos brasileiros.** In. SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (Orgs.) Impactos da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: Ministério da Saúde, p. 9-42, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DE SOUZA, E. R. **As múltiplas mensagens da violência contra idosos.** In. MINAYO, M. C. S. et al (orgs.) Violência sob o olhar da saúde: infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro Editora Fiocruz, 284p. 2003.

_____. **É possível prevenir a violência? Reflexões a partir do campo da saúde pública.** Ciência & Saúde Coletiva, 4(1):7-32, Rio de Janeiro, 2005.

MINAYO, M. C.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. D. **Os múltiplos tentáculos da Violência que Afeta a Saúde.** In. MINAYO M. C. e ASSIS S G (orgs.). Novas e Velhas Faces da Violência no século XXI: Visão da literatura brasileira do campo da saúde – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2017.

MINAYO, M. C.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro; FIOCRUZ, 2002.

MIOTO, R. C. T. **Família e Serviço Social: contribuições para o debate.** In: Revista Serviço Social e Sociedade, n.º 57, São Paulo, Cortez, 2004: 111–130.

MISSE, M. **Crime Organizado e Crime Comum no Rio de Janeiro: Diferenças e Afinidades.** In. Revista Sociologia Política, Curitiba, v.19, n.40, p. 13-25, out. 2011.

MONNERAT, G. L. SOUZA, R. G. **Da seguridade à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil.** R. Katálisis, v. 14, n. 1, jan./jun. Florianópolis, (p. 41-49), 2011.

MOREIRA et al. **A construção do cuidado: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de Saúde da Família.** In. Saúde Sociedade São Paulo, v. 23, n. 3, p. 814-827, 2014.

MORGADO, R. et al. **Crianças e Adolescentes em situação de violência.** In. NJAINE, K.; Assis, S.G.; Constantino, P. Impactos da Violência na Saúde: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

MORGADO, R. **Palmada de amor dói.** In: Violência de Gênero e Políticas Públicas. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2007.

MUSUMECI, B. **Enfrentamento da violência contra mulheres: impasses e desafios.** In: Violência Contra a mulher adolescente/jovem, Rio de Janeiro: EdUERJ, p. 73 -80, 2007.

NO RJ, traficantes matam funcionário que entrava em comunidade. Jornal Nacional. 26 jul. 2018. Disponível em: <<http://g1.globo.com/jornal-nacional/noticia/2018/07/no-rj-trafficantes-matam-funcionario-que-entrava-em-comunidade.html>>. Acesso em: 05 mar. 2019.

NÓBREGA JUNIOR, E. D. **Memórias e identidade dos moradores de Nova Holanda**. Rio de Janeiro: Redes da Maré, 2012.

NOGUEIRA, S.L. . **Distribuição espacial e crescimento da população idosa nas capitais brasileiras de 1980 a 2006: um estudo ecológico**. In: Revista Brasileira de Estudos de População, 25(1). São Paulo (SP) (2008, jan.-jun.).

NOGUEIRA, V. M. R., MIOTO, R. C. T. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os Assistentes Sociais**. In. MOTA, A. E. et al. (Orgs.). Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Opas: OMS: Ministério da Saúde, 2006.

O'DONNELL, G. BA – **Reflexões sobre os estados burocrático-autoritários**/Guillermo O'Donnell; (tradução de Cláudia Schilling). – São Paulo: Vértice, Editora Revista dos Tribunais, 1987. (Biblioteca do Futuro; v. 3).

OLIVEIRA, A. C. de. **Violência contra criança e adolescentes em uma perspectiva de gênero**. In. MEDEIROS, L. (org.). Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra mulher - 1. ed. – Rio de Janeiro : Letra Capital : PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018. 164p. : il. : 23 cm. (O social em debate ; 2).

OLIVEIRA, A. C.; SILVA, S. B. **Violência doméstica como tema de estudo em programas de pós-graduação no estado do Rio de Janeiro**. In: Revista Katálysis, Florianópolis, v. 11, n.º 2: 187-194, jul/dez, 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Relatório da Relatora Especial sobre a violência contra a mulher, suas causas e consequências, integração dos direitos humanos da mulher e da perspectiva de gênero: violência contra a mulher**. A norma de devida diligência como instrumento para a eliminação da violência contra a mulher, E/CN.4/2006/61, 20 de janeiro de 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. KRUG, E.G. et al (Org.) **Relatório Mundial sobre violência e saúde**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002.

PINHEIRO, P. S; ALMEIDA. G. A. **Violência Urbana**. São Paulo, Publifolha (Folha Explica), 2003.

PINHEIRO, P. S; et al. (orgs.). **Continuidade autoritária e construção da democracia: relatório final**. São Paulo, NEV, 1999. Disponível em: <<http://www.nevusp.org/downloads/down000.pdf>>. Acesso em: 09 de set. 2018.

PINTO, L. W; MENDES, C. H. F; et al. **Violência Contra as Mulheres: antigas questões, novas configurações**. In. MINAYO, M. C; ASSIS, S. G. (orgs). Novas e Velhas Faces da Violência no século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 596p. 2017.

PIRES, S. de S. **A política de saúde em tempo de capital fetiche: um estudo sobre a implantação das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro e a mudança no modelo de atenção primária no contexto de privatização da saúde.** (Mimeo). Dissertação. Centro de Ciências Sociais / Faculdade de Serviço Social / Curso de Mestrado Acadêmico, Universidade do Estado Rio de Janeiro, 2014.

PREFEITURA RJ. **Moradores da Maré ganham nova Clínica da Família.** 07. Fev. 2018-a. Site Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/guest/exibeconteudo?id=7673686>. Acessado em: 13. Jan. 2019.

_____. **Prefeitura inaugura mais uma Clínica da Família no Complexo da Maré.** 02. Mar. 2018-b. Site Prefeitura do Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=7726830>. Acessado em: 13. Jan. 2019.

REDES DA MARÉ. **Boletim: Direito a segurança pública na Maré.** 2017. Site Instituição da Sociedade Civil Redes de Desenvolvimento da Maré. Disponível em: <https://redesdamare.org.br/br/publicacoes> Acesso em: 15. Jan. 2019.

_____. **Censo de Empreendimentos Econômicos da Maré.** 2014. Site Instituição da Sociedade Civil Redes de Desenvolvimento da Maré. Disponível em: <https://redesdamare.org.br/br/publicacoes> Acesso em: 15. Jan. 2019.

RIO DE JANEIRO. **Lei Municipal nº 2119 de 19 de janeiro de 1994.** Cria o bairro da maré na XXX região administrativa e dá outras providências. Disponível em: <http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/c5e78996b82f9e0303257960005fdc93/4fa221027114b42d032576ac0073364b?OpenDocument> Acessado em: 25 de abril de 2018.

SAFFIOTI, H. I. B. **Violência Doméstica ou a lógica do galinheiro.** In: KUPSTAS, Márcia (org.). *Violência em Debate.* São Paulo: Moderna, p. 39-57, 1997.

SALIBA, O; et al. **Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica.** *Rev Saúde Pública* 2007; 41(3): 472-7.

SANTOS, E. C. dos. **Políticas públicas e cidadania para as mulheres no Brasil.** In. MEDEIROS, L. (org.). *Políticas Públicas de enfrentamento à violência contra mulher* - 1. ed. – Rio de Janeiro : Letra Capital : PUC-Rio, Departamento de Serviço Social, 2018. 164p. : il. : 23 cm. (O social em debate; 2).

SCHRAIBER, L. B.. D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde das mulheres em situação de violência doméstica.** Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Faculdade de Medicina, USP, 2003.

SILVA, E.S. **Ocupação da Maré pelo Exército brasileiro: percepção de moradores sobre a ocupação das Forças Armadas na Maré.** – Rio de Janeiro: Redes da Maré, 120p.il;24cm. 2017.

_____. **Testemunhos da Maré** – 2. Ed. – Rio de Janeiro : Mórula, 2015.

SILVA, J. S.; BARBOSA, J. L.. **Favela, alegria e dor na cidade.** Rio de Janeiro : Senac – Rio: 2005.

TOLEDO, L. M. de. (org.). **Violência: orientações para profissionais da atenção básica de saúde.** Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 36P. 2013.

TOMAZELLI, I. **Maré era dominada por duas facções, diz Beltrame.** 30 Mar. 2014. Site Estadão. Disponível em: <http://www.estadao.com.br/noticias/geral,mare-era-dominada-por-duas-faccoes-diz-beltrame,1147067> . Acessado em: 15 Jan. 2019.

VALLADARES, L. P. **A invenção da Favela: do mito de origem a favela.com** – Rio de Janeiro : Editora FGV, 2005.

VENTURA, Z. **Cidade Partida.** São Paulo : Companhia das Letras, 1994.

VIVA RIO. **Viva Rio amplia atendimento na Maré com nova Clínica da Família.** 07. Fev. 2018. Site Organização Social Viva Rio. Disponível em: <http://www.vivario.org.br/viva-rio-amplia-atendimento-na-mare-com-nova-clinica-da-familia/>. Acesso em:13. Jan. 2019.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da Violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil.** Flacso, 2015.

ZAPPA, R. **Amaro da Maré.** FGV Editora, Rio de Janeiro: 152, p.:il., 2016.

ZUMA, C. E; et al. **Violência de Gênero na vida adulta.** In. NJAINE, K. et al. Impactos da Violência na Saúde: Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

7. Apêndices

7.1. Roteiro de Entrevista



Roteiro de Entrevistas com profissionais de saúde

Título da pesquisa: A Maré complexo: sentidos atribuídos e práticas desenvolvidas por profissionais de saúde no atendimento às situações de violência doméstica

Data da entrevista: ____/____/____ Tempo de duração: _____ Dados de identificação Sexo: _____ Idade: _____ Formação profissional Escolaridade: _____ Cargo ou função: _____ Tempo de atuação na unidade: _____ Local de moradia: _____

TEMA 1 - Sentidos atribuídos às situações de violência doméstica:

- Para você o que é violência doméstica?
- O que você acha que motiva/contribui para a ocorrência deste tipo de violência?
- Quais são os tipos de violência doméstica mais comum no território onde atua?
- Você considera a violência doméstica um problema para a saúde?
- Você considera a unidade de saúde um lugar importante para o acolhimento das pessoas em situação de violência?
- Em sua opinião, a violência doméstica é um problema que mereça atenção especial em sua unidade? Por quê?
- Quais os maiores desafios no atendimento às pessoas em situação de violência doméstica?
- Qual seria a melhor forma de abordar a violência doméstica no território onde trabalha? Por quê?

TEMA 2 - Práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde para identificação e atendimento às situações de violência doméstica:

- Para você o que é saúde?
- Como você identifica um caso de violência doméstica, no seu trabalho?
- Como você conduz o atendimento de um caso de violência doméstica?
- Quando identifica uma situação de violência doméstica, quais as ações são desenvolvidas para o atendimento?
- Existe algum fluxo estabelecido na unidade de saúde para a condução dos casos de violência domésticas identificados? Se sim, qual?
- Você já recebeu algum tipo de treinamento ou capacitação sobre como lidar com situações de violência doméstica?
- Em sua opinião, a unidade tem algum facilitador para lidar com os casos de violência doméstica? Descreva se houver.
- Existem ações de prevenção à violência doméstica, desenvolvidas pela sua unidade? Se sim, quais são essas ações?
- Você conhece algum trabalho desenvolvido no território voltado para o atendimento das situações de violência?

7.2.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O presente termo em atendimento à Resolução CNS nº510/2016, destina-se a esclarecer ao participante da pesquisa intitulada **“A Maré complexo: sentidos atribuídos e práticas desenvolvidas por profissionais de saúde no atendimento às situações de violência doméstica”**. A pesquisa se dará sob a responsabilidade da pesquisadora *Lais Martins Costa Araujo*, aluna do curso de Pós Graduação do Departamento de Serviço Social da PUC-Rio, ressaltando os seguintes aspectos:

Objetivo: Analisar sentidos atribuídos por profissionais da Atenção Básica a Saúde às situações de violência doméstica e práticas desenvolvidas para atendê-las, no complexo da Maré.

Justificativa: Qualificar as práticas dos profissionais da Atenção Básica à Saúde no atendimento às situações de violência doméstica, subsidiando a política de saúde através de apontamentos sobre estratégias que vêm sendo desenvolvidas para promoção, defesa e garantia dos direitos à saúde dos cidadãos em situação de violência doméstica.

Confidencialidade do estudo: Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. As respostas das entrevistas serão de uso exclusivo do pesquisador, e assim sendo, não será anexado à dissertação. Cabe ressaltar, no entanto, que os dados serão analisados no corpo da dissertação, respeitando-se a veracidade do conteúdo e a confidencialidade.

Critérios de inclusão: Profissionais de saúde das mais diversas categorias que atuam há mais de um ano em uma das unidades de Atenção Básica a Saúde do complexo da Maré/RJ, sendo essas: Clínica da Família Diniz Batista dos Santos e Clínica da Família Jeremias Moraes da Silva.

Participação voluntária: A participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma.

Procedimentos para a pesquisa: Os participantes voluntários terão todas e quaisquer formas de esclarecimento e informações sobre a pesquisa, bem como da metodologia adotada a todo e qualquer momento. A sua participação consistirá em conceder entrevista, orientada a partir de roteiro semiestruturado. A entrevista será gravada (áudio), transcrita e as falas pertinentes usadas no decorrer da pesquisa.

Guarda dos dados e material coletados na pesquisa: As transcrições serão armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas os pesquisadores e seu orientador. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 05 anos, conforme Resolução 510/2016 e orientações CEP/CONEP.

Riscos e desconfortos: Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais ou que envolvam a terceiros, pois na medida em que se apresenta uma questão para o outro, estamos alertando-o sobre a existência de um fenômeno. Como se trata de um fenômeno social pode haver implicações pessoais sobre o que esta sendo abordado. Então, a conscientização em torno do tema da violência pode trazer uma auto-referência sobre o fenômeno. Neste sentido, entendemos a necessidade de minimizar as possíveis implicações, através de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa, conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à dignidade humana, ou que submetam o participante a qualquer situação vexatória ou discriminatória.

Benefícios: Ao participar desta pesquisa o entrevistado não terá nenhum benefício direto, no entanto, será disponibilizado o resultado da pesquisa sobre as práticas desenvolvidas por profissionais de Atenção Básica a Saúde no atendimento às situações de violência doméstica. Sendo assim, esperamos que a pesquisa possa subsidiar a política de saúde através de apontamentos sobre estratégias que vêm sendo desenvolvidas para promoção, defesa e garantia dos direitos à saúde dos cidadãos em situação de violência doméstica.

Resultados: Os resultados serão divulgados durante a apresentação da dissertação, em local e data divulgadas previamente, pela pesquisadora, em cerimônia aberta ao público. A síntese crítica da pesquisa será submetida para a publicação de artigos.

Consentimento para participação: Estou de acordo com os termos para a participação no estudo descrito acima. Fui devidamente esclarecido(a) quanto aos objetivos da pesquisa e aos procedimentos. Os pesquisadores me garantiram disponibilizar qualquer esclarecimento adicional a que eu venha solicitar durante o curso da pesquisa e o direito de desistir da participação até um mês antes da data da entrega da dissertação, sem que a minha desistência implique em qualquer prejuízo à minha pessoa, sendo garantido anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação, bem como de que a minha participação, neste estudo, não me trará nenhum benefício econômico.

Título do Projeto: A Maré complexo: sentidos atribuídos e práticas desenvolvidas por profissionais de saúde no atendimento às situações de violência doméstica

Prezado(a): (nome da entrevistado)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de Dissertação de Mestrado, vinculada ao Programa de Pós - Graduação em Serviço Social da PUC Rio, tendo em vista sua contribuição.

As informações obtidas serão confidenciais, utilizadas somente para os fins da pesquisa, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação, inclusive quando da apresentação dos resultados em publicação científica ou educativa, uma vez que os resultados serão sempre apresentados como retrato de um grupo e não de uma pessoa.

Você poderá se recusar a participar ou a responder algumas das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal ou profissional se esta for a sua decisão. Sua participação é muito importante e voluntária. Você não terá nenhum gasto e também não receberá nenhum pagamento por participar desse estudo.

Os resultados dessa pesquisa contribuirão para o trabalho dos profissionais da Atenção Básica à Saúde no atendimento as situações de violência doméstica. Também permitirá a identificação de questões a serem enfrentadas pelos profissionais, buscando a permanente qualificação do trabalho.

Os possíveis danos associados à sujeição a pesquisa estão relacionados ao desconforto emocional por compartilhar informações pessoais ou que envolvam a terceiros. Neste sentido, entendemos a necessidade de assistência aos participantes por meio de escuta qualificada e manejo dos esclarecimentos pertinentes na condução da pesquisa, considerando a confidencialidade e a privacidade dos dados da pesquisa.

Você receberá uma via deste termo onde consta o telefone e o e-mail da pesquisadora responsável e de seu orientador, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Assim como consta o contato do Comitê de Contato Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Secretaria Municipal de Saúde/RJ para o qual este projeto de pesquisa foi submetido e validado.

Pesquisador responsável: Laís Martins Costa Araujo (laís_mca@hotmail.com)

Orientador: Antonio Carlos de Oliveira (antoniocharlos@puc-rio.br)

Departamento de Serviço Social da PUC-Rio: (21) 3527-1290

Contato CEP/SMS-RJ

Rua: Evaristo da Veiga, 16 - 4º andar - Sala 401, Centro – RJ / CEP: 20031-040

Telefone: (21) 2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br ou cepsmsrj@yahoo.com.br

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro ter entendido os objetivos e benefícios da pesquisa. Dou meu consentimento de livre e espontânea vontade para participar deste estudo.

Nome: _____

Assinatura: _____

Pesquisadora: _____

Assinatura: _____

Rio de Janeiro, ____ de _____ de ____.

8. Anexos

8.1.

Ficha de Notificação Individual (versão SVS 15.06.2015)

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE NOTIFICAÇÃO INDIVIDUAL		Nº
Caso suspeito ou confirmado de violência doméstica/intrafamiliar, sexual, autoprovocada, tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, intervenção legal e violências homofóbicas contra mulheres e homens em todas as idades. No caso de violência extrafamiliar/comunitária, somente serão objetos de notificação as violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, pessoa com deficiência, indígenas e população LGBT.				
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual
	2	Agravado/doença		VIOLENCIA INTERPESSOAL/AUTOPROVOCADA
	3	Código (CID10)		Y09
	4	UF	5	Município de notificação
Dados de Residência	6	Unidade Notificadora		1 - Unidade de Saúde 2 - Unidade de Assistência Social 3 - Estabelecimento de Ensino 4 - Conselho Tutelar 5 - Unidade de Saúde Indígena 6 - Centro Especializado de Atendimento à Mulher 7 - Outros
	7	Nome da Unidade Notificadora		Código Unidade
	8	Unidade de Saúde		Código (CNES)
	9	Data da ocorrência da violência		
Notificação Individual	10	Nome do paciente		11
	12	(ou) Idade	13	Sexo
	14	Gestante		15
	16	Escolaridade		17
Dados de Residência	18	Nome da mãe		19
	20	Município de Residência		21
	22	Bairro		23
	24	Número		25
Dados Complementares	26	Complemento (apto., casa, ...)		27
	28	Geo campo 1		29
	30	Geo campo 2		31
	32	Ponto de Referência		33
Dados da Pessoa Atendida	34	DDD) Telefone		35
	36	Zona		37
	38	País (se residente fora do Brasil)		39
	40	Nome Social		41
Dados da Ocorrência	42	Situação conjugal / Estado civil		43
	44	Orientação Sexual		45
	46	Identidade de gênero:		47
	48	Possui algum tipo de deficiência/ transtorno?		49
Dados da Ocorrência	50	Se sim, qual tipo de deficiência/ transtorno?		51
	52	UF		53
	54	Município de ocorrência		55
	56	Bairro		57
Dados da Ocorrência	58	Logradouro (rua, avenida,...)		59
	60	Número		61
	62	Complemento (apto., casa, ...)		63
	64	Geo campo 3		65
Dados da Ocorrência	66	Geo campo 4		67
	68	Ponto de Referência		69
	70	Zona		71
	72	Hora da ocorrência		73
Dados da Ocorrência	74	Local de ocorrência		75
	76	Ocorreu outras vezes?		77
	78	A lesão foi autoprovocada?		79
	80	Local de ocorrência		81

SVS 15.06.2015

Violência	55 Essa violência foi motivada por: 01-Sexismo 02-Homofobia/Lesbofobia/Bifobia/Transfobia 03-Racismo 04-Intolerância religiosa 05-Xenofobia 06-Conflito geracional 07-Situação de rua 08-Deficiência 09-Outros 88-Não se aplica 99-Ignorado		
	56 Tipo de violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Tráfico de seres humanos <input type="checkbox"/> Psicológica/Moral <input type="checkbox"/> Financeira/Econômica <input type="checkbox"/> Intervenção legal <input type="checkbox"/> Tortura <input type="checkbox"/> Negligência/Abandono <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Trabalho infantil		
Violência Sexual	57 Meio de agressão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Força corporal/espargimento <input type="checkbox"/> Obj. perfuro-cortante <input type="checkbox"/> Arma de fogo <input type="checkbox"/> Enforcamento <input type="checkbox"/> Substância/Obj. quente <input type="checkbox"/> Ameaça <input type="checkbox"/> Obj. contundente <input type="checkbox"/> Envenenamento <input type="checkbox"/> Intoxicação		
	58 Se ocorreu violência sexual, qual o tipo? 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Assédio sexual <input type="checkbox"/> Estupro <input type="checkbox"/> Pornografia infantil <input type="checkbox"/> Exploração sexual <input type="checkbox"/> Outros		
Dado do provável autor da violência	59 Procedimento realizado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Profilaxia DST <input type="checkbox"/> Profilaxia Hepatite B <input type="checkbox"/> Coleta de sêmen <input type="checkbox"/> Contracepção de emergência <input type="checkbox"/> Profilaxia HIV <input type="checkbox"/> Coleta de sangue <input type="checkbox"/> Coleta de secreção vaginal <input type="checkbox"/> Aborto previsto em lei		
	60 Número de envolvidos 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Um <input type="checkbox"/> 2 - Dois ou mais <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dado do provável autor da violência	61 Vínculo/grau de parentesco com a pessoa atendida 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Ex-Cônjuge <input type="checkbox"/> Amigos/conhecidos <input type="checkbox"/> Policial/ agente da lei <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Namorado(a) <input type="checkbox"/> Desconhecido(a) <input type="checkbox"/> Própria pessoa <input type="checkbox"/> Padrasto <input type="checkbox"/> Ex-Namorado(a) <input type="checkbox"/> Cuidador(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Madrasta <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Patrão/chefe <input type="checkbox"/> Pessoa com relação institucional <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Irmão(ã)		
	62 Sexo do provável autor da violência 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Masculino <input type="checkbox"/> 2 - Feminino <input type="checkbox"/> 3 - Ambos os sexos <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
Dado do provável autor da violência	63 Suspeita de uso de álcool 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1 - Sim <input type="checkbox"/> 2 - Não <input type="checkbox"/> 9 - Ignorado		
	64 Ciclo de vida do provável autor da violência: <input type="checkbox"/> 1-Criança (0 a 9 anos) 3-Jovem (20 a 24 anos) 5-Pessoa idosa (60 anos ou mais) 2-Adolescente (10 a 19 anos) 4-Pessoa adulta (25 a 59 anos) 9-Ignorado		
Encaminhamento	65 Encaminhamento: 1-Sim 2-Não 9-Ignorado <input type="checkbox"/> Rede da Saúde (Unidade Básica de Saúde, hospital, outras) <input type="checkbox"/> Conselho do Idoso <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento à Mulher <input type="checkbox"/> Rede da Assistência Social (CRAS, CREAS, outras) <input type="checkbox"/> Delegacia de Atendimento ao Idoso <input type="checkbox"/> Outras delegacias <input type="checkbox"/> Rede da Educação (Creche, escola, outras) <input type="checkbox"/> Centro de Referência dos Direitos Humanos <input type="checkbox"/> Justiça da Infância e da Juventude <input type="checkbox"/> Rede de Atendimento à Mulher (Centro Especializado de Atendimento à Mulher, Casa da Mulher Brasileira, outras) <input type="checkbox"/> Ministério Público <input type="checkbox"/> Defensoria Pública <input type="checkbox"/> Conselho Tutelar <input type="checkbox"/> Delegacia Especializada de Proteção à Criança e Adolescente		
	66 Violência Relacionada ao Trabalho <input type="checkbox"/> 67 Se sim, foi emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) <input type="checkbox"/> 68 Circunstância da lesão 1-Sim 2-Não 9-Ignorado 1-Sim 2-Não 8-Não se aplica 9-Ignorado CID 10 - Cap XX		
Dados finais	69 Data de encerramento		
	Informações complementares e observações		
Notificador	Nome do acompanhante _____ Vínculo/grau de parentesco _____ (DDD) Telefone _____		
	Observações Adicionais:		
Notificador	Disque Saúde - Ouvidoria Geral do SUS 136 TELEFONES ÚTEIS Central de Atendimento à Mulher 180 Disque Direitos Humanos 100		
	Município/Unidade de Saúde _____ Cód. da Unid. de Saúde/CNES _____ Nome _____ Função _____ Assinatura _____ Violência interpessoal/autoprovocada Sinan SVS 15.06.2015		

8.2.

Parecer número 3.002.730 aprovado pelo CEP/SMS-RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A Maré complexo: sentidos atribuídos e práticas desenvolvidas por profissionais de saúde no atendimento às situações de violência doméstica

Pesquisador: LAIS MARTINS COSTA ARAUJO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 98378818.9.0000.5279

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saude do Rio de Janeiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.002.730

Apresentação do Projeto:

- 1)Tipo de Projeto: Projeto de pesquisa de mestrado acadêmico do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC).
- 2)Parecer consubstanciado: Não há.
- 3)Temática: Violência doméstica x Atenção Básica à Saúde
- 4)Local da Pesquisa:apresentado no Parecer nº 2.916.233
- 5)Participantes da Pesquisa: apresentado no Parecer nº 2.916.233
- 6)Referencial Teórico: apresentado no Parecer nº 2.916.233
- 7)Estratégias Metodológicas: apresentado no Parecer nº 2.916.233

Objetivo da Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 2.916.233

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Apresentado no Parecer nº 2.916.233

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresentado no Parecer nº 2.916.233

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ



Continuação do Parecer: 3.002.730

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- 1) PROJETO BÁSICO DE INTEIRO TEOR ou PROJETO NA ÍNTEGRA: reapresentado o projeto com as modificações realizadas. Situação: SEM PENDÊNCIA.
- 2) TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Refeito o TCLE com as modificações realizadas. Situação: SEM PENDÊNCIA.
- 3) CURRÍCULO DE TODOS OS PESQUISADORES: apresentado os currículos dos pesquisadores. Situação: SEM PENDÊNCIA.
- 4) DECLARAÇÃO NEGATIVA DE CUSTOS: apresentada. Situação: SEM PENDÊNCIA.

Recomendações:

Corrigir a sigla do título do TCLE que foi redigida como RTLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi considerado APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

1. Modificações do projeto original: Caso ocorra modificações do projeto original o pesquisador principal deverá apresentar juntamente com as justificativas uma emenda ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (CEP/SMS-RJ) para uma reanálise do projeto. Assim como, caso ocorra extensão (proposta de prorrogação ou continuidade) da pesquisa deverá também ser apresentado ao CEP/SMS-RJ para uma reanálise do projeto.

2. Suspensão da pesquisa: caso ocorra a suspensão de pesquisa os motivos deverão ser explicitados e comunicados ao CEP/SMS-RJ.

Relatório Final: No encerramento da pesquisa, o pesquisador principal deverá elaborar e apresentar o relatório final ao CEP/SMS-RJ a contar da data de sua aprovação (item XI.2.d. da Resolução CNS/MS N° 466 de 12 de dezembro de 2012).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1200919.pdf	30/09/2018 21:17:51		Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartadeRespostaPendencias_LaisAraujo_MODIFICADO.docx	30/09/2018 21:16:51	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DeclaracaoNegativaDeCustos_LaisAraujo_MODIFICADO.pdf	30/09/2018 21:15:51	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ**



Continuação do Parecer: 3.002.730

Outros	CurriculoLATTES_LaisAraujo_MODIFICADO.pdf	30/09/2018 21:15:08	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Outros	CurriculoAntonioCarlosdeOliveira_Orientador_LaisAraujo_MODIFICADO.pdf	30/09/2018 21:14:03	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LaisAraujo_MODIFICADO.pdf	30/09/2018 21:13:27	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoInterioTeor_LaisAraujo_MODIFICADO.pdf	30/09/2018 21:11:12	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoInterioTeor_LaisAraujo.pdf	23/08/2018 21:46:54	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CartaDeApresentacaoPUC_LaisAraujo.pdf	23/08/2018 21:46:29	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Outros	RoteirodeEntrevista_LaisAraujo.pdf	19/08/2018 18:57:08	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_LaisAraujo.pdf	19/08/2018 18:27:15	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO_LaisAraujo.pdf	19/08/2018 17:46:56	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_LaisAraujo.pdf	19/08/2018 17:46:25	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto_LaisAraujo.pdf	18/08/2018 16:42:34	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_anuencia_LaisAraujo.PDF	15/08/2018 12:52:41	LAIS MARTINS COSTA ARAUJO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 06 de Novembro de 2018

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, 4º andar

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br