

**MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI**



**MUDARAM AS ESTAÇÕES... NADA MUDOU: PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE E MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO LITORAL  
PARANAENSE**

**SÃO PAULO**

**2011**

**MARCOS CLAUDIO SIGNORELLI**



**MUDARAM AS ESTAÇÕES... NADA MUDOU: PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO  
DE SAÚDE E MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO LITORAL  
PARANAENSE**

Tese de Doutorado apresentada como requisito parcial à obtenção do Grau de Doutor em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, do Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

Co-Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Auad

**SÃO PAULO**

**2011**

## CATALOGAÇÃO NA FONTE

Signorelli, Marcos Claudio

Mudaram as estações... nada mudou: profissionais do Sistema Único de Saúde e mulheres vítimas de violência doméstica no litoral paranaense / Marcos Claudio Signorelli. São Paulo, 2011.

194 f.

Orientador: Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira

Co-orientadora: Profa. Dra. Daniela Auad

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade Federal de São Paulo.

1. Sistema único de Saúde. 2. Gênero e saúde. 3. Violência contra a mulher. 4. Violência doméstica. 5. Acolhimento.  
I. Título.

CDD 614



Serviço Público Federal  
Universidade Federal de São Paulo  
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa



**ATA DA REUNIÃO DA COMISSÃO JULGADORA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO**

Aos quatro dias do mês de novembro do ano dois mil e onze, reuniu-se no Anfiteatro Ivo Albertoni às 9:00 horas, a Comissão Julgadora para a DEFESA DE TESE DE DOUTORADO, solicitada por MARCOS CLAUDIO SIGMORELLI, aluno(a) do Programa de Pós-Graduação em SAÚDE COLETIVA, que apresentou tese sob o Título: MUDARAM AS ESTAÇÕES... NADA MUDOU: PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA NO LITORAL PARANAENSE.

A referida Comissão esteve constituída pelos Professores Doutores:

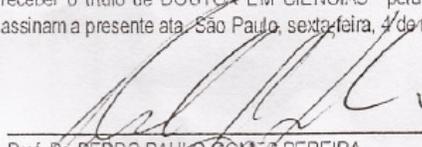
Profa. Dra. LUCILA AMARAL CARNEIRO VIANNA - Professora Titular - Disciplina de Enfermagem em Saúde Pública - Universidade Federal de São Paulo;  
Profa. Dra. MARILIA GOMES DE CARVALHO - Professora Associada - Programa de Pós-Graduação em Tecnologia - Universidade Tecnológica Federal do Paraná;  
Profa. Dra. MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI - Professora Adjunta - Setor Litoral - Universidade Federal do Paraná;  
Prof. Dr. PEDRO PAULO GOMES PEREIRA - Professor Adjunto - Departamento de Medicina Preventiva - Universidade Federal de São Paulo;  
Profa. Dra. VIRGINIA JUNQUEIRA - Professora Adjunta - Departamento de Medicina Preventiva - Universidade Federal de São Paulo - Baixada Santista;

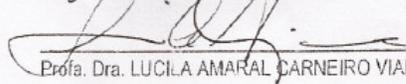
O(a) Presidente Prof. Dr. PEDRO PAULO GOMES PEREIRA, inicia a sessão dando a palavra ao(a) candidato(a), que dispõe de trinta minutos no máximo, para expor sua tese. A seguir dá a palavra aos Professores para a arguição. Cada examinador(a) dispõe de trinta minutos, no máximo, para arguição, bem como o(a) candidato(a) para as respostas. Tendo o(a) candidato(a) respondido todas as arguições em tempo hábil os membros da Banca Examinadora, emitiram seus Pareceres:

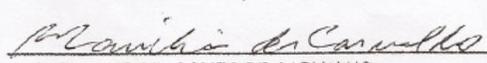
Prof. Drs.:

LUCILA AMARAL CARNEIRO VIANNA, aprovado  
MARILIA GOMES DE CARVALHO, aprovado  
MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI, aprovado  
PEDRO PAULO GOMES PEREIRA, aprovado  
VIRGINIA JUNQUEIRA, aprovado

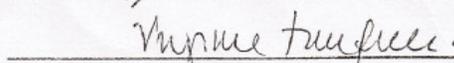
Em face dos referidos pareceres, a Comissão Julgadora considera o(a) Sr(a) MARCOS CLAUDIO SIGMORELLI habilitado(a) a receber o título de DOUTOR EM CIÊNCIAS pela UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. E por estarem de acordo, assinam a presente ata, São Paulo, sexta-feira, 4 de novembro de 2011.

  
Prof. Dr. PEDRO PAULO GOMES PEREIRA

  
Profa. Dra. LUCILA AMARAL CARNEIRO VIANNA

  
Profa. Dra. MARILIA GOMES DE CARVALHO

  
Profa. Dra. MARISETE TERESINHA HOFFMANN HOROCHOVSKI

  
Profa. Dra. VIRGINIA JUNQUEIRA

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao **Universo**, que por meio de uma conjunção de fatores, possibilitou a materialização desta tese.

Muitas pessoas, instituições e entidades colaboraram com esta construção. Seria injusto nomear apenas alguns/mas, incluindo somente os/as mais notáveis e deixando de mencionar colaborações mesmo que singelas, mas que fizeram o diferencial em determinados momentos. Prefiro incluir todos e todas (que não foram poucos/as) que direta ou indiretamente me ajudaram nesta empreitada, agradecendo, portanto, ao Universo.

**Mudaram as estações, nada mudou  
Mas eu sei que alguma coisa aconteceu  
Tá tudo assim tão diferente  
Se lembra quando a gente, chegou um dia a acreditar  
Que tudo era pra sempre  
Sem saber, que o pra sempre, sempre acaba...  
(Renato Russo, na voz de Cássia Eller)**

## RESUMO

A presente tese empreendeu conhecer e analisar um pouco das relações que se estabelecem entre profissionais de saúde de Matinhos, litoral paranaense, e mulheres vítimas de violência doméstica. A violência doméstica provoca múltiplas repercussões na saúde das mulheres e gera desafiadora agenda para profissionais de saúde. Para atingir o objetivo, que consistiu em analisar como profissionais de saúde atendem mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito da atenção primária à saúde, foi adotada pesquisa qualitativa e aproximação etnográfica com profissionais que atuam em uma Unidade Básica de Saúde do município. Os aspectos empíricos oriundos do campo foram cotejados com aportes teóricos das áreas de estudos de gênero, de violência e da arena da saúde coletiva. Realçou-se densa e tensa tessitura de negociações, imbricadas por relações hierárquicas e de poderes entre profissionais, mulheres, famílias, comunidade e sistema de saúde, assim como a influência sazonal na dinâmica local. A sazonalidade reverbera no estilo de vida da população e nos modos de estabelecimento de relações, marcadas por encontros e desencontros entre profissionais de saúde e mulheres. Também foi observada ausência de estrutura local oficial para manejo da problemática, que enseja outros modos de atuação e de estabelecimento das relações, como a abordagem de acolhimento em saúde, muito em voga em discursos da área de saúde coletiva, mas pouco problematizada. Por fim, destacou-se o papel chave de profissionais de saúde, em especial de agentes comunitárias/os de saúde, na condução de questões relativas às mulheres vítimas de violência doméstica que aportam no sistema. Em síntese, a consolidação deste estudo permitiu além de levantar indagações sobre os modos com que se operam relações entre profissionais e mulheres, também evidenciou a importância de estudos sobre a temática com focos em panoramas regionais, que levem em conta as particularidades que compõem o diverso mosaico do cenário brasileiro.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde, Gênero e Saúde, Violência Contra a Mulher, Violência Doméstica, Acolhimento.

## ABSTRACT

This thesis aimed to reflect about the relationships established between health professionals from the Brazilian National Health System and women victims of domestic violence, in the city of Matinhos, Parana's coast. Domestic violence produces multiple effects on health and generates a challenging agenda for health professionals. To achieve the objective, which was to analyze how health professionals care women victims of domestic violence on primary health care, was adopted qualitative research and ethnographic approach with health professionals who work in a Basic Health Unit (UBS). The empirical observations from the field were analyzed with theoretical background from areas like gender studies, violence studies and the arena of public health. The research revealed prominent particularities, such as: dense and tense net of negotiations, permeated by power hierarchical relationships between professionals, women, family, community and the health system; the seasonal influence on local dynamics, which includes ways of life and ways of establishment of relations, marked by agreements and disagreements between health professionals and women. It was also observed the absence of official local structure for referral and minimization of the problem, which on the other hand, enables other ways of action and ways of establishment of relationships, like the Brazilian proposal of 'acolhimento', much in vogue in public health discourses, but not problematized enough; as well as the key role of health professionals, particularly community health agents, in the management of issues related to women victims who come into the health system. In summary, the consolidation of this study permitted to ask about the ways in which relationships between health professionals and women victims of domestic violence are operated, and it also highlighted the importance of studies on this subject with focus on regional overviews, which take into account the local peculiarities that compound the diverse mosaic of Brazilian scenario.

Keywords: Unified Health System, Gender and Health, Violence Against Women, Domestic Violence, User Embracement.

## RESUMEN

La presente Tesis Doctoral emprendió conocer y analizar las relaciones establecidas entre los profesionales de la salud, en la ciudad de Matinhos, en el litoral paranaense, y las mujeres víctimas de violencia doméstica. La violencia doméstica promueve repercusiones múltiples sobre la salud y el bienestar de las mujeres y genera un desafío para la agenda de los profesionales de la salud. Para lograr el objetivo, que consistía en investigar cómo los profesionales de la salud atienden las mujeres víctimas de violencia doméstica en el contexto de la atención primaria de salud, se llevó a cabo la investigación cualitativa e la aproximación etnográfica con los profesionales sanitarios que trabajan en una Unidad Básica de Salud (UBS). Las observaciones empíricas del contexto, fueron analizados con los aportes teóricos en las áreas de los estudios de género, de la violencia y del campo de la salud pública. La investigación reveló detalles importantes de la realidad observada, tales como: tensas negociaciones sobre la acumulación y las relaciones jerárquicas de poder entre los profesionales, la mujer, la familia, la comunidad, y el sistema de salud; la influencia temporal en la dinámica local, que incluye los modos de vida y el establecimiento de las relaciones, marcadas por los acuerdos y desacuerdos entre los profesionales y las mujeres; También se observó la ausencia de despacho oficial local para la dirección y la minimización del problema, que por otra parte, intenta establecer distintos modos de actuación e correlación, tales como el enfoque de 'acogimiento en salud', muy en boga en los discursos de la salud colectiva, pero poco investigado; el papel clave de los profesionales de la salud, especialmente agentes comunitarios de salud, en el manejo del tema respectivo a las mujeres víctimas de violencia doméstica que entran en el sistema. En síntesis, las consolidaciones del presente estudio, son la indagaciones de las maneras en que manipulan las relaciones entre los profesionales de la salud y las mujeres víctimas de violencia doméstica; también la importancia de los estudios sobre el tema con el enfoque en los panoramas regionales, que considera las particularidades locales, que disponen el heterogéneo mosaico del panorama brasileño.

Palabras clave: Sistema Único de Salud, Género y Salud, Violencia Contra la Mujer, Violencia Doméstica, Acogimiento.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Unidade Básica de Saúde do Tabuleiro, Matinhos.....	42
Figura 2	Vista do Balneário Caiobá, Matinhos.....	42
Figura 3	Vista do Bairro Tabuleiro, Matinhos.....	43
Figura 4	Repercussões na saúde associadas à violência doméstica contra mulheres.....	122

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Comparativo de IDH entre municípios no ano de 2000.....	36
Quadro 2	Profissionais de saúde que atuam na UBS do Tabuleiro e que são abordados ao longo da tese.....	44

## LISTA DE SIGLAS

- ACD - Auxiliar de Consultório Dentário
- ACS - Agente Comunitário/a de Saúde
- AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- AVE - Acidente Vascular Encefálico
- ESF - Estratégia de Saúde da Família
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- LGBT - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
- MS - Ministério da Saúde
- OEA - Organização dos Estados Americanos
- OMS - Organização Mundial da Saúde
- ONU - Organização das Nações Unidas
- PETI - Programa de Erradicação do Trabalho Infantil
- PSF - Programa de Saúde da Família
- SMS - Secretaria Municipal de Saúde
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UBS - Unidade Básica de Saúde
- UFPR - Universidade Federal do Paraná
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
1.1 Contextualização.....	14
1.2 Notas sobre a metodologia.....	22
1.3 Estruturação da tese.....	30
<b>2. OUTONO: APROXIMANDO-SE DO CAMPO.....</b>	<b>33</b>
<b>3. INVERNO: “TUDO OCORRE MAIS NO INVERNO”.....</b>	<b>47</b>
3.1 Entre chuvas, frio e violências.....	48
3.2 Sobre as violências.....	67
3.2 A atenção primária à saúde como um espaço conflitivo e de negociações.....	88
<b>4. VERÃO: SOB O CALOR DO DEBATE ACERCA DE QUESTÕES DE GÊNERO.....</b>	<b>102</b>
<b>5. PRIMAVERA: ABORDAGENS DE CUIDADO EM SAÚDE.....</b>	<b>118</b>
5.1 atendimentos em saúde: quando o que é mais significativo, não é visto.....	119
5.2 Acolhimento em saúde: uma proposta em construção.....	134
5.3 Extrapolando fronteiras em busca de outras abordagens: um retrato do cenário australiano.....	162
<b>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>172</b>
<b>7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>180</b>
<b>8. ANEXOS.....</b>	<b>193</b>
8.1 Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	193

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 Contextualização

A aproximação entre as ciências da saúde e as ciências humanas é contemporânea e se faz cada vez mais presente<sup>1</sup>. A partir de uma perspectiva histórica, as ciências da saúde se construíram centradas predominantemente em aspectos biológicos do ser humano, engendrando uma categoria denominada biomedicina<sup>2</sup> (Giddens, 2005; Koifman, 2001; Camargo Júnior, 2003). As abordagens em saúde não davam (ou davam pouquíssima) visibilidade aos aspectos psicológicos, aos contextos social, cultural e ambiental e à esfera espiritual dos seres humanos. Na realidade mais recente, esse panorama vem alterando sua configuração, havendo um efervescente diálogo entre as ciências da saúde e outras ciências, destacando-se as ciências sociais. As ciências sociais apresentam um requintado olhar, ressignificando até mesmo os corpos das pessoas, como corpos sociais, políticos e não apenas como corpos anatômicos. Hoje, o próprio conceito de saúde vem agregando olhares ulteriores para além da biologia, por meio de uma conjunção dos fatores mencionados acima, entre muitos outros. Cada vez mais esses aspectos se imbricam, emergindo uma proposta no campo da saúde, que se propõe a lidar com as pessoas considerando um ideal de integralidade<sup>3</sup>.

Um tema complexo, que requer mais ainda o diálogo entre distintas áreas do conhecimento, inclusive das ciências sociais e das ciências da saúde é violência. A violência pode repercutir direta e indiretamente na saúde e qualidade de vida das pessoas. Aqui se deve ressaltar que apesar do uso comum da expressão “violência”, em

---

<sup>1</sup> Embora aqui as ciências humanas e as ciências da saúde sejam colocadas como diferentes categorias, cada vez mais se devem evitar essas dicotomias. Afinal, atualmente é possível conceber as ciências da saúde sem o olhar das ciências sociais?

<sup>2</sup> A biomedicina não pode ser considerada como um único bloco homogêneo. Neste estudo, será adotado um recorte que a caracteriza como centrada no saber e na prática médica (menosprezando os demais saberes e profissões que integram a grande área de ciências da saúde), na doença, nos sinais e sintomas físicos, na visão das pessoas como máquinas, nos procedimentos, no especialismo e na orientação hospitalocêntrica, seguindo Carvalho e Ceccim (2006).

<sup>3</sup> Dada a polissemia do termo “integralidade”, será considerada neste momento, como atributo das práticas profissionais de saúde e da organização de serviços, de acordo com Pinheiro e Mattos, na obra “Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde” (2006). A integralidade é colocada como um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde. Tal princípio pressupõe considerar várias dimensões do processo saúde-doença que afetam os indivíduos e as coletividades e implica na prestação continuada do conjunto de ações visando garantir a promoção da saúde, a proteção, a cura e a reabilitação das pessoas (Vasconcelos e Pasche, 2006).

sua forma singular, remetendo à “questão da violência”, existem na verdade muitas e distintas categorias de “violências”. Expressas de múltiplas maneiras, perpetradas em diversos contextos e com repercussões em várias esferas, cada vez mais as diferentes violências são reconhecidas como problema de saúde pública que necessitam de ações intersetoriais, interdisciplinares e, sobretudo interconectadas para sua minimização.

Entre as diferentes manifestações de violências, focalizamos neste estudo a violência doméstica praticada contra as mulheres. Esta é uma problemática que suscita grande discussão nos últimos anos, especialmente no contexto brasileiro após a aprovação da Lei nº 11340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha<sup>4</sup>. Embora não seja novidade, fazendo-se presente ao longo da história da humanidade, a violência doméstica contra mulheres é muitas vezes banalizada e até mesmo naturalizada, mesmo nos dias atuais, estando ainda longe de seu fim definitivo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, no mundo, uma em cada três mulheres é ou já foi vítima de violência doméstica (Krug *et al*, 2002). Diversas pesquisadoras e pesquisadores vêm estudando essa questão, em diferentes realidades e contextos. Embora de difícil quantificação em valores absolutos, algumas pesquisas, em especial aquelas de caráter multicêntrico, como a de Garcia-Moreno *et al*. (2006), vêm relatando que esse problema é mais visível nos chamados “países em desenvolvimento<sup>5</sup>”, estando o Brasil entre este grupo.

Hoje muitos afirmam que uma das principais causas da violência praticada contra mulheres é a desigualdade causada pelas relações de gênero tradicionais. Essas questões de gênero são construtos sociais que se desenvolveram com a história da humanidade. Diversos estudos de gênero vêm sendo produzidos nos últimos anos, promovendo reflexões sobre as relações que se estabelecem entre homens e mulheres, entre os homens, e entre as mulheres. (Scott, 1986; Louro, 2000; Saffioti, 2005; Das, 2008; Butler, 2008). Esses estudos revelam (e problematizam) o fato de vivermos em uma sociedade heterossexual normativa e assimétrica, composta por “homens” e “mulheres”, que figuram de forma distinta (e desigual) na sociedade. Como exemplos revelados por

---

<sup>4</sup> A Lei Federal nº 11.340 sancionada pelo presidente da República em 07/08/2006 e que entrou em vigor em 22/09/2006 é conhecida como “Lei Maria da Penha”. A alcunha, de autoria de alguns setores do movimento feminista, é em homenagem a Maria da Penha Maia Fernandes, biofarmacêutica cearense, vítima de violência doméstica, cujo caso sofreu significativa omissão pelas autoridades judiciais. Foi agredida sucessivas vezes por seu marido, ficando inclusive paraplégica em consequência de um tiro disparado por ele em sua coluna, em tentativa de assassinato. Em 2001, a Comissão Interamericana de Direitos Humanos condenou o governo brasileiro por tal omissão. Essa é a primeira lei no Brasil que versa especificamente sobre a violência doméstica e familiar contra mulheres.

<sup>5</sup> Tais abordagens merecem ser problematizadas, pois por vezes parecem associar violência com pobreza, quando na verdade ocorre em todos os extratos sociais. A própria noção de desenvolvimento também é polissêmica e controversa, afinal, qual a necessidade de industrialização e altos níveis de escolaridade para povos da floresta ou comunidades de pescadores, por exemplo?

esses estudos, destacam-se atitudes que tipicamente se esperariam das mulheres na sociedade: maternidade, passividade, dependência e submissão ao homem. E tais atitudes são determinantes, entre outras consequências, na perpetuação da violência doméstica praticada por homens contra mulheres. Outras consequências, fruto dessa relação desigual, aparecem em diferentes conjunturas e são rotineiramente legitimadas e reforçadas pela sociedade em geral. Merecem destaque: a diferença de salários entre homens e mulheres que desempenham a mesma função laboral (por vezes o salário delas é entre 30 a 40 % inferior ao deles); a pouca ou quase inexpressiva presença de mulheres em determinados setores da sociedade, especialmente aqueles ligados ao poder (como na política<sup>6</sup>, nas igrejas ou nas forças armadas); o uso abusivo e indiscriminado do corpo feminino (em propagandas de cerveja, por exemplo), que o “coisifica” e o torna objeto de consumo, uma mercadoria.

Dada a significância e complexidade desse assunto (gênero), uma parte desta tese versará sobre questões relacionadas aos estudos de gênero. A referida seção fornecerá subsídios para a compreensão de uma das manifestações da violência de gênero, a violência doméstica praticada contra mulheres, que nucleia este trabalho. Ao debruçar-se sobre o estudo dessa temática é condição *sine qua non* a compreensão da categoria gênero, bem como entender o contexto em que tal enunciado foi forjado, reconhecendo o papel do movimento feminista e de estudiosas e estudiosos pioneiras/os na área, que a incluíram na agenda do setor de saúde.

Diversas/os pesquisadoras/es (Suárez e Bandeira, 1999; Castillo-Martín e Oliveira, 2005) nos revelam que a violência doméstica contra mulheres é um dos desdobramentos mais significativos da violência de gênero e atinge distintas categorias de mulheres. Ocorre no interior de seus lares e no seio de seus relacionamentos, por isso é denominada “doméstica”. Uma de suas maiores consequências é a repercussão na saúde dessas mulheres. Os agravos comprometem sua integridade física, psicológica e social. As diferentes formas e manifestações de violência doméstica atingem mulheres, independentemente de sua idade, grau de instrução, camada social, cor/etnia ou orientação sexual, embora sejam mais comuns os relatos em extratos da população com menor poder aquisitivo. Podem manifestar-se nas mais diversas configurações: desde a

---

<sup>6</sup> Apesar de o Brasil ter alcançado o feito inédito de eleger uma mulher para ocupar a presidência da República a partir de 2011, demonstrando um ganho real simbólico, apenas 8,6 % da Câmara Federal é composta por mulheres. Este é o índice mais desigual de todos os países da América do Sul e coloca o Brasil na 140ª colocação num ranking de cerca de 200 países. Nas assembleias legislativas e no senado a situação é menos crítica, mas ainda longe da ideal, apresentando índices de 13,1% e 15% de mulheres, respectivamente (Alves, 2010).

violência física, destacando-se lesões e danos à integridade física, passando pela violência psicológica, que inclui humilhações, isolamento, desprezos e intimidações. Inclui também a violência patrimonial, que se configura em roubo, retenção ou danos aos bens materiais, recursos e/ou documentos e culmina na violência sexual, caracterizada por relações sexuais forçadas ou práticas sexuais não consentidas. Quaisquer que sejam as formas, todas elas representam ameaças à integridade e atingem diretamente a saúde e o bem estar das mulheres.

Em decorrência de diferentes modalidades de violência doméstica, com frequência as mulheres buscam atendimento nos serviços de saúde. É imperativo mencionar que, na grande maioria dos casos, as distintas modalidades de violência estão concomitantemente presentes no cotidiano das vítimas, reverberando em diferentes esferas da vida das mulheres. Ou seja, mulheres que são vítimas de violência física quase certamente também sofrem de violência psicológica. Ou então, em relação à violência sexual, já está implícita a essa categoria a presença das violências física e psicológica, e assim por diante. Todo esse panorama gera uma série de agravos à saúde das mulheres e uma conseqüente busca por assistência nos serviços de saúde. Tal busca se dá em especial na rede de serviços que integra o Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, políticas e práticas específicas de tratamento da violência doméstica nos serviços ainda são incipientes. Em grande parte, a causa desses agravos não vem à tona nos encontros entre mulheres e profissionais de saúde, durante consultas, exames e inclusive em visitas domiciliares. Muitas vezes, quando percebidas, os/as profissionais não sabem como lidar com mulheres vítimas de violência doméstica. Mas, na maioria dos episódios, não as percebem (ou não querem percebê-las), como evidenciam importantes estudos desenvolvidos pelas pesquisadoras brasileiras Lilia Blima Schraiber e Ana Flávia Pires Lucas D'Oliveira (2003); Eleonora Menicucci de Oliveira (2007; *et al.*, 2005); e Lia Zanotta Machado (2003).

Essas mulheres aportam no sistema de saúde, sentindo-se na maioria das vezes bastante frágeis e desamparadas. Nesses locais, por diferentes razões, nem sempre relatam a verdadeira causa de seus agravos. E por outro lado nem sempre os/as profissionais de saúde relacionam as injúrias observadas à violência doméstica. Em alguns casos, essas mulheres são conhecidas pelos/as profissionais como “poliqueixosas”, dada a diversidade de sinais e sintomas físicos e psicológicos, muitas vezes difíceis de serem localizados, explicados, diagnosticados e tratados. São mais suscetíveis a uma série de agravos de saúde, como doenças pélvicas inflamatórias,

gravidez indesejada, aborto espontâneo, depressão e comportamentos obsessivo-compulsivos. A esse cenário ainda somam-se as implicações sociais, familiares e relacionadas ao trabalho. Conseqüentemente essas mulheres buscam, de maneira mais frequente e recorrente, por assistência nos serviços de saúde, sobrecarregando ainda mais o sistema. Todavia, é mister destacar que tais mulheres não são apenas vítimas de violência doméstica. São pessoas que como todos e todas nós, estudam, trabalham, se relacionam, compõem famílias, usam os serviços de saúde e que não poderiam ser estigmatizadas ou reduzidas apenas à categoria de “vítimas de violência doméstica”.

Desse modo, lançar o olhar sobre os modos em que se dão essas interações, que envolvem mulheres, profissionais e o sistema de saúde, pode ser uma alternativa para tentar compreender um pouco mais sobre as diferentes facetas desse complexo panorama. Acredito que esse é um dos alicerces para a construção, proposição e implementação de políticas públicas e estratégias de minimização dessa problemática, pensando-se especialmente no cenário do sistema de saúde.

Assim, tendo em tela essa conjuntura, caracterizada por mulheres predominantemente (mas não exclusivamente) fragilizadas, que demandam cuidado em saúde e por profissionais de saúde que necessitam atender mulheres que são vítimas de violência doméstica, foi proposta esta tese. Ela visa entender um pouco mais de que modo se dão as interações entre esses dois atores sociais, tendo como pano de fundo o âmbito da atenção primária à saúde. O foco deste estudo é nas/os profissionais de saúde, portanto, busquei estudar a rotina de abordagem das/os profissionais dedicada às mulheres em situação de violência doméstica. Por meio de pesquisa qualitativa, intentei investigar o que pensam os/as profissionais de saúde de uma Unidade Básica de Saúde sobre violência doméstica contra mulheres. Se essa situação costuma ser visualizada pelas/os profissionais, mesmo quando não relatada diretamente pelas mulheres, bem como se essas/es consideram a violência um problema de saúde, pertinente à sua atuação profissional. Quais as atitudes e condutas adotadas por essas/es profissionais? Qual/is a/s rotina/s de tratamento de mulheres vítimas de violência doméstica no âmbito da atenção primária? Para as/os profissionais, as mulheres procuram o sistema de saúde? O sistema está preparado para recebê-las e atender suas demandas?

Outros aspectos também propostos neste estudo referem-se a, além de conhecer e compreender como se dão as relações entre profissionais e mulheres, buscar entender melhor como se dão as relações entre as/os próprias/os profissionais de saúde no que tange aos tipos de encaminhamentos dados entre elas/es à essas mulheres, tentando

desenhar o “itinerário da violência”. Ao serem identificadas mulheres nessa situação, quais os desdobramentos dados a esses casos? E ainda, quais as particularidades acerca dessa rotina em um pequeno município interiorano, localizado no litoral sul do país?

Esses são apenas alguns dos questionamentos que nortearam e introduzem esta tese, que busca também refletir se a abordagem dos/as profissionais de saúde a essas mulheres se aproxima de determinado setor da biomedicina, conforme proposto por Camargo Júnior (1997 e 2003), centrado no tecnicismo, no especialismo, na figura do médico e nas queixas/patologias biológicas decorrentes da situação de violência; ou se existem estratégias e atitudes de “acolhimento”, enunciado descrito por Merhy *et al.* (1994), Franco *et al.* (1999) e Camargo Júnior *et al.*, (2008), que vem sendo preconizado recentemente por políticas de saúde, mas que carece de reflexões teóricas e empíricas mais aprofundadas. Tal abordagem propõe, ao menos em tese, uma atuação interdisciplinar centrada na pessoa, buscando um ideal de integralidade e não apenas sua queixa orgânica e ainda caracterizada por receber, escutar, identificar ativamente riscos e vulnerabilidades e “agasalhar”, no sentido de dar amparo, em uma atitude de inclusão.

Atendimento e acolhimento são categorias provenientes do campo da saúde coletiva, eleitas para caracterizar como mulheres vítimas de violência doméstica são abordadas nos serviços de saúde. Com esta tese, buscar-se-á analisar as tensões acerca desses enunciados, por meio de pesquisa teórica e empírica. Não se trata de eleger, nem demonstrar qual apresenta melhores ou piores concepções teóricas/propostas. Mas buscar refletir sobre as potencialidades e limitações de cada um, no manejo de casos de mulheres vítimas de violência doméstica.

O cenário para desenvolvimento deste estudo foi uma Unidade Básica de Saúde do município de Matinhos, litoral do estado do Paraná. A descrição do campo será realizada com detalhes no segundo capítulo da tese, mas é importante salientar que esse é um local peculiar em relação a outros que originaram estudos semelhantes, desenvolvidos também com profissionais da saúde nos domínios da atenção primária. O município possui uma população de aproximadamente vinte e nove mil habitantes, de acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - (2010), diferindo significativamente da maioria dos outros estudos, que se passam predominantemente, em metrópoles, capitais ou grandes centros urbanos. Por outro lado, por ser um município litorâneo, com cerca de 20 quilômetros de praias, durante uma parte do ano (verão) concentra uma população de aproximadamente 300 mil pessoas,

chegando próximo de um milhão durante feriados e finais de semana na estação de veraneio. Tal sazonalidade influencia diretamente os modos de vida, de trabalho e inclusive as relações que se estabelecem entre as pessoas que habitam o local. As influências sazonais não se restringem apenas às estações do ano, mas também às condições climáticas (sol e chuva). E tais condições sazonais repercutem de modo curioso, inclusive nas relações que se estabelecem entre profissionais, o sistema de saúde e seus usuários, incluídas aí as mulheres vivendo em situação de violência doméstica. Essa é uma das observações importantes oriundas desta tese e dita a segmentação dos capítulos, de acordo com as estações do ano.

Para cumprir o desígnio deste estudo foi realizada aproximação etnográfica em uma UBS, e essa experiência ganhará mais relevo na terceira seção da tese. Durante a pesquisa de campo buscou-se vivenciar a rotina da UBS e enxergar o cenário com o “olhar do outro”. Estabeleceu-se o diálogo com diferentes atores que circulam nesse espaço, tanto na condição de profissionais quanto na de usuárias/os do sistema de saúde. Foram ouvidas, com mais profundidade, as narrativas de interlocutores que atuam nos serviços de atenção primária à saúde e exercem suas atividades na sede da Unidade ou em atividades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), que compreende espaço geográfico delimitado, vinculado à Unidade. O contato com atividades da Unidade Básica de Saúde vem sendo realizado desde 2006, em atividades docentes ligadas à Universidade a qual leciono. Durante sete meses de contato mais intenso com o campo, busquei vivenciar com mais profundidade a rotina da Unidade e da área geográfica adscrita<sup>7</sup>, que compreende dois distintos bairros de Matinhos.

No período de pesquisa de campo estabeleci diálogos com profissionais de saúde, gestoras/es de saúde, trabalhadores/as da unidade de saúde que não são especificamente profissionais da saúde e pacientes<sup>8</sup> do sistema de saúde. Foram realizadas entrevistas com alguns interlocutores com os quais tive mais proximidade, destacando-se profissionais de saúde que já tiveram algum contato nos serviços com mulheres vivendo em situação de violência doméstica. Busquei ouvir com mais

---

<sup>7</sup> População adscrita é a população residente no espaço de atuação de uma Equipe de Saúde da Família ou serviço de saúde. Estando adscrita às áreas, cabe à equipe ou ao serviço a constituição de um vínculo entre o sistema e essa população, de forma a permitir o cultivo da responsabilização dessa por parte dos profissionais de saúde (Biblioteca Virtual em Saúde, 2009).

<sup>8</sup> Usuária/o é a denominação oficial utilizada pelo Sistema Único de Saúde para nomear a/o paciente/cliente atendida/o pelos serviços de saúde. (Glossário do Ministério da Saúde, 2004). Entretanto, na pesquisa de campo evidenciou-se que este termo não é empregado nem por profissionais de saúde, nem pelas pessoas usuárias dos serviços de saúde. Portanto, na tentativa de ser o mais fiel possível aos meus interlocutores, neste estudo, privilegiar-se-á “paciente” ou “pessoa” ou “família” para nomear tais atores.

profundidade especialmente três categorias profissionais: fisioterapeutas, enfermeiras e agentes comunitárias/os de saúde. Tal delimitação se deve ao estabelecimento de vínculo entre essas/es profissionais e as pessoas usuárias do sistema de saúde. Duas questões significativas chamam atenção com relação a esse aspecto: a primeira é que, apesar de o vínculo também ser estabelecido com outras categorias profissionais, na realidade desta UBS é grande a frequência de encontros (consultas, atividades em grupo e/ou visitas domiciliares) entre as/os pacientes e essas/es profissionais. Pressupõe-se que esse é um fator determinante para fortalecer os laços, permitindo conexões mais consistentes. A segunda é que das categorias selecionadas, destaca-se o papel chave das/os agentes comunitárias/os de saúde. Possivelmente essa se configure em uma das considerações mais expressivas deste estudo: as ações e o potencial que essas/es profissionais representam para o estabelecimento de relações mais empáticas, aproximando-se do que vem sendo esboçado como acolhimento em saúde de mulheres vivendo em situação de violência doméstica.

Além das/os profissionais, foram também ouvidas algumas mulheres daquela comunidade, identificadas pelas/os profissionais de saúde como vítimas de violência doméstica. Embora não fosse objetivo deste estudo acompanhar em profundidade a vida das vítimas, foram ouvidas, ainda que em menor escala, algumas mulheres que aceitaram comentar um pouco sobre sua realidade como vítimas. Tais momentos foram possíveis por meio do acompanhamento de atividades de agentes comunitários de saúde em visitas domiciliares, e objetivaram melhor entender como tais profissionais atendem essas mulheres. Essa estratégia permitiu a visualização, numa via de mão dupla, de um pouco do cenário acerca de como se estabelecem as relações entre profissionais e mulheres.

Desse modo, enquanto a terceira seção desta tese tem como cerne a descrição mais detalhada da pesquisa de campo e um aprofundamento no debate em torno das violências (que emergiram do campo); as seções subsequentes (quarta e quinta) têm como fulcro, respectivamente, os estudos de gênero; e aspectos em torno dos encontros de saúde, que são abordados com mais detalhes a partir de observações vivenciadas em campo.

Portanto, para elucidar o objetivo geral, que consiste em conhecer como profissionais de saúde abordam as mulheres vítimas de violência doméstica nos encontros de saúde no cenário da atenção primária, são estabelecidos como objetivos específicos deste estudo:

a) analisar o debate em torno de questões das ciências humanas articulando-as ao campo da Saúde Coletiva, trazendo elementos sobre a interação entre profissionais de saúde e mulheres acometidas por violência doméstica;

b) buscar uma aproximação com a realidade de uma Unidade Básica de Saúde de Matinhos, almejando refletir sobre alguns dos encontros e desencontros entre profissionais atuantes no âmbito da atenção primária à saúde e mulheres vítimas de violência doméstica;

c) conhecer, a partir das narrativas das experiências das/os profissionais, como é a rotina de atendimento de tais mulheres, bem como quais as relações que se estabelecem entre esses atores, buscando realçar práticas de acolhimento e os encaminhamentos prestados;

d) evidenciar de acordo com o discurso das/os profissionais, as particularidades, os principais êxitos e desafios que vêm à tona nesses encontros, estabelecendo um diálogo acerca dos dramas sociais, olhares e estratégias de abordagem às mulheres vítimas de violência doméstica.

Por fim, é digno de salientar que estas páginas não têm a pretensão de trazer respostas ou explicações para questão tão complexa. Ao mesmo tempo, espera-se que não sirva apenas para exibir uma realidade, sem nada adicionar ao campo. Por meio de uma escrita acessível a profissionais e gestores de saúde, aspira-se acima de tudo, esquadrihar um manuscrito que promova reflexões, indagações, problematizações e inquietações.

## **1.2 Notas sobre a metodologia**

Esta tese baseia-se em metodologia qualitativa de estudo, por meio de proposta de pesquisa etnográfica, com objetivo de compreender as relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, no cenário de uma Unidade Básica de Saúde. As observações e vozes que emergiram do campo foram cotejadas com os discursos dos estudos de gênero, de violência, e do campo da saúde coletiva, no que tange aos modos de estabelecimento de relações entre profissionais e pacientes. Nesse último aspecto, buscou-se identificar e refletir acerca de estratégias de atenção à saúde, fundamentadas em distintos pressupostos da biomedicina, tais como abordagens de

características mais biologizantes e abordagens que levassem em conta outras dimensões da saúde.

Não caberia nesta seção esgotar os discursos acerca das alternativas metodológicas adotadas. Todavia, tentarei desenhar um breve panorama, tracejando os aspectos mais significativos que contribuíram na eleição dessas estratégias. Tal delineamento metodológico pode parecer desnecessário aos olhos de pesquisadores mais experientes. Entretanto, objetivo em alguns parágrafos, particularmente, advogar em favor do rigor metodológico existente em abordagens qualitativas, que muitas vezes pode parecer despercebido aos olhares de pesquisadores adeptos exclusivamente de estratégias quantitativas, fato comum na área da saúde<sup>9</sup>. Ademais, como esta é minha primeira incursão mais consistente em estudos de natureza qualitativa, algumas notas sobre a metodologia também podem ajudar a balizar-me nesse aprendizado.

A metodologia qualitativa foi erigida nesta pesquisa, conforme apontado por Greenhalgh e Taylor (1997) e também por Stewart (2001), pois pode prover um conhecimento aprofundado por meio da apropriação dos significados que as pessoas trazem dos ambientes, relações e práticas de cuidados à saúde. Para Liamputtong e Ezzy (2005), a pesquisa qualitativa em geral se baseia em uma orientação interpretativa que focaliza a complexidade e as nuances do processo de criação e manutenção do significado de um dado evento. Objetiva elucidar e contextualizar a natureza de experiências e ações, gerando análises que são detalhadamente consistentes e integrativas, no sentido de relacionar eventos e interpretações individuais com padrões e sistemas de significados ampliados. Baseado nessas acepções, este estudo buscou perceber o peculiar de uma realidade específica, tentando compreender e não explicar o fenômeno estudado. Não é intenção também generalizar novos pressupostos nas conclusões ou estabelecer amostra estatística significativa que extrapole ou generalize os elementos aqui encontrados para outros cenários.

O propósito da pesquisa qualitativa aqui empregada corroborou o que foi proposto por Corti e Thompson (2004), que consiste em capturar experiências vividas do mundo social e os significados que as pessoas dão a essas experiências, a partir de suas próprias perspectivas. Tal abordagem de pesquisa é mais fluida e flexível, pois intenta documentar o mundo a partir do ponto de vista das pessoas estudadas (Hammersley,

---

<sup>9</sup> Devo ressaltar que escrevo esta tese, imbuído da esperança de que seja lida também por meus pares, profissionais da área da saúde. Por essa razão, procuro utilizar uma linguagem acessível às diferentes categorias desse grupo que inclui desde enfermeiros/as, fisioterapeutas até agentes comunitários/as de saúde.

1992). Liamputtong e Ezzy (2005) ainda adicionam que o prazer da pesquisa qualitativa repousa na tentativa de entender as pessoas e o significado que essas pessoas dão às coisas. Para as autoras: “*O processo interpretativo é o cerne de sua prática, residindo no modo como pessoas interpretam e dão significados a eventos e questões*”. (Liamputtong e Ezzy, 2005, p. 4)

Cada vez mais se argumenta a favor da apropriação de métodos qualitativos para a saúde coletiva (Baum, 1995), uma vez que cabem no estudo de situações complexas e oferecem muito ao campo, por exemplo, descrever e compreender pessoas, promovendo “*insights*” de como as pessoas trazem sentido às suas experiências, o que muitas vezes não pode ser provido por outros métodos. Adicionalmente, também é capaz de explicar fatores sociais, culturais, políticos e econômicos que influenciam o processo saúde e doença; promove um ganho na compreensão de como comunidades e indivíduos interpretam questões de saúde e doença; e possibilita estudar interações entre vários atores que são relevantes a quaisquer questões de saúde coletiva. Assim, essa abordagem de pesquisa pareceu ideal frente aos objetivos propostos nesta tese: tangencia o estudo de questão tão complexa, que são as relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e mulheres vivendo sob a égide da violência doméstica.

Como já mencionado, o campo desta investigação foi uma Unidade Básica de Saúde do município de Matinhos. Em um primeiro instante, após estabelecer o contato com a gestão municipal de saúde e pactuar o desígnio do estudo, busquei adentrar no universo da Unidade de Saúde, por meio de proposta de aproximação etnográfica. E esse mergulho no campo foi (cons)ciente de que a pesquisa etnográfica demanda tempo e persistência do pesquisador, buscando estabelecer um diálogo com seus interlocutores e ser “afetado” por seu campo de estudos, conforme propõe Jeanne Favret-Saada (2005).

A etnografia cada vez mais vem sendo adotada em pesquisas na área da saúde. Clifford Geertz (1973) argumenta que etnografia não é definida pelas técnicas que emprega, como observação participante e entrevistas, mas por um tipo particular de esforço intelectual que ele descreve como uma “*descrição consistente*”. Essa descrição, tipicamente obtida por meio de imersão na vida diária do grupo em tela, focaliza-se nos detalhes e “*informações subjacentes*”<sup>10</sup>, almejando explicar modos de vida e descrevendo padrões de significado que informam suas ações, assim como os tornando acessíveis e lógicos. Outra palavra para esses padrões de significado é “*cultura*”, que Geertz argumenta que consiste em “*estruturas socialmente estabelecidas de significado, em*

---

<sup>10</sup> Clifford Geertz (1973) utiliza na obra original em inglês o termo “*background*”.

termos os quais as pessoas fazem... coisas” (Geertz, 1973, p.12). A etnografia interpretativa descrita por Geertz focaliza sua análise na cultura de um grupo, nas redes e padrões de significado que desenham uma cultura e que guiam e dão sentido às ações das pessoas. A etnografia se concentra na descoberta de arcaouços culturais, analisando sua estrutura e conteúdo, e usando isto como uma base para explicação de fenômenos sociais particulares. Deve ser enfatizado, seguindo Geertz, que culturas nunca são mapeadas até o fim. Mais que isso, estudos etnográficos são sempre suposições parciais e incompletas e não explicações completas.

Como aportes adicionais, Atkinson e Hammersley (1994) argumentam que a etnografia é uma forma de pesquisa social que tem alguns elementos chave, tais como: um forte foco em explorar as especificidades de um particular fenômeno social; uma tendência de trabalhar primeiramente com dados não-estruturados; examinar um pequeno número de pessoas, algumas vezes apenas um indivíduo em detalhe; análise de dados que envolvem interpretações explícitas dos significados e funções de ações humanas e descrições e explicações de eventos prioritários. Atentando-se a esses pressupostos, busquei realizar este estudo explorando a temática violência doméstica contra mulheres, como um fenômeno social complexo. Examinei um pequeno número de pessoas em detalhe, compreendendo profissionais de saúde e também algumas mulheres vivendo nessa situação, tendo como recorte específico os modos como esses personagens interagem no âmbito da atenção primária à saúde.

Com base nesses pressupostos, não ousou afirmar que este estudo satisfaça com louvores todas as qualidades atribuídas a uma pesquisa etnográfica, tais como uma “descrição consistente da realidade” ou uma “imersão na vida do grupo”, como afirma Geertz (1973). Penso que esta tese é acima de tudo um esforço, uma tentativa de etnografar uma realidade.

Ao longo da pesquisa de campo, que perdurou sete meses, compreendidos entre junho de 2009 a janeiro de 2010, procurei vivenciar a realidade da UBS por meio de permanência no local<sup>11</sup>. Os momentos de experiência se davam várias vezes ao longo das semanas, para buscar apreender e se apropriar dessa realidade com mais envergadura. Por vezes, a vivência era predominante de observação e registro, outras vezes se estabelecia mais o diálogo, tanto com profissionais, quanto com pacientes do

---

<sup>11</sup> Apesar de permanecer mais tempo no espaço da UBS ao longo desses sete meses, o contato com aquela realidade vem acontecendo desde 2006. Ao longo dos cinco últimos anos venho desenvolvendo diversas atividades acadêmicas e de integração ensino/serviço naquele local. Destacam-se aulas práticas, vivências de campo, supervisão de estágios curriculares e desenvolvimento de projetos de ensino/pesquisa/extensão, frutos da parceria da Universidade Federal do Paraná e da Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos.

sistema de saúde. O palco etnográfico consistiu tanto na sede da UBS quanto em sua área de abrangência, acompanhando atividades da equipe de saúde da família e visitando mulheres em situação de violência doméstica e outras/os famílias da Unidade. Tal cenário é explorado com mais detalhes no segundo capítulo.

Apesar de tradicionalmente a etnografia ter se legitimado por meio de estudos com pequenos grupos culturais, em vilas ou pequenas comunidades de sociedades “primitivas” ou “não-letradas”, atualmente pode ser aplicada também a estudos sociais e de saúde das sociedades contemporâneas. Muitos conjuntos podem ser definidos como “grupos culturais” a serem pesquisados por meio de etnografia, tais como clínicas, asilos, escolas, igrejas, ou qualquer outro que possa ser legitimado como um grupo cultural. Profissionais de saúde que atendem mulheres vítimas de violência doméstica podem constituir um grupo cultural que tem muito a oferecer para a pesquisa etnográfica.

Para escrever a etnografia, é importante que o pesquisador se aproprie dos dados coletados em campo, dando um sentido à suas experiências. Uma admirável qualidade é a capacidade de manter a mente aberta sobre o grupo estudado, estando interessado em entender e descrever cenas culturais e sociais a partir da perspectiva dos interlocutores. Entretanto, isso não significa que o etnógrafo adentra no campo com a “cabeça vazia”. Nesse estudo foi pertinente e importante iniciar o trabalho de campo com o problema delimitado, tendo uma compreensão das teorias que sustentam o arcabouço conceitual do estudo, conhecendo as pessoas-chave de quem a partir dos diálogos tentei apre(e)nder o vivido. Outro aspecto significativo foram os métodos para coleta de dados, técnicas e ferramentas para análise dos dados e uma intenção do que fazer com o material coletado.

Sobre o trabalho de campo, que é a base de um estudo etnográfico, considerei duas importantes questões, apontadas por Emerson *et al.* (1995): a primeira é que no trabalho de campo o/a pesquisador/a entra na esfera social de seu objeto de estudo e conhece as pessoas envolvidas na questão. Usualmente essa aproximação com o campo e elementos chave não é previamente conhecida de um modo íntimo. O/A etnógrafo/a participa então da rotina diária, desenvolve relações com as pessoas no campo e observa o que se passa em todo o entorno. Assim sendo, o termo “observação-participante” é usualmente utilizado para caracterizar essa abordagem em pesquisa. Como segundo importante elemento, o/a pesquisador/a deve escrever numa abordagem regular e sistemática, tudo o que observa e aprende durante sua participação na rotina de vida de seu campo de estudos. Essas duas atividades interconectadas compreendem o *core* da pesquisa etnográfica.

Durante a pesquisa de campo, um “eterno e fiel escudeiro” foi o caderno de campo, utilizado conforme propõe Magnani (1997) em seu texto sobre “O (velho e bom) caderno de campo”. Segundo o autor, apesar de soar meio deslocado em tempos digitais e de internet, tal dispositivo é capaz de dimensionar o processo de imersão que caracteriza a pesquisa etnográfica. Trata-se de uma experiência que nenhuma outra abordagem proporciona, pois tem como pressuposto o contato com o outro, nos termos deles. O caderno de campo permite registrar o particular contexto em que os dados foram obtidos, captando informações que outras fontes e/ou tecnologias não transmitem. O caderno evoca e supõe um estado de aprendiz, que por “nada saber”, tudo anota, não deixando passar nada.

De acordo com Emerson *et al.* (1995) as anotações de campo são registros descrevendo experiências e observações que o/a pesquisador/a tem feito enquanto participando de maneira intensa e envolvida. O que o/a etnógrafo/ enxerga, ouve e experiencia é então “colocado em palavras escritas”. Entretanto, notas de campo contêm não somente descrições do que foi visto, ouvido e experienciado, mas também as próprias percepções e interpretações dos eventos. Assim, as anotações de campo não se constituem em apenas registros passivos de acontecimentos, mas também compreende o processo ativo de apropriação, registrando sentimentos e interpretações do que foi vivenciado durante a observação participante. Esses componentes têm me guiado adiante nesta pesquisa, contribuindo para obter um entendimento com mais profundidade do grupo estudado e também para traduzir um pouco dessa experiência ao longo do texto desta tese.

Somadas aos registros do caderno de campo, as entrevistas também se configuraram em consistentes aportes, necessários para a compreensão daquela realidade. As experiências individuais e coletivas emergiram por meio de fontes orais, constituindo-se em importante arcabouço a ser colacionado com literatura pertinente. Ao longo da pesquisa foram identificados atores chave no processo, com os quais realizei entrevistas semi-estruturadas em profundidade. Minichiello *et al.* (1995) definem entrevista em profundidade como sendo um diálogo entre pesquisador/a e interlocutor/a, focando na percepção do/a interlocutor/a de si mesmo, da vida e da experiência, expressada em suas próprias palavras. Durante as entrevistas, busquei fundamentar o processo seguindo essa configuração, utilizando elementos da teoria feminista, na tentativa de minimizar o desequilíbrio de poder que comumente existe entre entrevistador

e entrevistado/a. Tentei sempre encorajar as/os participantes a sentirem-se como co-participantes do processo.

Entrevistas em profundidade podem ser consideradas um privilégio, pois permitem um momento de diálogo e compreensão de eventos particulares da vida do indivíduo “em profundidade”. Uma boa entrevista, conforme apontado por Liamputtong e Ezzy (2005) é como uma boa conversa, numa aproximação recíproca, onde enquanto uma pessoa fala a outra ouve, responde e encoraja, sendo que quem mais fala é o entrevistado, bem como o foco da conversa é a experiência do entrevistado. Entrevistas não são meramente uma oportunidade de descobrir informações que já existem, mas sim, em compreender como esses significados podem ser criados, recriados e transformados, participando do processo em que as pessoas trazem sentido ao fenômeno estudado no interior de suas vidas.

Para Liamputtong e Ezzy (2005, p. 56):

“Entrevistas em profundidade também são comumente descritas como entrevistas focadas, entrevistas semi-estruturadas, entrevistas não estruturadas, entrevistas não-diretivas, entrevistas semi-abertas, entrevistas ativas, entre outras. Esses termos podem ser utilizados intercambiavelmente significando propósitos e finalidades muito próximos.”

Neste estudo adoto o termo entrevista em profundidade, pois se traduz em explorar a complexidade e natureza inerente ao processo de como significados e interpretações são negociados e (re)formulados e que não podem ser examinadas utilizando-se metodologias positivistas. Portanto, entrevistas em profundidade são muito mais diálogos do que questionários estruturados. Como entrevistador, não pude ser passivo e distante do campo, mas ativamente envolvido e encorajando os/as interlocutores/as a falar e conversar sobre o objeto de pesquisa em discussão. Liamputtong e Ezzy (2005) ainda chamam atenção com relação a esse quesito, acerca da negociação de significados em entrevistas e a relação entre interlocutor/a e entrevistador/a, que são tão importantes quanto o conteúdo e a estrutura do que foi revelado no processo. Em outras palavras, chama-se atenção aqui para a influência do/a entrevistador/a na produção da narrativa, que não pode ser ignorada. Assim, o/a entrevistador/a é um/a co-participante da construção do discurso.

Com relação à amostragem em pesquisa qualitativa, que neste estudo de cunho etnográfico prefiro denominá-los/las de interlocutores/as, é fundamentalmente diferente da

pesquisa quantitativa, que preconiza amostras estatisticamente significativas e resultados que possam ser generalizados para o restante da população. A demarcação de interlocutores/as em abordagens qualitativas, como esta, tem uma seleção proposital. O objetivo é descrever o processo envolvido em determinado fenômeno, muito mais que em sua distribuição. A “amostra” no caso deste estudo objetivou identificar casos que possam prover completo e sofisticado entendimento de todos os aspectos relacionados ao fenômeno em tela. O propósito foi selecionar casos rico-informantes para estudo em profundidade.

Consciente do terreno escorregadio que é tratar das complexas questões referentes à violência doméstica contra mulheres, submeti o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo. O projeto foi aprovado sob número 1304/2009. Após identificar interlocutores-chave para a compreensão da questão, sempre expliquei os objetivos do projeto, convidando-as/os a participar do estudo. Também elucidei e acenei sobre a necessidade da concordância em participação voluntária e anônima no estudo, pactuada por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE – Anexo 1). Neste termo as/os participantes concordaram livremente em participar da pesquisa, mantendo-se seus dados em absoluto sigilo. Na sequência foram realizadas as entrevistas, em local de maior conveniência para a pessoa, buscando sempre garantir conforto e privacidade.

A respeito da confidencialidade das entrevistas, codifiquei os nomes das/os interlocutoras/es de acordo com a sua categoria profissional, seguido de um número, como: “Agente Comunitário de Saúde 1” ou “Enfermeira 3” e assim por diante. Ao longo da tese utilizo também pseudônimos para cada um/a desses/as e de outros/as interlocutores/as, visando preservar as identidades. Busquei também remover nomes de pessoas associados aos locais de residência nas transcrições, ou ainda locais de trabalho e estudo, que trouxessem referências à identificação de pessoas, utilizando sempre descrições mais genéricas, evitando assim a exposição das entrevistadas/os e também de terceiras/os citadas/os nas entrevistas.

No que tange aos aspectos teóricos, busquei aportes na bibliografia feminista e relativa aos estudos de gênero, perpassando a problemática da violência doméstica praticada contra mulheres. Atentei também sobre elementos apontados por estudiosos do campo da saúde coletiva, que erigiram modos de atenção à saúde centrados entre visões mais fragmentadoras, que direcionam o olhar apenas às queixas físicas das mulheres, e perspectivas mais amplas, que consideram outros aspectos, para além desse. Intentei

também refletir sobre os dramas sociais, os limites e as potencialidades acerca dessas abordagens nas relações entre mulheres e profissionais de saúde. Desse modo, acredito que um aprofundamento em estudos que versam sobre a relação entre as ciências humanas e as ciências da saúde pode contribuir para a construção de uma investigação interdisciplinar a respeito da violência doméstica praticada contra mulheres e suas implicações para o campo da Saúde Coletiva.

### **1.3 Estruturação da tese**

Esta tese estrutura-se em quatro capítulos, que são correspondentes às quatro estações do ano. Tal estruturação é fruto de ditames do campo de estudos, uma vez que o contexto estudado é fortemente influenciado pela sazonalidade. No litoral do Paraná, o ritmo de vida, de trabalho e as relações entre as pessoas, são intensamente influenciados pela temporada de verão. As demais estações do ano costumam ser agrupadas num único bloco generalizante, denominado pela população local sob o título de “fora da temporada”. Muito embora, reconheçam que esse longo período do ano compreende três momentos distintos: “pós-temporada”, inverno e “pré-temporada”, que correspondem, respectivamente, ao outono, ao inverno e à primavera.

Assim, a partir da observação da dinâmica do local, e utilizando dessa metáfora para caracterizar como os/as matinhenses organizam suas vidas, optei por estruturar a tese nesses quatro componentes, tentando retratar um pouco das particularidades de cada um desses períodos. Além de explorar essa característica sazonal, cada capítulo focaliza recortes específicos da tese, que juntos, dão sentido ao conjunto da obra. Nesta seção delinearei brevemente a ordenação dos capítulos, assim como alguns conceitos fundamentais adotados ao longo do texto, que serão novamente retomados ao longo dos respectivos capítulos.

No capítulo de “pós-temporada”, que optei por denominá-lo de “Outono”, justamente porque assim era utilizada pelos meus interlocutores, é realizada uma aproximação com o campo de estudos, que reflete duas aproximações mais especificamente. A primeira foi a minha aproximação de maneira mais intensa com o campo de estudos, objetivando a pesquisa etnográfica, que iniciou no outono de 2009. A segunda refere-se a uma aproximação do/a leitor/a com a realidade estudada. Nesse capítulo ganha relevo a descrição do litoral paranaense, do município de Matinhos, bem

como da Unidade Básica de Saúde do Tabuleiro e dos bairros atendidos por esse serviço de saúde.

O capítulo seguinte é intitulado “Inverno” e além de esboçar um pouco do inverno no litoral paranaense, concentra importantes elementos da pesquisa de campo, que se deu, em parte, também ao longo do inverno. Para aquecer o debate, o capítulo inicia com uma descrição etnográfica de uma visita domiciliar, guiada por uma agente comunitária de saúde, a uma mulher identificada pelas profissionais de saúde como vítima de violência doméstica. O caso é rico-informante e a partir dele, são teorizados alguns conceitos, tais como a definição de “violência doméstica contra mulheres”. Nesta tese, com base nos aportes fornecidos por Schraiber *et al.* (2005) e Debert e Gregori (2008), é considerada como “*violência doméstica contra mulheres*” qualquer ato que prejudique ou traga danos físicos, psicológicos/morais, sexuais, econômicos/patrimoniais, sociais e/ou espirituais às mulheres, e que ocorra no âmbito privado do lar, ou seja, no ambiente doméstico.

Na sequência, o capítulo nomeado “Verão”, tem como atributo teorizar alguns elementos provenientes do tema estudado, que tem como pano de fundo as “calorosas” relações de gêneros. Nesse segmento ganham destaque algumas das diferentes correntes teóricas atinentes aos estudos de gênero, cabendo destacar, que para este estudo tomou-se como norte o conceito de gênero fornecido por Scott (1996). De acordo com essa autora, gênero é um elemento constitutivo de relações sociais construídas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo ele um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Para Scott, gênero é constituído por relações sociais, estas estão baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e, por sua vez, constituem-se no interior de relações de poder.

Por fim, o último capítulo é chamado de “Primavera”, pois assim como a primavera de Matinhos, que desvenda momentos de tempestade e de bonança, mostra os tensionamentos existentes nas relações entre profissionais de saúde e mulheres vivendo em situação de violência doméstica. Nessa parte são observadas convergências e divergências entre o campo de estudos e algumas propostas que vêm sendo assinaladas pelo campo da Saúde Coletiva, no intuito de caracterizar os modos de abordagem das pacientes pelos/as profissionais. Foram erigidas estratégias que apesar de muito em voga nos discursos da Saúde Coletiva, carecem de estudos mais aprofundados. Uma delas é um setor da biomedicina, descrito por Camargo Júnior (2003), fundamentado em abordagens biologizantes, perspectiva fragmentadora centrada no profissional médico e em condutas que visam extirpar lesões. Tal segmento da biomedicina não traduz a

totalidade dessa categoria, afinal nem toda biomedicina é objetificadora. Não poderia ser considerada como um bloco único, sendo, portanto, nesta tese, adotado apenas esse recorte. A outra proposta é descrita por Merhy *et al.* (1994) e Franco *et al.* (1999) como “acolhimento em saúde” e busca lidar com as pessoas considerando diferentes aspectos, além do biológico. Tais autores/as propõem com o termo, que os serviços de saúde sejam organizados de forma usuário/a-centrado/a, atendendo a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal, deslocando o eixo central do processo de trabalho de um modelo médico-centrado para uma equipe multiprofissional, que se encarregaria de escutar a pessoa, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde. Esses termos são manejados pelos meus interlocutores, sem que isso evidentemente signifique que eles utilizem tais termos exatamente como a bibliografia acima. Quero com isso apenas ressaltar que tanto a medicina (e as críticas a sua objetividade), como a proposta de acolhimento são categorias dos profissionais de saúde de Matinhos.

Assim, com base nessas acepções teóricas fundamentais e no esquadramento dos capítulos de acordo com as estações do ano, espero conseguir traduzir um pouco desse complexo panorama, vivido diuturnamente na realidade estudada, que envolve intrincadas relações entre mulheres vítimas de violência doméstica, profissionais de saúde e o Sistema Único de Saúde.

## 2. OUTONO: APROXIMANDO-SE DO CAMPO

Este estudo parte de uma série de questionamentos, entre eles, o próprio questionamento do que é saúde. Pode ser ela oriunda de condições de vida e da forma de viver em sociedade? Em que medida os aspectos “bio”, “psico” e “sociais” contribuem na sua configuração? Saúde pressupõe condições de acesso à educação, moradia, lazer e renda? É exclusiva das pessoas que possuem essas condições? Seria unicamente resultante da vivência de relações humanas “equilibradas”? Ou poderia haver saúde em relações humanas conflituosas? Em que medida situações de violência poderiam influenciar a saúde? É possível conviver com violência(s) e ser saudável? É admissível compatibilizar violência doméstica com saúde? Seria possível estabelecer consensos acerca de modelos ideais de abordagens em saúde, considerando as relações entre pessoas vítimas de violências e profissionais de saúde? As pessoas desejariam ser alvo dessas abordagens? Enfim, esses e outros questionamentos promovem reflexões que servem de aquecimento ao desenvolvimento desta pesquisa.

O nascimento deste estudo germinou de uma motivação intrínseca do autor, um profissional de saúde que sucessivas vezes se deparou com mulheres em situação de violência doméstica nos serviços, e entremeadado por incertezas, não sabia ao certo quais encaminhamentos adotar. Por diversos momentos, as pessoas recorrem aos profissionais de saúde na esperança de serem atendidas, ouvidas, acolhidas e/ou orientadas. Muitas vezes, almejam mais que, ou muito menos que, um procedimento técnico ou um medicamento. Esperam uma singela palavra de conforto ou um gesto de solidariedade e de afeto.

Em relação aos afetos, Nunes *et al.* (2002) expõem que na saúde não é admissível permanecer situando o campo dos afetos e dos sentimentos em uma perspectiva marginal, na tradicional dicotomia cartesiana “razão/sentimento”, ou na perspectiva “razão/subjetividade”. Para as autoras, a realidade concreta imbrica esses dois aspectos, que se auto-determinam. Assim, em uma atmosfera permeada por esses fatores, esta tese busca refletir sobre um domínio complexo, que envolve dois atores como protagonistas: profissionais de saúde e mulheres em situação de violência doméstica.

Alguns/as profissionais de saúde não se dão conta desse panorama defendido por Nunes *et al.* (2002). Outros/as iniciam suas trajetórias imbuídos/as dessa sensibilidade, em abordagem entremeadada por afetos e sentimentos, ansiando colocar em prática seus

conhecimentos adquiridos durante a formação. Com o passar do tempo, muitos/as, em seu dia-a-dia nos serviços de saúde “habitua-se” às situações extremas vividas pelas/os pacientes. São tragados pelo cotidiano e passam a naturalizar questões complexas, que mereceriam mais reflexão. Acostumam-se, por exemplo, aos cenários de miséria, de desnutrição, de injustiça social, ou de violência doméstica contra mulheres. Em grande medida, não atentam a isso, possivelmente pela própria rotina e grande demanda que os serviços de saúde lhes infligem. Por outro lado, muitos/as dos/as profissionais sensibilizam-se com tais circunstâncias. E o desejo de aprender com essas experiências é a força motriz que impulsiona este estudo.

Jorge Larrosa Bondia (2002) fala em seu trabalho “Notas sobre a experiência e o saber de experiência” sobre a importância de “experienciar”, de “vivenciar”. Para ele, o desejo de estudar um objeto ou desenvolver uma pesquisa é movido por essa “experiência”. Tal experiência deve ser algo “que nos passa”, “que nos toca”, “que nos move” e não algo “que se passa” ou “que se move”<sup>12</sup>. O contato nos serviços de saúde com mulheres em situação de violência doméstica foi “o que me passou” ou “o que me tocou” para realizar este estudo exploratório.

Para a materialização desta tese, foi estabelecido diálogo prioritariamente com profissionais de saúde que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde. Adicionalmente, foram também ouvidos/as pacientes, e mais especificamente, algumas mulheres vivendo em situação de violência doméstica, buscando refletir sobre as interfaces, interpelações e experiências entre esses grupos. Para tanto, foi realizada aproximação etnográfica e foram ouvidas/os profissionais de saúde do município de Matinhos e algumas mulheres acometidas por violência doméstica circunscritas a esse território. Como mencionado, o escopo do estudo foi acompanhar a rotina dos profissionais de saúde e não a vida das mulheres vítimas. Buscou-se conhecer e refletir sobre as relações, negociações, questões de gênero e poder(es) presentes nesse campo complexo e conflitivo. Quais as definições de violência contra mulheres para esses/as profissionais? Eles e elas relacionam violência doméstica com saúde? Consideram o problema como pertinente à sua “atuação profissional”? Como se manifestam as relações no momento do relato/detecção de casos de violência? Quais os encaminhamentos dados às mulheres? Com base nos discursos dos profissionais é possível desenhar a trajetória

---

<sup>12</sup> Bondia (13) em sua obra original, em espanhol faz um jogo de palavras de difícil tradução para o português. O autor coloca que a experiência é “o que nos pase”. Em português dir-se-ia que a experiência é “o que nos acontece” ou “o que nos passa”; em inglês a experiência seria “that what is happening to us”; ou em alemão, “was mir passiert”.

dessas mulheres no sistema? Pode o atendimento em saúde ser outra forma de “violência” contra a mulher ou poderia atuar como “contra-campo” à violência? São relevados apenas lesões e sintomas físicos dessas mulheres, vislumbradas sob uma ótica que segue traços de um tipo de atenção à saúde centrado nas queixas biológicas e visão fragmentadora, conforme descrito por Camargo Júnior (2003)? Ou é considerado todo o contexto em que vivem essas mulheres, seguindo um modelo nomeado pelo SUS sob o rótulo de “acolhimento em saúde”, conforme a proposta descrita por Merhy *et al.* (1994) e Franco *et al.* (1999)? Como esses profissionais manejam esses conceitos? Quais os limites e possibilidades desses enunciados? Quais as potências e limitações dessas abordagens, pensando-se especificamente em relação às mulheres vítimas de violência doméstica? Enfim, esses são alguns dos questionamentos que nortearam esta pesquisa.

Para situar o leitor no espaço, será focalizada nesta seção uma descrição do campo de estudos: o litoral paranaense. Para Bigarella (2009), a baixada costeira representa a sala de visitas do Paraná. Nela se encontra o que há de mais belo: os costões rochosos, as baías, as praias, tudo tendo como moldura de fundo a magnífica e imponente paisagem montanhosa da Serra do Mar. Nesse cenário pitoresco e poético nas palavras de Bigarella, situa-se o município Matinhos. A região circundante, denominada litoral do Paraná é reconhecida como uma das regiões menos desenvolvidas do Estado, e quiçá da região Sul do Brasil, analisando-se os prismas econômico, industrial e também indicadores sociais. Sua dinâmica sócio-econômica é acentuadamente marcada pela sazonalidade.

O outono no litoral do Paraná é caracterizado por dias ainda quentes, não tão quentes quanto os de verão. Entretanto durante a noite as temperaturas podem cair bastante, especialmente quando sopra o “vento sul”, como denominam os pescadores, que anuncia o início da época de pesca da tainha. Nessa época chove menos. Aliás, é o período do ano com menores índices pluviométricos, de um lugar que no geral chove demasiadamente. Ao anoitecer, o céu costuma apresentar matizes de tons púrpuras sobre o Oceano Atlântico. Ainda sob esses últimos facho de luz solar no fim dos dias, é comum ver a lua brotando sobre o mar ao som das ondas e das gaivotas que preparam seus ninhos nas areias brancas da praia. As noites são mais estreladas e progressivamente se tornam mais longas.

Compõem esse cenário bucólico da região litorânea do Paraná, sete municípios: Antonina, Guaraqueçaba, Guaratuba, Matinhos, Morretes, Paranaguá e Pontal do Paraná. Nessa região presenteada com balsâmicas paisagens de praias, montanhas, restingas,

manguezais, ilhas e baías, recobertas pelo maior remanescente de Floresta Atlântica do Brasil, se albergam alguns dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Paraná, como pode ser observado no Quadro 1. O diagrama mostra os IDH dos sete municípios da região, comparados aos de Curitiba, revelando inclusive contrastes intra-regionais. Tais índices podem (e devem) ser questionados, pois a vida corre em outra velocidade aqui, entretanto tal contestação não é o foco deste estudo.

Quadro 01: Comparativo de IDH entre municípios no ano de 2000

<b>Município</b>	<b>IDH</b>	<b>Classificação do Município no Estado do Paraná</b>
Curitiba	0,856	1º
Matinhos	0,793	34º
Pontal do Paraná	0,788	43º
Paranaguá	0,782	61º
Antonina	0,770	91º
Guaratuba	0,764	108º
Morretes	0,755	139º
Guaraqueçaba	0,659	393º

Fonte: <[www.ampr.org.br](http://www.ampr.org.br)>, acesso em 05/03/2011.

Analisando-se mais sucintamente, muitos dos indicadores sociais e de saúde apontam graves problemas para essa realidade, especialmente quando comparados ao restante do estado e até do país. São maiores no litoral do Estado os índices de HIV/AIDS, tuberculose, hanseníase, bem como as taxas de desemprego, subemprego e desigualdades sociais. Um pouco desse retrato atual se deve ao próprio processo histórico herdado do período colonial: aportava-se nessa região em busca da extração de ouro e riquezas, merecendo pouca importância quem aqui vivesse ou o futuro dessa região.

Alguns dos municípios litorâneos, como Matinhos, Guaratuba e Pontal do Paraná, possuem uma característica de “extrativismo” presente até hoje, embora com outro escopo. Atualmente, uma enxurrada de turistas e veranistas vêm para essas cidades para “extrair” de suas belezas naturais alguns meses de férias de verão. Após se esbaldarem em orgias nababescas, deixam toneladas de lixo em seu rastro. Deixam também “filhos e filhas do verão”, como são denominadas localmente as crianças “sem pai” que nascem anualmente na primavera. A dinâmica sócio-econômica desses locais é inteiramente marcada pela sazonalidade. Grande parte de sua gente vive em função da temporada de verão, inclusive sobrevivendo à custa da reciclagem do lixo deixado pela “horda” que aqui aporta anualmente. A orla marítima é formada por praias densamente disputadas durante o verão. Durante esse período do ano há geração de trabalho e de renda. Entretanto, com o fim da temporada, os turistas e veranistas se vão, os recursos se tornam escassos e grande parte da população permanece à margem, sem trabalho, ociosa e sem outras fontes de renda.

Outros municípios que integram a região, como Paranaguá e Antonina, vêm suas vidas sócio-econômicas orbitando em torno de seus respectivos portos. Esses portos geram expressiva quantidade de riquezas, entretanto, para muito poucos. O porto de Paranaguá, por exemplo, é a maior receita do Estado do Paraná, entretanto cerca de 20% dos parnanguaras<sup>13</sup> vivem abaixo da linha da pobreza, em condições miseráveis. Nesse ambiente de contrastes, ascendem sérios problemas, tais como prostituição infantil, tráfico de drogas, contrabando, violências, proliferação de doenças, e isso sem mencionar os prejuízos ambientais. Já Morretes e Guaraqueçaba são municípios marcados pela ruralidade. Grande parte da população vive da agricultura familiar, da pecuária, da pesca artesanal e do extrativismo. O turismo nesses locais é incipiente, se destacando o crescente apelo ao ecoturismo.

Frente a todo este cenário já se pode imaginar como se dão as relações e interações entre sujeitos que habitam esse território. Assim como acontece em outras regiões do interior do Brasil, marcadas por conjunturas semelhantes, emergem sérios problemas, incluindo-se as iniquidades de gênero, que tem a violência doméstica contra mulheres uma de suas expressões mais significativas.

Apesar de não haver quaisquer registros estatísticos oficiais sobre o número de casos de violência doméstica praticada contra mulheres na região ou no município de Matinhos, os relatos extra-oficiais são numerosos. Particularmente ouvi diversos relatos,

---

<sup>13</sup> Parnanguara é o gentílico/a de Paranaguá.

oriundos principalmente de reuniões prévias com gestores municipais e profissionais de saúde dos municípios, decorrentes de um projeto de pesquisa/extensão universitária acerca do tema desenvolvido previamente, bem como do contato direto com a comunidade na supervisão de estágios em Saúde Coletiva, do curso de Fisioterapia da Universidade Federal do Paraná, em Matinhos, da qual sou docente.

A partir do recorte regional, o local específico de estudos onde foi conduzida a pesquisa de campo compreendeu a área geográfica de uma Unidade Básica de Saúde de Matinhos. Esta se denomina Unidade Básica de Saúde do Tabuleiro, devido ao nome do bairro onde está localizada sua sede (Figura 1). O município possui outras cinco Unidades Básicas de Saúde, a saber: Sertãozinho, Centro, Riviera, Perequê e Mangue Seco. A abrangência da Unidade de Saúde do Tabuleiro compreende três regiões distintas e contrastantes, cognominadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos:

- Tabuleiro I ou “Tab I”, que compreende a sede, no bairro Tabuleiro;
- Tabuleiro II ou “Tab II”, que compreende parte do bairro Tabuleiro e uma ocupação territorial, denominada Vila Nova;
- Caiobá, que compreende o balneário de mesmo nome.

As denominações Tab I e Tab II são exclusivas dos/as profissionais de saúde e da gestão municipal de saúde, fruto da divisão geográfica do território adjacente à Unidade. Entretanto essa não é a nomenclatura utilizada pela população local. Os moradores nomeiam essas áreas, apenas como Tabuleiro e Vila Nova.

Fato interessante é que Caiobá é um balneário onde as famílias mais abastadas do estado do Paraná possuem residências e apartamentos de veraneio, permanecendo praticamente ermo no restante do ano. Bigarella (2009) revela que o Balneário Caiobá, começou a se desenvolver a partir de 1930, sendo que a maioria dos banhistas que vinham à praia era de famílias de origem germânica, residentes em Curitiba. Há uma avenida, denominada (talvez propositalmente) de Avenida do Contorno que separa o Balneário Caiobá do bairro Tabuleiro. Pode-se traçar uma analogia com a linha que existia nos Atlas de Geografia, que dividia o mundo em dois segmentos, definindo o “contorno” entre países “desenvolvidos” (ou países do norte, industrializados) e países “subdesenvolvidos” (ou países do sul, não industrializados). Assim, entre o Oceano Atlântico e a Avenida do Contorno, está o Balneário Caiobá: “desenvolvido”, limpo, com lindos jardins, organizado, urbanizado e a maior parte do tempo, desabitado. Um panorama do Balneário pode ser observado na Figura 2. Grande parte dos moradores de Caiobá são famílias de zeladores de prédios ou condomínios e caseiros de elegantes

propriedades. Mais recentemente a Universidade Federal do Paraná implantou um *campus* nessa área, denominada UFPR Litoral. Após esse feito, um número significativo de estudantes, docentes e funcionários/as da instituição vêm se estabelecendo nos arredores do *campus*.

Do outro lado da Avenida do Contorno está o Bairro do Tabuleiro<sup>14</sup>: distante do mar, com condições precárias de urbanização e onde vive grande parte da população de Matinhos. Um pouco desse problemático semblante pode ser observado na Figura 3, que destaca no primeiro plano uma vala correndo a céu aberto, ruas sem pavimentação e muito mato no lugar onde deveriam existir calçadas para pedestres. Essa imagem nitidamente contrasta com os belos jardins e prédios elitizados exibidos na Figura 2, que retrata o Balneário Caiobá.

O Bairro do Tabuleiro localiza-se entre a Avenida do Contorno e o sopé dos morros que compõem as últimas franjas da Serra do Mar. É subdividido pela gestão municipal de saúde em duas áreas distintas, como já mencionado anteriormente: Tab I e Tab II. O marco de fronteira das duas regiões é uma avenida, denominada Avenida Paraná. Esta por sua vez é cortada ao meio por um canal de águas pluviais misturadas com esgoto que corre livremente a céu aberto. O “canal” como é chamado pelos locais, nasce nas montanhas e corre em direção ao mar, cortando tanto o Tabuleiro, quanto parte de Caiobá em seu trajeto.

De um lado da Avenida Paraná (e do canal), na porção norte, está o Tab I. Nessa área vive uma parcela significativa da população vinculada à unidade. As ruas desse local, em sua maioria, não possuem pavimentação, e as casas, apesar de modestas, contemplam condições dignas de moradia, tais como saneamento básico e abastecimento de água, rede elétrica regularizada, entre outras características. Já a porção de terra que fica ao sul da Avenida Paraná, chamada Tab II é a mais precária de todas, abrangendo a ocupação territorial conhecida como Vila Nova. É a região mais populosa também, compreendendo uma população em torno de cinco mil pessoas, ou seja, quase 20% da população do município. Nessa área, pouquíssimas ruas têm pavimentação, a maioria corre em seu leito natural numa mistura de barro com areia. Diversas áreas são pantanosas e alagadiças, especialmente em épocas de chuvas mais intensas, o que não é incomum. A maioria das casas é extremamente simples, algumas até rudimentares.

---

<sup>14</sup> A Prefeitura Municipal de Matinhos nomeia administrativamente o Bairro “do outro lado” da Avenida do Contorno apenas como Tabuleiro, incluindo aí o que a população denomina como Tabuleiro e Vila Nova. Já a Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos subdivide essa grande área do Bairro Tabuleiro, em Tab I e Tab II.

Muitas são construídas com restos de materiais e remendos, constituindo verdadeiras gambiarras. Algumas casas são visivelmente construídas com materiais coletados no lixo (possivelmente oriundos das fartas lixeiras de Caiobá), tais como remanescentes de tapumes de obras, coberturas de lonas, placas de “*eternit*” quebradas, entre outros. Algumas casas não têm energia elétrica, outras possuem ligações irregulares, denominadas “gatos” pela população local. A falta de saneamento básico também se traduz em aspectos como veios de esgoto correndo a céu aberto, mau-cheiro e excesso de animais perambulando pelas ruas.

Quanto mais se distancia da Avenida do Contorno, em direção às montanhas, piores vão se tornando as condições de higiene, saneamento e moradia da população. Há muito lixo espalhado, falta de saneamento básico e muitos animais soltos, tais como porcos, cachorros, galinhas, cavalos, entre muitos outros. Durante as andanças com as agentes comunitárias de saúde foi muito comum deparar-me com ruas recobertas por uma fina camada de cal, usado pela comunidade local na tentativa de exterminar as pulgas, que infestam várias áreas do bairro.

A população residente nessa área reflete um pouco do mosaico cultural brasileiro. Enquanto em Caiobá residem pessoas oriundas dos mais diversos lugares, principalmente idosos da capital, Curitiba, e do interior do Paraná, que vieram viver suas aposentadorias junto ao mar, em busca de mais qualidade de vida; zeladores e caseiros responsáveis pela manutenção dos imóveis; e membros da comunidade universitária provenientes dos mais variados lugares do Brasil (e do exterior também); do outro lado da Avenida do Contorno a realidade é outra. Poucas pessoas são naturais de Matinhos. Alguns se autodenominam caiçaras<sup>15</sup>, isto é, nativos do litoral, sejam nascidos em Matinhos, sejam em municípios vizinhos. Tem sua vida fortemente conectada ao mar, trabalhando como pescadores/as, limpadores/as e vendedores/as de peixe no mercado municipal ou ainda desenvolvendo incipientes práticas agrícolas de subsistência. Mas a parcela mais significativa da população é formada por pessoas provenientes do interior do Paraná e da região metropolitana de Curitiba. Há também uma minoria composta por não paranaenses. Os moradores mais antigos revelam que essa grande área de terra, que compreende hoje o Bairro Tabuleiro, era propriedade de uma senhora, filha de um dos

---

<sup>15</sup> O termo caiçara tem origem no vocábulo Tupi-Guarani *caá-içara*, que era utilizado para denominar as estacas colocadas em torno das tabas ou aldeias, e o curral feito de galhos de árvores fincados na água para cercar o peixe. Posteriormente, passou a ser o nome dado às palhoças construídas nas praias para abrigar as canoas e os apetrechos dos pescadores e, mais tarde, para identificar moradores da região de Cananéia (SP). Atualmente, passou a ser o nome dado aos habitantes e comunidades do litoral dos Estados do Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro (Adams, 2000)

empreiteiros que lotearam o Balneário Caiobá, no início do século XX. Relatam que a partir do final da década de 1990 e início dos anos 2000, um dos ex-prefeitos de Matinhos começou a trazer pessoas desprovidas, oriundas principalmente das favelas da região metropolitana de Curitiba, para invadir a área. Segundo os moradores, isso garantiria quantidade expressiva de votos ao tal ex-prefeito, em sua reeleição alguns anos adiante.

Hoje o perfil predominante dos moradores do Tabuleiro é de pessoas humildes, sendo que no Tab II alguns vivem em situação de extrema pobreza e miserabilidade. Uma quantidade expressiva desses habitantes professa religiões evangélicas pentecostais e tem uma pele enrugada e queimada pelo sol, denunciando muitas vezes que seus ofícios são realizados “ao sol”. E população esta, que trabalha predominantemente em atividades ligadas à temporada de verão, “servindo” quem vem passar as férias no Balneário Caiobá. Muitos dos moradores dos Tab’s possuem atividades - em sua grande parte, informais - ligadas ao comércio e ao turismo. Destacam-se aí os serviços de alimentação (venda de milho, coco, churros, espetinhos, bebidas, sorvetes, etc.), além de serviços de comércio e lazer (como aluguel de bicicletas, guarda-sóis, cadeiras de praia, caiaques, camelôs, etc.) e atividades domésticas e de manutenção (eletricistas, marceneiros/as, carpinteiros/as, jardineiros/as, diaristas, faxineiros/as, entre outros). Grande parcela da população dessa região vive do lixo que Caiobá produz, sendo catadores/as de lixo. Outra parcela, mais consistente no Tab I, é empregada formalmente na rede hoteleira, de comércio e serviços do município, especialmente nos meses de verão.

Durante o outono, que é o período pós-temporada de verão, muitos habitantes ainda desfrutam dos lucros obtidos durante a temporada. O comércio e a rede de serviços locais ainda demonstram algum resquício de aquecimento, pois a estação apresenta alguns feriados que movimentam o Balneário. Adicionalmente, muitas pessoas idosas preferem frequentar as praias nesse período, caracterizado por menor agitação de pessoas.

Na Unidade de Saúde, o movimento aumenta durante o outono, pois as pessoas que labutaram intensamente durante o verão, acabaram priorizando o trabalho em detrimento à saúde naquele período. Os excessos do verão vêm à tona apenas no outono. Nesta época é comum ouvirem-se queixas de sintomas osteomusculares, tais como dores nas costas (“dor nas cadeira”, segundo relata a maioria da população), dores nas articulações (ou “dor nas junta”, para grande parte das pessoas), sendo a maioria relacionada ao esforço físico e sobrecarga de atividades exercidas durante a temporada. É depois do carnaval também que as/os profissionais de saúde voltam a estabelecer

maior vínculo com os/as moradores/as, especialmente nas visitas domiciliares. Durante a temporada, grande parte da população não se encontrava em suas respectivas casas, pois estão batalhando nas ruas pelo seu sustento.



Figura 1: Unidade Básica de Saúde do Tabuleiro, Matinhos.  
Fonte: O autor, 2009.



Figura 2: Vista do Balneário Caiobá, Matinhos.  
Fonte: Acervo UFPR Litoral, 2009.



Figura 3: Vista do Bairro Tabuleiro, Matinhos.  
Fonte: Acervo UFPR Litoral, 2008.

A UBS localiza-se próximo ao centro geográfico de sua área de influência. Fica em terreno adjacente ao Hospital Municipal Nossa Senhora dos Navegantes, embora tenha estrutura administrativa completamente independente deste. Possui serviços de atendimento à população no âmbito da atenção primária à saúde, além de ações também nos níveis secundário e terciário. São oferecidos alguns serviços na própria Unidade, como consultas, vacinas, atendimentos odontológicos, exames, dispensação de medicamentos, entre outros. Compõem a equipe que trabalha na Unidade: 02 médicos, 03 enfermeiras, 07 técnicos/as em enfermagem, 14 agentes comunitárias/os de saúde, 02 dentistas, 02 auxiliares de consultório dentário (ACD), 02 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 psicólogo, 01 nutricionista, 03 profissionais da área administrativa e 01 profissional de serviços gerais<sup>16</sup>. Além dos serviços centrados na sede da Unidade, a Equipe de Saúde da Família visita os domicílios das pessoas adscritas à Unidade, realizando atividades de promoção de saúde, prevenção de doenças, diagnóstico precoce e nesta realidade também algumas ações de tratamento e recuperação da saúde. A

---

<sup>16</sup> Tal composição era referente à época em que foi conduzida a pesquisa de campo. Devido à alta rotatividade dos/as profissionais, hoje possivelmente essa configuração seja diferente. Nota do autor.

Equipe de Saúde da Família é composta pelas/os agentes comunitárias/os de saúde, as três enfermeiras, os dois médicos, as/os sete técnicas/os em enfermagem, as/os profissionais de saúde bucal. Nesse local a prefeitura também disponibilizou para atuarem junto à equipe de saúde da família: 02 fisioterapeutas, uma assistente social, uma nutricionista e um psicólogo, que alternam suas jornadas ao longo da semana, entre essa Unidade de Saúde e outras do município.

Assim, a investigação proposta neste estudo pretendeu uma aproximação etnográfica com esses profissionais, como já mencionado, direcionando o olhar nas categorias: enfermeiro/a, fisioterapeuta e agente comunitária/o de saúde. O quadro 2 apresenta alguns dados referentes aos principais profissionais abordados na pesquisa de campo.

Quadro 2: Profissionais de saúde que atuam na UBS do Tabuleiro e que são abordados ao longo da tese

Nome	Idade	Função	Tempo de trabalho na UBS	Local de atuação profissional
Betina	43	enfermeira	3 meses	Tab I
Carminha	26	fisioterapeuta	3 anos	Tab I, Tab II, Caiobá e outras UBS de Matinhos
Cleide	45	ACS	1 ano e 9 meses	Caiobá
Dirce	29	enfermeira	6 meses	Caiobá
Giancarlo	53	ACS	2 anos	Caiobá
Helga	26	enfermeira	11 meses	Tab II
Joana	23	ACS	2 anos e meio	Caiobá
Marcio	27	fisioterapeuta	1 ano e meio	Tab I, Tab II, Caiobá e outras UBS de Matinhos
Margit	30	ACS	2 anos	Tab I
Mônica	25	ACS	6 meses	Tab II
Nina	24	ACS	3 anos e meio	Tab II*
Solange	44	ACS	2 anos e meio	Tab II
Sônia	43	ACS	2 anos	Tab II

\* Nina já atuou algum tempo no Tab I, mas agora está responsável por área no Tab II.

Fonte: O autor, 2011.

Constam no quadro todas as enfermeiras e fisioterapeutas que atuam na Unidade, bem como 08 ACS. As demais ACS também foram ouvidas, embora não trouxessem elementos tão significativos ao propósito deste estudo. Tais profissionais assinalados acima, relataram interfaces com mulheres vítimas de violência doméstica tanto em consultas, exames, visitas domiciliares ou grupos de atividades<sup>17</sup>. Pretendeu-se ouvir as/os profissionais de saúde, na busca de compreender como atendem as mulheres vítimas de violência doméstica, nas práticas em seus serviços. Essa escuta e esse olhar se direcionam, assim, nas diversas configurações da delicada relação entre as mulheres e profissionais de saúde.

A discussão que segue adiante versará sobre os principais temas que norteiam o presente estudo. Inicialmente, serão realçados aspectos da pesquisa de campo. Com base na aproximação etnográfica, será desenhada uma contextualização sobre a categoria “violência” e suas distintas manifestações, que constituem tema complexo que traz diversas implicações para indivíduos e coletivos. Não é intenção aqui esgotar o assunto, mas sim, trazer um breve panorama dessa intrincada categoria, delimitando alguns conceitos, interfaces e especificidades fundamentais para o entendimento desta pesquisa. Merece destaque, por exemplo, a distinção entre categorias envolvidas neste estudo: “violência doméstica”, “violência de gênero” e “violência contra mulheres”. A seguir, já no quarto capítulo, será trazido à tona um pouco do debate a respeito da categoria “gênero”, principal aporte teórico desta tese, uma vez que a violência doméstica que atinge as mulheres é fundamentada em tal enunciado, sendo qualificada como um tipo de “violência de gênero”. Tal categoria de análise é indispensável para o entendimento da problemática, merecendo, portanto, uma seção dedicada ao aprofundamento teórico a respeito dela. Na sequência, o quinto capítulo contempla algumas das implicações da violência doméstica para a saúde das mulheres e como profissionais de saúde manejam essas questões, bem como os modos como profissionais atendem tais mulheres nos serviços. Ganharão relevo nesse segmento, aspectos oriundos do campo, fruto do contato diário com profissionais de saúde, que serão cotejados com literatura da área de saúde coletiva. Serão evidenciados os discursos de atenção à saúde a respeito de traços da biomedicina centrados em características biológicas, bem como aspectos da proposta de acolhimento em saúde. E finalmente, mas

---

<sup>17</sup> Alguns dos grupos em atividade na Unidade são o “Hiperdia” (composto por hipertensos e diabéticos, e que se reúnem mensalmente para dispensação dos medicamentos), o grupo de gestantes e o grupo de idosos.

não menos importante, será traçado um breve panorama revelado por outro cenário, fruto do estágio-sanduíche no exterior. Serão reveladas algumas particularidades acerca da violência doméstica contra mulheres e suas interfaces com o setor saúde, bem como serão analisados alguns conceitos a respeito da interação entre profissionais de saúde e pessoas que aportam nos serviços de saúde australianos. Tal seção objetiva somar elementos teóricos e empíricos, enriquecendo o debate em torno dos modos de atenção à saúde direcionado a tais mulheres. Enfim, acredita-se que todos esses componentes permitirão trazer elementos para melhor compreensão da problemática envolvida neste estudo.

### 3. INVERNO: “TUDO OCORRE MAIS NO INVERNO, A TEMPORADA É A CURA”

A violência doméstica praticada contra mulheres foi reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) somente nos anos 90 como um problema de saúde pública. Não pelo pouco número de casos ocorridos até então, mas principalmente por não aparecer, ou aparecer discretamente, em registros oficiais, dados epidemiológicos e estatísticos. Ciente de que tais mulheres não devem ser cristalizadas na condição de - e reconhecidas apenas como - “mulheres vítimas de violência doméstica”, deve-se ressaltar que a preocupação com essa questão na área das ciências da saúde emergiu principalmente em decorrência de sinais e sintomas que a violência vinha causando nelas, analisadas inicialmente sob prismas predominantemente biologizantes. Diversos estudos vêm destacando o quadro sintomatológico típico de mulheres que estão vivenciando a violência doméstica. Como já explanado, as queixas vão desde dores crônicas, fibromialgia, problemas pélvicos, gravidezes indesejadas, abortos espontâneos até quadros de depressão e condições psiquiátricas, podendo vários destes se apresentar associados. É comum que essas mulheres procurem os serviços de saúde, não somente em situações agudas de violência (quando o trauma físico/sexual/psicológico é evidente), mas em consequência dos agravos que a violência doméstica em condições crônicas traz à sua saúde. Convém destacar, também, que muito usualmente as mulheres não procuram os serviços de saúde.

No âmbito da atenção primária à saúde, na maioria dos casos, apesar de sinais e sintomas orgânicos serem identificados pelos/as profissionais, o fulcro do problema é muitas vezes invisibilizado. Geralmente tratam-se as dores e lesões (agudas e crônicas) com medicamentos, curativos e/ou incontáveis sessões de fisioterapia, que evidenciam pouca, ou nenhuma melhora. Os medicamentos também servem para os quadros psiquiátricos que tornam as mulheres, além de tudo, dependentes químicas. E todo esse panorama contribui para a superlotação, sobrecarga e aumento de despesas<sup>18</sup> para o sistema de saúde. Este estudo, portanto, levanta e se debruça sobre as seguintes indagações: profissionais de saúde visibilizam situações de vulnerabilidade e de violência doméstica contra as mulheres? Identificam ativamente os riscos, mesmo sem o relato das mulheres? Qual(is) encaminhamento(s) é (são) dado(s) à essas situações? A mulher recebe atendimento no sistema? São relevados apenas seus sintomas biológicos ou profissionais de saúde analisam outras perspectivas? E finalmente: que convergências e

---

<sup>18</sup> Como evidenciam trabalhos de Villagómez (2005) e Adeodato *et al.*, 2005.

divergências são encontradas entre a abordagem das/os profissionais de saúde, e uma proposta que vem sendo arquitetada pelo campo da saúde coletiva com o rótulo de acolhimento em saúde?

Todas essas indagações norteiam o desenvolvimento do presente trabalho. Não obstante o considerável número de pesquisas já realizadas na área, almeja-se aqui estudar uma realidade particular: um município de pequeno porte, localizado em uma região de baixo IDH, com dinâmica sócio-econômica marcada pela sazonalidade. Neste local foi eleita uma UBS, que atende tanto um bairro popular quanto um sofisticado balneário, e onde foram ouvidos profissionais que criam vínculo com mulheres, sendo uma categoria em particular (fisioterapeutas), nunca citada anteriormente em pesquisas dessa natureza<sup>19</sup>.

Para avançar nessa direção, foi estruturado este capítulo, que além de retratar um pouco do cenário invernal de Matinhos, busca explorar com mais profundidade alguns aspectos empíricos e conceituais acerca da violência doméstica contra mulheres. Serão revelados alguns dos modos de pensar dos interlocutores a respeito do assunto e um pouco da realidade de uma mulher identificada pelos/as profissionais de saúde como vivendo em situação de violência doméstica. Assim, iniciarei este capítulo com a descrição de um dia de acompanhamento das atividades das/os agentes comunitárias/os de saúde na Unidade Básica de Saúde, incluindo uma visita domiciliar à referida mulher, fruto de excertos da aproximação etnográfica. Na sequência, buscarei explorar com mais detalhes alguns conceitos que se relacionam aos aspectos observados na pesquisa de campo e que se constituem em elementos imprescindíveis para o entendimento desta tese.

### **3.1 Entre chuvas, frio e violências**

---

<sup>19</sup> Romeu Gomes (2003) relata pesquisa realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/Ensp/Fiocruz) sobre um panorama geral da produção bibliográfica acerca da temática “violência e mulher” no campo da saúde. Foram selecionadas fontes bibliográficas brasileiras produzidas no campo da saúde, em toda década de 90, envolvendo artigos, teses de doutorado, dissertações de mestrado e livros ou capítulos de livros. A produção bibliográfica esteve focada em apenas quatro áreas da saúde (com a respectiva porcentagem), a saber: Saúde Coletiva (que concentrou 40% da produção bibliográfica), Medicina (22%), Saúde Mental (22%) e Enfermagem (16%). Assim, é mister que a categoria de profissionais fisioterapeutas também seja ouvida.

Em uma manhã de inverno do mês de agosto de 2009, encontrei-me com a Agente Comunitária de Saúde (ACS) Mônica, na Unidade Básica de Saúde do Tabuleiro<sup>20</sup>. Naquela manhã fazia um clima típico de inverno do litoral paranaense: uma temperatura bastante amena, chegando a fazer um friozinho; o vento cortante a beiramar, sacudindo as folhas dos coqueiros; e chuva... muita chuva. Mônica havia combinado previamente com Dona Marlene, uma moradora de sua área de incumbência, no Tab II, uma conversa comigo a respeito de sua situação como vítima de violência doméstica. O encontro se daria na casa de Dona Marlene, o que para mim era muito significativo, pois permitiria conhecer mais de perto o contexto “doméstico” dessa situação. Combinamos de nos encontrar primeiro na sede da Unidade, por dois motivos: inicialmente, eu não sabia o endereço de Dona Marlene e segundo, de acordo com Mônica, mesmo sabendo o endereço, não seria uma ótima ideia circular por aquela área sozinho.

Quando o tempo é chuvoso, o que inclui grande parte do inverno e da primavera, as/os profissionais de saúde, e aí incluem-se as/os ACS, não costumam fazer as visitas domiciliares. Grande parte das ruas do bairro não tem pavimentação, tampouco calçadas e formam-se enormes poças de lama ao longo das vias, que dificultam o trânsito e acesso das pessoas, que é feito majoritariamente de bicicleta ou a pé. Nesse caso, como estava com meu carro, iríamos com a chuva, mesmo assim. A rua em frente à sede da Unidade também tinha condições enlameadas similares, dificultando o acesso, sobretudo de pessoas com necessidades especiais.

A questão climática foi desde o início um fator que emergiu reiteradamente ao longo da pesquisa de campo. Influencia o cotidiano de afazeres das pessoas que trabalham no local, e sugere atingir diretamente os modos de vida e de relações dos que habitam e trabalham na área. Tentarei trazer à tona essa questão ao longo do texto. A intenção sempre foi a de seguir o próprio movimento dos meus interlocutores. Se a antropologia é a busca de compreender a ciência social do observado (Lévi-Strauss, 1958), então devo me voltar para as formulações de meus interlocutores. E eles insistiam na importância e centralidade das estações na organização de suas vidas. Não se trata, é bom ressaltar, de nenhum tipo de determinismo, mas de uma observação acurada que se volta para o tempo, para as modificações observadas no decorrer do ano, e se vale de metáforas das estações para entender o social. Em vez de determinismo, uma leitura

---

<sup>20</sup> Os/As profissionais de saúde desse estudo utilizam o termo “Unidade” pra designar a Unidade Básica de Saúde (UBS) do Tabuleiro. Por conseguinte, serei fiel aos meus interlocutores, referindo-me sempre a UBS como “Unidade”. O mesmo ocorre com a expressão “Agente Comunitário de Saúde”, que é cordialmente nomeada por elas e eles como “ACS”. Digno de nota também é que para a maioria das usuárias e usuários, a Unidade é denominada “postinho”.

social particular, e que muito produtiva para se pensar a violência contra as mulheres em Matinhos, como terei oportunidade de descrever.

Em frente à Unidade, é bastante comum ficarem algumas pessoas aguardando em pé. Fato esse tão comum, que já construíram inclusive um banquinho de madeira sob uma área coberta, que pode ser observado na Figura 1, para os que preferirem aguardar do lado de fora, confortavelmente sentados, faça chuva ou faça sol. Algumas dessas pessoas fumam nessa área, outras preferem aguardar do lado de fora apenas para tomar um ar fresco. No verão costumam ficar do lado de fora para evitar o calor, já que bem à frente da porta há uma frondosa árvore. No inverno, preferem permanecer do lado de fora, pois dentro o ar parece carregado, uma vez que as janelas por vezes ficam fechadas e as pessoas lá dentro costumam tossir, fungar e espirrar. O fato é que não ficam do lado de fora por falta de lugares na sala de espera, como alguns desavisados que eventualmente passam pela frente da Unidade podem pensar. É, portanto, uma questão de opção. Ao lado do banquinho e sob a sombra da árvore, repousa um “estacionamento de bicicletas”, que consiste num aparato de ferro cimentado na calçada, utilizado para prender o meio de transporte predominante dessa população.

Adentrando no espaço da Unidade, o primeiro recinto é a sala de espera. Nesse local é bastante comum figurarem alguns tipos clássicos: senhores mais idosos com uma feição sofrida e calçando chinelos de dedo, mesmo com tempo frio e chuvoso; mulheres de meia idade, muitas com sobrepeso, outras com longas saias e cabelos, evidenciando o fato de seguirem religiões pentecostais; moças jovens com crianças pequenas no colo, dando pistas sobre as taxas de natalidade locais; entre muitos outros. Alguns desses personagens são denominados por alguns profissionais de saúde, como “fregueses do baú”<sup>21</sup>. Esse mosaico de pessoas que compõe a sala de espera acaba formando uma profusão de cheiros e tossidas, que se mesclam com o cheiro de água sanitária utilizada na assepsia local, o som dos ventiladores, e o burburinho das conversas, criando uma atmosfera típica.

O fato de alguém “externo” chegar de carro na frente da Unidade, já é motivo de pausa nas conversas corriqueiras e foco de atenção da maioria. Por mais que eu buscasse me vestir de uma maneira informal, com calça jeans, tênis e camiseta esporte, não conseguia esconder minha origem externa, especialmente denunciada por meu modo

---

<sup>21</sup> A expressão “freguesas do baú” ou “fregueses do baú” era comum nas décadas de 80 e 90 para designar as/os clientes do “Baú da Felicidade”, programa de comercialização de produtos para o lar, que tinha a fidelização das/os clientes como uma de suas estratégias. Assim, para alguns/as profissionais de saúde, há certos tipos de pessoas que são vistos com grande frequência nas Unidades, como que “participantes de um programa de fidelização”.

de falar. Ali, naquela sala de espera, era muito comum ouvir expressões do tipo: “*muié*” (mulher), “*cuíé*” (colher), “*nóis vai*” (nós vamos), “*nóis fumo*” (nós fomos), “*nóis vortemo*” (nós voltamos), entre muitas outras.

No balcão da recepção trabalham duas atendentes: Idalina e Daiane, sempre envolvidas com os afazeres burocráticos, como preenchimento de fichas e prontuários. A Unidade não possui sistema informatizado, o que dificulta bastante a rotina de trabalho, e é alvo de constantes queixas dessas e de outras/os profissionais também. Nesses dias, enquanto a chuva caía em cântaros do lado de fora, havia razoável fluxo de movimento de pacientes na Unidade, e as duas conversavam entre si. Questionei-me constantemente ao longo da pesquisa de campo, a respeito do papel das profissionais que trabalham no balcão da recepção da Unidade de Saúde. Poderiam ser elas a principal ‘porta de entrada’ das mulheres vítimas de violência doméstica no sistema? Nesse caso, seriam elas profissionais-chave no desfecho das relações estabelecidas entre mulheres, profissionais e o sistema de saúde? Que noções possuíam essas personagens em relação à violência doméstica que ocorre sobre mulheres? Essas e outras inquietações me faziam seguir adiante.

A partir da sala de espera, um longo corredor dividia a Unidade em dois lados, ambos pontilhados de salinhas que serviam como consultórios, salas de procedimentos, de orientação, de dispensação de medicamentos, de reuniões, além de cozinha e banheiros. Alguns/as profissionais cumpriam a jornada de trabalho integralmente em atividades ligadas à Unidade. Esse era o caso das enfermeiras, das/os auxiliares de enfermagem e das ACS<sup>22</sup>. Cada uma das enfermeiras era responsável por uma das áreas específicas da Unidade. Assim, a enfermeira Betina era responsável pelo Tab I, Helga era responsável pelo Tab II, e Dirce era incumbida do Balneário Caiobá. Já as outras categorias profissionais, como médicos, fisioterapeutas, profissionais de odontologia, psicólogo, assistente social e nutricionista, trabalhavam em um esquema de rodízio, feito entre essa Unidade e outras Unidades Básicas de Saúde do município. Portanto, não permaneciam ali integralmente.

Em uma dessas saletas ficavam as ACS em dias chuvosos, como o que fazia naquela manhã. O lugar era pequeno e simples, apenas algumas cadeiras, uma mesa e alguns arquivos onde eram armazenadas as fichas das pessoas. Mesmo nos dias sem

---

<sup>22</sup> O grupo de profissionais ACS da UBS é composto por uma maioria absoluta de mulheres. De 14 ACS apenas dois da equipe são homens, portanto, quando me referir a essas profissionais utilizarei preferencialmente a declinação do artigo em seu modo feminino: como em “as ACS”.

chuva, as ACS se reuniam nesse local no início do expediente, para depois se espalharem pelas ruas da região e visitarem as famílias sob suas responsabilidades. Cada ACS tinha sob sua responsabilidade uma média de 130 a 200 famílias de uma área específica. Ao final da jornada, também retornavam a essa salinha para arquivarem as fichas das/os moradoras/es sob seus cuidados. Os casos que merecessem mais atenção eram repassados às enfermeiras, para tomada de providências. Desse modo, as paredes desse cubículo ouviam diariamente narrativas sobre os mais diversos casos. Grande parte dos relatos era referente às situações das ACS vividas em seu campo de trabalho ou então algo concernente às famílias pertencentes às suas áreas. Fichas de pacientes eram passadas a limpo nesse local. A “folha corrida” também. Falava-se de tudo e de todos, sem o menor pudor em relação ao sigilo ou anonimato dos moradores.

Em meio a tantas conversas que vinham à tona naquela manhã, Mônica comentou com o grupo, a respeito de nossa interlocutora:

*“- A Dona Marlene é uma pessoa que se abre... acho até que ela gosta de compartilhar a história dela com outras pessoas... gosta que alguém a ouça...”* (Mônica, ACS)

Mônica é a ACS responsável por uma das áreas mais dramáticas da Vila Nova. Ali viviam fugitivos, traficantes e usuários de drogas. Mônica trabalha na Unidade há seis meses e sob sua responsabilidade vivem cerca de 150 famílias do Tab II. Mônica é uma moça jovem, na faixa dos vinte anos, de estatura mediana, cabelos castanhos, um pouco acima do peso, pele bronzeada, que gosta de jogar vôlei na praia e desenvolve seu trabalho de ACS com bastante seriedade, comprometimento e respeito à população. Revelou diversas vezes que o trabalho que ela realiza é pela população. Não é pelo salário, nem por falta de outras opções de trabalho, mas porque realmente gosta de ajudar as pessoas. Gosta muito de ser ACS e sonha em fazer faculdade de Gestão Pública na UFPR, para poder ajudar ainda mais as pessoas de sua comunidade.

Prosseguindo o diálogo, Mônica também nos informou sobre o perfil da família de dona Marlene, relatando que são todos bem humildes e que o marido dela, seu Sebastião, sofreu um Acidente Vascular Encefálico (AVE) – um “derrame” nas palavras de Mônica – e que por isso ele vive praticamente o tempo todo na cama. Por conta dessa situação, Dona Marlene é quem faz tudo por ele, como preparar a comida, dar o banho, ajudar com a higiene, enfim... com tudo. E que mesmo assim ele ainda é violento com ela. Mônica relatava que só não era mais violento com ela porque não podia mesmo, pois não se levanta e é extremamente debilitado.

Havia outras ACS na sala. Uma delas era a Cleide, uma jovem senhora, de pele branca e cabelos castanho-escuros, na faixa próxima dos 50 anos. Bem humorada e empenhada em seu trabalho, cuidava de cerca de 150 famílias da região de Caiobá, uma das áreas menos problemáticas ou “mais *susse*<sup>23</sup>”, segundo ela. Por ser um pouco mais velha que as outras ACS, que se encontravam em sua maioria na casa dos vinte e poucos anos, Cleide era considerada pelo grupo como uma “mãezona”. Por ter mais experiência de vida, era respeitada e costumava aconselhar as ACS mais jovens em problemas corriqueiros do ofício profissional e também em situações mais pessoais das ACS. Todas confiavam muito em Cleide e algumas vezes dava impressão que chegava a existir certa estratificação entre elas, sendo que Cleide seria uma intermediária entre o grupo de ACS e as enfermeiras, que hierarquicamente supervisionavam as agentes. Entretanto, tal estratificação entre Cleide e as demais ACS era diferente da hierarquia entre as enfermeiras e as ACS. Cleide era mais como uma pessoa de mais experiência que servia de referência, de inspiração e de confiança. As enfermeiras exerciam uma relação mais verticalizada, tipicamente de supervisoras, embora cada uma das três enfermeiras manifestasse atitudes bem distintas em relação às ACS e até mesmo em relação às/aos pacientes.

Cleide questionou Mônica a respeito de Seu Sebastião, se ele ainda “procurava Dona Marlene”, referindo-se indiretamente ao estabelecimento de relações sexuais. Mônica respondeu que pelo menos isso não. Dona Marlene confessou a ela que já faz algum tempo que ele não a procura, o que é menos mal, segundo Mônica. Cleide concorda com Mônica, dizendo:

*“ - Já pensou? Além de fazer tudo por ele... apanhar... e ainda ter que manter relações com ele?”. (Cleide, ACS)*

Ao que Mônica respondeu prontamente, que Dona Marlene revelou a ela que “continua viva”, se referindo à existência de desejo sexual naquela senhora. Em seu tom de voz, Mônica parecia defender sua paciente e ao mesmo tempo deixar no ar que tal desejo não seria necessariamente por seu marido (tampouco por outra pessoa), mas sim a presença do desejo de continuar a manter relações sexuais, escondida sob uma sexualidade que vinha sendo anulada.

Naquele dia, com a chuva caindo constantemente, as ACS não iriam a campo visitar suas famílias. Passariam o dia organizando as fichas e prontuários, auxiliando

---

<sup>23</sup> A expressão “susse” é utilizada no sentido de sossegada.

outras atividades na Unidade e passando a limpo as vidas das pessoas da região. Após trocarmos algumas ideias na UBS sobre como era a realidade daquela família, rumamos para a casa de Dona Marlene. No caminho, as ruas sem calçamento e cheias de buracos empoçavam lâminas de água, que me deixavam em dúvida se meu pobre carro 1.0 conseguiria transpor.

À medida que nos distanciávamos da Unidade e adentrávamos mais no bairro, os padrões das habitações iam ficando mais precários. A Unidade fica na região, digamos, mais “central” do bairro Tabuleiro, próxima ao Hospital Municipal Nossa Senhora dos Navegantes, à Avenida Paraná, que é asfaltada, circundada por farmácia, supermercado e outros estabelecimentos comerciais do bairro. A casa a ser visitada por nós ficava na região mais periférica do “Tab II”, conhecida pelos moradores como “Vila Nova”. Essa é a região mais precária do bairro, onde as ruas não têm calçamento, não há rede de esgoto, e ao lado de algumas vias há grandes valas por onde o esgoto viceja a céu aberto. As casas majoritariamente não são de alvenaria; as poucas que são, possuem tijolos aparentes e são mal-acabadas, mas a maioria é ou de madeira ou de outros materiais diversos de sobras de construções. Algumas dessas moradas são muito improvisadas, inclusive com cobertura de lonas e paredes de tapumes. Nas frentes das residências havia vários “carrinhos” utilizados pelos “carrinheiros” para “puxar lixo”. O ato de puxar lixo se refere ao ofício de sair pelas ruas a fim de catar material nas lixeiras, para reciclagem. Para isso eles utilizam um carrinho, construído artesanalmente para esse fim e que geralmente são “puxados” por eles e elas mesmos/as, quando não por cavalos. Por esse motivo se autodenominam como “carrinheiros”<sup>24</sup>. Interessante que as/os profissionais de saúde não os chamam de carrinheiros, mas sim de “catadores”, ou então “coletores”, uma vez que “catam/coletam o lixo que não é lixo”, segundo elas/es. O lixo coletado é separado e reciclado em barracões denominados de “cooperativas”, mas que a meu ver não pareciam muito trabalhar na lógica da cooperação. Pareciam muito mais seguir uma lógica baseada na exploração daquelas pessoas. Uma dessas cooperativas inclusive, ciente dos vícios de muitos/as catadores/as, costumava pagar pelos seus trabalhos com bebidas alcoólicas, cigarros e por aí vai.

Ao longo das ruas, vários homens se encontravam parados, “jogando conversa fora”, mesmo com a chuva, que havia amenizado um pouco naquele instante, mas ainda caía sob a forma de uma garoa fina, tipicamente de inverno. A chuva era um fator

---

<sup>24</sup> Tanto homens quanto mulheres exercem a atividade de “carrinheiros” nesse local. Entretanto as mulheres não se auto-denominam “carrinheiras”. Quando indagadas sobre seu ofício, costumam responder: “Sou carrinheiro”, curiosamente não utilizando a flexão feminina para a atividade.

limitante para carrinheiros irem ao trabalho puxar lixo, especialmente quando caía com mais intensidade, como no início daquela manhã. Assim a maioria permanecia em casa nessas condições climáticas. Alguns conversavam nas frentes das casas, outros num dos botecos localizado em uma esquina da vila. Ao mesmo tempo em que conversavam no boteco, aproveitavam para jogar sinuca e tomar uma caninha para esquentar. Os tipos pareciam bem característicos: adultos jovens, de cor branca com a pele esturricada pelo sol, corpo esguio e aspecto sofrido, barba comprida ou por fazer, a maioria não trajava camisa, apenas bermuda e chinelo havaianas, mesmo com o friozinho que fazia. Alguns usavam boné, mas todos mostravam um olhar meio desconfiado ou talvez curioso para aquele veículo forasteiro que adentrava naquelas ruazinhas estreitas.

Notadamente, tanto nesse quanto em outros dias, era bem mais raro ver as mulheres ociosas nas ruas, tal qual aos homens. As mulheres eram vistas nas ruas, mas sempre indo ou voltando de algum lugar (como do trabalho, do mercado, da igreja, de levar as crianças à escola, etc.), mas nunca desocupadas. Tampouco se via mulheres no interior dos botecos. Predominantemente, elas permaneciam enclausuradas em suas casas, dando conta das atividades domésticas nos dias chuvosos. Ou trabalhando fora, nos dias de sol. Desse modo, esta realidade ilustra claramente o espaço das ruas como predominantemente muito mais o espaço dos homens, enquanto o espaço doméstico seria destinado às mulheres.

Naquele cenário de desconfiança e apreensão, a única coisa que me confortava e dava sensação de segurança em meio a um território desconhecido era que estava acompanhado de Mônica, ACS responsável por esta área. Mônica conhece todos eles pelo nome e revela que agora é respeitada por eles também. Mônica relatou que sofreu muito para conquistar a confiança daquela comunidade:

*- "Ali onde eu trabalho, eu tenho que ir devagar com as coisas... Tem que saber conversar. Porque no início foi bem difícil trabalhar ali... me rejeitaram... Eu não moro ali e ali tem tráfico... Eu não sei propriamente quem é quem não é, mas um cara ali já chegou a me atropelar... A jogar o carro em cima de mim... Não chega aqui agora, ele disse. Antes era a Sônia que fazia essa área. Ela mora ali... Quando troca ACS o pessoal não entende... Demoram até pegar confiança. Hoje eu já entro nas casas, fico mais próxima. Depois de seis meses... Levou esse tempo pra pegar confiança. Hoje em dia todo mundo me conhece. Tem um pessoal que rouba bicicleta, tem um pessoal nos bequinho, é bem desse jeito. Eu passo, cumprimento e estou sempre com celular. A gente vai, mas não sabe se volta. É bem complicado... Tem uma área com esgoto a céu aberto. Tem uma pobreza misturada com porquice, tudo junto assim sabe..."* (Mônica, ACS)

O relato de Mônica revela uma série de angústias que fazem parte da rotina profissional das ACS, se destacando a negociação que tais profissionais devem fazer para conseguir adentrar nas comunidades onde trabalham. Apesar de o Ministério da Saúde recomendar que o/a ACS seja um/a morador/a da área pelo qual é responsável, nem sempre isso é possível na prática. Às vezes nenhum/a morador/a da área tem o ensino médio completo, que é um requisito para o cargo, ou ainda os que possuem o ensino médio não desejam seguir essa atividade. Assim, moradoras/es de outras áreas acabam ficando responsáveis pelo trabalho, como é o caso aqui. Mônica mora em outra região do município e sua área de atuação é na Vila Nova. Por não serem previamente conhecidas/os na comunidade, tais ACS acabam enfrentando mais dificuldades de aceitação pelas/os moradoras/es. Todavia, segundo Mônica, essa fase já havia sido ultrapassada e o vínculo entre ela e moradoras/es já estava bem estabelecido. O estabelecimento do vínculo entre ACS e as pessoas da área é um “*status*” legitimado por essa categoria profissional. É por intermédio desse/a profissional que os/as outros/as profissionais, como médicas/os, enfermeiras/os, fisioterapeutas, psicólogas/os e inclusive (nós) pesquisadores podem(os) ter acesso às pessoas no interior de seus domicílios. Num dos contatos prévios que tive com Mônica, ela me alertou:

*“- Não tente ir lá [na Vila Nova] todo de branco e engomadinho, que os traficantes não te deixarão nem entrar... Vão achar que tu é policial disfarçado, a paisana... Vai normal, de tênis e calça jeans mesmo, que é melhor”.* (Mônica, ACS)

E assim o fiz naquele dia, seguindo as orientações de minha guia. Após algumas “quebradas<sup>25</sup>”, chegamos ao nosso destino, quando a ACS me avisou que poderia parar na frente de uma cadeira de balanço que repousava na frente da casa, no cantinho da rua de areia, ladeada por muito lixo. Várias poças circundavam a casa e a ACS me dizia:

*“- Veja! Esse prefeito só faz melhorias lá pra Caiobá... Para os turistas! Aqui onde mora a maior parte da população ele não faz é nada! Deu cestas básicas pra todo mundo aqui antes da eleição, mas depois nunca mais pôs os pés aqui”.* (Mônica, ACS)

As questões político-partidárias e de corrupção sempre foram emergentes nas falas tanto de profissionais, quanto de pacientes. Muitas pessoas daquela região

---

<sup>25</sup> “Quebradas” foi um termo que apareceu sucessivamente nas falas dos interlocutores, utilizado para designar as ruas estreitas e ruelas do bairro.

revelaram trocar seus votos por favores, como cestas básicas, caçambas de areia, licenças para atuar como ambulantes durante o verão, vagas em atendimentos de saúde, e outros privilégios e práticas assistencialistas. Parece que quanto menor o município, mais fortes são essas influências, todavia não irei aprofundar o debate nesse meandro.

Fomos entrando no terreno em direção a casa, por um caminho sobre tábuas estrategicamente colocadas sobre a terra, para que nossos pés não afundassem nas poças. Assim, atravessamos o quintal e chegamos à porta da morada. A casa era de madeira, simples, bem velha e sem pintura. O telhado de *eternit* era pontilhado com alguns furos, que permitiam que algumas goteiras pingassem a água da chuva dentro da casa em alguns pontos. Fomos recebidos pela dona Marlene, uma senhora de 65 anos, bem simpática e hospitaleira. Cabelos curtos, tingidos de loiro, com as raízes brancas já aparecendo, brincos discretos e roupas bem arrumadas, demonstrando que, apesar do contexto de simplicidade, ela é vaidosa e se preocupa com sua imagem, se arrumando para receber as “visitas”, como ela nos tratava. Ela nos convidou para entrar e sentamos no sofá. Ela estava cuidando de sua netinha, Marjorie, que tem pouco menos de dois anos de idade. Marjorie estava sentada no chão de tábuas grossas e de madeira escura, comendo um pedaço de pão francês puro. Outros pedaços menores do pão estavam caídos pelo chão ao redor da menina e mais tarde descobriria que aqueles também logo seriam engolidos por ela, sem nenhum nojo ou cerimônia, nem dela, nem da avó, nem da ACS.

A peça da casa em que nos encontrávamos era a parte “central” da casa. Tal peça era dividida em dois ambientes: de um lado a sala, onde estávamos sentados, com um sofá antigo de três lugares, recoberto por uma colcha taticamente posicionada para esconder os rasgos, duas poltronas, uma mesa redonda no canto, onde dona Marlene armazenava os “fuxicos<sup>26</sup>” que ela estava confeccionando e ainda uma estante com TV, rádio, alguns vasos, objetos decorativos e uma imagem abissal de Nossa Senhora de Aparecida, com um rosário envolto a ela. Tal imagem já me fez deduzir que se tratava de uma família católica. O outro lado da peça é a área da cozinha, que conta com uma geladeira bem antiga num canto, uma pia com uma cortininha xadrez embaixo, onde se podia avistar algumas panelas por detrás da mesma. Havia ainda um fogão, várias panelas, colheres e conchas de sopa penduradas na parede logo acima da pia, uma mesa meio improvisada feita com um tampão de madeira e um modesto guarda comidas.

---

<sup>26</sup> “Fuxico” é uma técnica artesanal que emprega restos de tecidos para criar e customizar roupas, acessórios e objetos.

Sobre a mesa havia alguns pratos e copos, um pano de louça já meio amarelado, um saco pardo de pão e um vidro com algumas bolachas dentro. De um lado desse cômodo central havia uma porta coberta com uma cortina de chita, que eu mais tarde descobri que se tratava do banheiro. Do outro lado da peça em que nos encontrávamos havia mais duas portas, também cobertas com cortina de chita, que davam acesso aos dois dormitórios da casa. A casa não tinha forro, assim podíamos ver o telhado com seus furos e goteiras, os caibros de madeira e toda a fiação elétrica. As paredes dos cômodos também não iam até o telhado, permanecendo um vão aberto por cima de nós, que permitia ouvir e cheirar o que se passava nos outros ambientes.

Aliás, o cheiro daquela casa era algo bem peculiar também. Não sei ao certo definir em palavras, mas se assemelhava com um cheiro de fritura de carne de porco ou feijoadada, mas quando já fica impregnado nas cortinas e paredes de madeira. Esse cheiro evocou algumas lembranças de minha infância, em Blumenau. O cheiro era o mesmo da casa de uma vizinha de minha família, e fazia mais de vinte anos que não sentia aquele aroma. Assim como na casa de minha vizinha, vários animais circundavam a casa, como galos, galinhas, criados soltos no terreno. Havia também uma matilha de cães na frente da casa, pelo menos uns quatro vira-latas permaneciam na porta de entrada. Entretanto, apesar da simplicidade, e do ambiente sórdido circundante, o interior da casa estava bastante limpo e arrumado, o que fez com que nós nos sentíssemos muito à vontade.

Dona Marlene bebia um chimarrão e ofereceu-nos, o que veio muito bem a calhar naquela manhã de inverno chuvoso. Ela ouvia música sertaneja e gauchesca na rádio. Começamos a conversar e percebi que ela falava num tom de voz extremamente baixo, que ainda era confundido com o som do rádio. Seu marido, seu Sebastião, de 70 anos, estava deitado num dos dormitórios ao lado da sala. Certamente, dependendo do volume que falássemos, ele poderia ouvir a conversa, já que acima das paredes era tudo aberto e a cortina de chita também permitia a passagem do som para o quarto. Mesmo sem ela verbalizar, entendemos o recado e procuramos também falar num tom de voz mais baixo. Dadas essas circunstâncias, achei melhor não utilizar o gravador de voz. Achei também que ela ficaria inibida em falar diante do gravador. Assim, fiz diversas anotações com o consentimento dela e tentarei reproduzi-las fielmente aqui, mesmo que em partes.

Após apresentar-me, perguntei se ela não se importaria se eu tomasse notas de alguns pontos por ela relatados e informei que ela poderia ficar bem à vontade para falar (ou não) sobre alguma questão por mim indagada. Sua filha, a mãe da Marjorie chegou

do mercado nesse momento e foi tomar café. Trouxe um pacote de *waffer* para a menina, que a essas alturas já tinha acabado com o pãozinho francês.

Para quebrar o gelo inicial e conhecê-la um pouco mais, perguntei se ela era natural de Matinhos. Ela informou que nasceu no interior do Rio Grande do Sul, assim como seu marido, só que este era da capital, Porto Alegre. Conheceram-se no interior do Paraná, onde casaram e moraram por um bom tempo, em diversas cidades. Moraram um tempo no Paraguai também, mas depois retornaram para o interior do Paraná. Atualmente faz 20 anos que residem em Matinhos. Esse foi o local que ela mais “parou” (permaneceu mais tempo) e revelou que gosta muito daqui. Gosta de viver entre o morro e o mar, diz ela.

O fato de Dona Marlene sentir-se pertencente ao local chamou a minha atenção, pois muitos/as frequentadores da Unidade revelavam não apresentar esse sentimento de pertença, nem apreciavam morar em Matinhos. De acordo com as/os próprias/os profissionais de saúde da Unidade, pela própria sazonalidade há uma rotatividade muito grande das pessoas e famílias que estão sob seus cuidados, que vem e vão, não criando um sentimento de pertença com Matinhos.

Quando indaguei se trabalhavam, ela informou que ela estava aposentada e o marido também, sendo que ele está aposentado por invalidez, após os “derrames”. Mas fez questão de ressaltar que sempre trabalharam muito, a vida inteira. Ela sempre trabalhou de doméstica e de auxiliar de serviços gerais. É analfabeta e nunca teve a oportunidade de frequentar escola. O marido trabalhava como agricultor, em plantações de soja no interior do estado e no Paraguai. Segundo Dona Marlene, ele e o irmão davam conta de cortar um eito num dia inteiro de trabalho, demonstrando ser uma grande quantidade de serviço. Depois, a roça já não era mais vantajosa e ele começou a trabalhar como pedreiro, construindo casas. Vieram para Matinhos por intermédio de uma parente, que já morava aqui e “ganharam” o terreno onde moram. Refletindo sobre essa fala e os discursos dos moradores mais antigos que ouvi previamente, sobre a invasão daquelas terras, esse “*ganharam*” soava como uma possível “invasão de terras”. Contudo, achei melhor não insistir nesse meandro, mas pude deduzir que possivelmente se tratava de uma das muitas famílias que invadiram as terras outrora pertencentes à filha do empreiteiro que planejou o Balneário adjacente.

Dona Marlene continuava, sempre enaltecendo o trabalho do esposo, muito mais que o próprio trabalho dela, revelando em um tom de voz bem baixo, para que ele não ouvisse:

*“ - Ele sempre foi muito trabalhador, nunca deixava faltar nada em casa... o problema foi que a bebida acabou com ele. No início ele era muito bom pra mim... mas depois quando bebia, batia em mim”. (Dona Marlene, paciente da Unidade)*

Trazia à tona, nitidamente, que o esposo sempre exercia o papel de provedor do lar enquanto ela desempenhava sempre o papel de cuidadora dos filhos e do trabalho doméstico. A trajetória dela ficava em segundo plano, e tive a impressão que a fala dela sempre se referia aos dois como uma unidade. Juntos, o casal teve nove filhos, sendo que um filho e uma filha (a mãe de Marjorie) moram ali com o casal; uma filha mora em Itapema (SC), um filho mora no interior de São Paulo e todos os outros moram em Matinhos, próximos dali. Perguntei se as agressões começaram há muito tempo e ela respondeu:

*“ - Sim... desde o começo... e também não só me batia, mas também me maltratava... ele me xinga, grita comigo... e às vezes uma palavra dói mais do que apanhar. Às vezes, a dor da batida logo passa, mas a dor das palavras ficam... e às vezes é pior, viu...” (Dona Marlene, paciente da Unidade)*

Com essas palavras, é possível refletir sobre o fato de Dona Marlene considerar a violência verbal como uma dimensão que a agride, categorizando-a inclusive, como mais agressiva que a violência física, em algumas circunstâncias. Foi possível perceber que Dona Marlene não gostava e não utilizava a expressão “violência”. Dizia que seu marido era “muito ruim” com ela, ou então “muito bravo” ou “muito nervoso”, mas não que era “violento”. Ela própria não se considerava “vítima de violência”. Quando perguntei se ela já havia denunciado ele alguma vez, ela respondeu prontamente:

*Eu não posso denunciar ele... Ele é o pai dos meus filhos e é quem eu escolhi viver... Não quero que prendam ele. (Dona Marlene, paciente da Unidade)*

Aqui chamamos a atenção para uma “identidade não assumida” percebida nas vozes de mulheres como Dona Marlene. Ou seja, elas não se identificam como “mulheres vítimas de violência doméstica”. Soares (2002b) comenta sobre a questão da identidade, se referindo em seu texto à homossexualidade, mas que poderia, ao menos em partes, ser extrapolada, trazendo luzes a esse caso. Para o autor, a identidade remete ao mesmo tempo, a ser e a estar, a ser presumido e permanente, ao que é dado por determinação e

evidência, ou que se desvela por controvérsias, circunstâncias, contingências. Alternativamente, a identidade também poderia ser configurada passivamente como imputação alheia, atribuição externa ou qualificação ditada por outros. Ou seja, identidade remete ao que constitui o sujeito na sociedade e ao que é por ele/ela constituído. Pode focalizar determinado aspecto de sua aparência, sua origem, ou alguma característica, podendo ser positiva ou negativa. Assim, há mecanismos complexos que são acionados quando a pessoa se revela: sou branca, sou negra, sou mulher, sou homem, sou homossexual ou sou vítima de violência doméstica. São particularidades historicamente construídas, elaboradas dentro de suas culturas, com suas regras, saberes e poderes característicos. O autor também chama atenção que conforme o contexto, a experiência e os códigos, algumas identidades podem ser obscurecidas, outras não serem acionadas ou não convergirem, como é o caso aqui. Nesse caso de Dona Marlene, assim como na maioria dos outros casos assinalados pelos/as profissionais daquela realidade, apenas as/os profissionais de saúde consideram as mulheres como sendo vítimas de violência doméstica. Por outro lado, as próprias mulheres não se reconhecem nessa categoria. E o fato de não se reconhecer não se refere a um reconhecimento “público”, não diz respeito a um reconhecimento político, ou de levante de bandeiras, mas um reconhecimento para elas próprias. Nos seus discursos, não aparece a expressão “violência doméstica”, mas apenas relatos como o de D. Marlene, que diz que “ele sempre foi ruim comigo” ou “ele tem o sangue quente mesmo”.

Tal circunstância pode levar a uma série de indagações, tais como: quais as implicações de as próprias mulheres (não) se reconhecerem como vítimas de violência doméstica? Se as próprias mulheres não se reconhecem como vítimas de violência doméstica, por que profissionais de saúde deveriam reconhecê-las como tais? Quais os desdobramentos desse não-reconhecimento das mulheres como vítimas, em relação às recentes políticas de saúde, que objetivam a busca ativa de casos nos serviços de saúde? Estariam essas políticas realmente dando ouvidos às mulheres ou atuando com uma visão religiosa de “querer curar os males da sociedade”?

Na sequência, a ACS perguntou se haviam mais casos de alcoolismo na família e ela respondeu afirmativamente:

*“- Todos eles bebem!” [se referindo à família do marido] “Esse aí [o marido] bebe desde os oito anos de idade. Ele e o irmão iam pra roça e aquilo que ganhavam, uma parte já ficava pra bebida”. (...) Bebem pinga! Porque ele não gosta de cerveja... é só cachaça mesmo. Quando não tinha pinga, ele chegava a beber vinagre com açúcar... Só que quando*

*ele trabalhava, não bebia tanto... mas depois dos derrames... Uns dois anos pra cá, que ele piorou... Agora que ele fica só em casa, ele bebe mais.” (Dona Marlene, paciente da Unidade)*

Aparece nos discursos, não somente no de Dona Marlene, mas nos de várias pessoas que frequentam a Unidade, um fato bastante relevante nessa comunidade: ao ficarem ociosos, sem trabalhar, quando chove ou no inverno, confinados em casa, os homens recorrem, com certa freqüência, ao uso de bebidas alcoólicas. Essa observação foi recorrente em diversas outras situações. Indaguei a Dona Marlene a respeito de como ele compra a bebida, se ele não anda. Ela responde num tom abatido:

*- “Ah..., eu compro! Todo dia eu tenho que ir lá comprar... se eu não compro, ele fica ruim comigo... grita, me xinga... e na cama, à noite, ele ainda me bate e me dá pontapés! (...) E não dá para suspender a bebida... Ah, não dá! Ele fica ruim, ruim, ruim... vira a vomitar e passar mal... mija na cama... aí é pior pra mim, sabe? Esses dias eu deixei ele sem... aí virou a vomitar... e passar mal, depois ainda eu que tive que limpar e dar banho nele sozinha”. (...) E os filhos, sabe como é... cada um tem a sua vida... Quando eles vêm aqui, ele já reclama do barulho... Se eles ligam a TV, ele manda abaixar... já está baixo, mas ele grita lá de dentro pra baixar mais... aí eles desligam e vão embora. E ele sempre batia muito nos filhos também... Sim... todos eles! Quando pode, ainda bate. A mãe dessa aí [apontando para Marjorie] estava com ele no hospital lá em Paranaguá esses dias, ainda... pois ele deitado, pegou ela pelos cabelos e queria arrancar os cabelos dela! Ela teve que gritar para os enfermeiros vir acudir ela... Senão, acho que se ele pudesse, ele matava ela. Olha... eu vou te contar...que eu passo uma barra com ele... não tenho descanso... às vezes eu me sinto tão cansada...” (Dona Marlene, paciente da Unidade)*

Tal fato remete à questão da violência doméstica familiar, que não atinge apenas as mulheres. Conforme detalham Gomes *et al.* (2007), as relações familiares são muitas vezes permeadas por relações de poder, nas quais as mulheres e filhos/as obedecem ao homem, tido como autoridade máxima no núcleo familiar. Logo, o poder do homem é socialmente legitimado, seja no papel de esposo, seja como pai. Ao mesmo tempo também, a fala de Dona Marlene evidencia a coragem e perseverança dessa mulher, que após tantos anos, continua resistindo firmemente. Apesar dos/as filhos/as terem crescido nesse panorama, ela se orgulha muito de ter criado todos/as eles/as e fala com emoção a respeito deles/as e dos/as netinhos/as, que hoje são tidos/as como dádivas e recompensas a todo esse esforço. No intuito de obter mais detalhes sobre as agressões dirigidas a ela, perguntei se ele já havia a agredido a ponto de machucar fisicamente. Ao que ela respondeu:

- “Muitas vezes... já me deixou roxa... aqui no braço ó... [apontando para o braço] E já até desviou a minha coluna do lugar... Ah, uma vez... faz tempo... ele me bateu, me jogou no chão... e depois bateu mais ainda... Agora eu sempre sinto essa dor nas costas... Desde aquela vez... Nunca pensei que ia passar por um trecho desses... O pior é que nós tentamos internar ele... agora, esses tempos... Tava com tudo pronto pra internar... Mas no final das contas, ele disse que não queria ir... E aí não tem como, né... se a própria pessoa não quer, eles não internam, né. (...) “la internar lá em Curitiba... nessas clínicas, né... primeiro ele disse que queria ir... aí vimos ali no hospital toda a papelada pra ele ir... quando estava pronta toda a papelada pra ele ir, aí a minha nora disse pra ele que eles iriam judiar dele lá! Aí ele ficou com medo... e não quis ir... Ela não devia ter falado... Deveria deixar ele ir... ao menos uns dois ou três meses, pra que eu pudesse dar uma descansada... depois ele voltava.” E completa: “Aqui eu vou em dois grupo de idosos, sabe? (...) Mas com ele, quase não dá pra arredar o pé. Com esse grupo de ouro nós fomos três dias num hotel fazenda lá em Santa Catarina... Tudo com comida, e tudo tão bom, tão divertido, tão lindo! Eu queria era ir mais vezes assim... mas com ele aqui não dá, né!” (Dona Marlene, paciente da Unidade)

A narrativa de Dona Marlene é bastante forte. Ela se emociona ao revelar suas angústias e talvez o fato que mais me chamou atenção em sua fala, foi que ela relata sua trajetória como quem relata a vitória de uma saga. Que apesar de todas as agressões, de todo sofrimento, e com tantos desafios, ela continua firme, de cabeça erguida, e ainda foi capaz de criar os filhos. O triunfo dela hoje é cuidar do marido, seu agressor, que nesse momento, depende totalmente dela. Apesar de sentir-se cansada desse ofício, em seu tom de voz ela deixa claro que a vencedora no final da história, foi ela. Buscando saber como foi atendida no sistema de saúde, a questioneei se já havia necessitado procurar o hospital ou o postinho, e como a atenderam lá:

- “Eu sempre fui bem atendida... tanto no postinho quanto no hospital. Uma vez eu tive que fazer essa cirurgia bem aqui, na vesícula...” [me mostrando a cicatriz no abdome] “E fui muito bem tratada lá!” [indaguei então se alguma vez ela já teve que ir ao postinho por causa das agressões dele] “Ah, já sim... quando estava muito machucada... fui algumas vezes... Mas não falava que ele tinha batido, não... dizia que tinha caído... ralado em algum lugar... mas acho que eles não acreditavam em mim, não... Mas, aí quando perguntavam, daí eu falava... parece que agora eles perguntam mais... Eles xingam porque ele ainda está bebendo... que devia parar com a bebida... teve aquela enfermeira, que foi até malcriada... que disse que não é mais pra ele beber!” [perguntei também se os profissionais de saúde, vem fazer a visita em casa, além da ACS] “Ah, sim... tem aquele... o doutor Márcio... [fisioterapeuta do PSF] que é muito bom... ele de vez em quando vem aqui, pra tratar do pai. O médico também veio aqui... disse que ele já está com hepatite e cirrose... às vezes ele tem um cheiro ruim... o xixi dele é vermelho, que nem sangue...” (Dona Marlene, paciente da Unidade)

Dona Marlene, assim como muitas mulheres vítimas de violência doméstica, não revela *a priori* a causa dos sintomas decorrentes de agressões físicas às/aos profissionais de saúde, por diferentes razões. Entretanto, quando questionada de modo mais específico, acaba relatando. Prioriza em seu discurso as questões relativas às visitas de profissionais de saúde dirigidas ao seu marido. Ela não se vê como uma demandante de cuidados de saúde. Isso demonstra que, para ela, sua saúde está preservada, e quem realmente necessita de cuidados é seu esposo, que se encontra em estado de fragilidade. Insisti, perguntando sobre as visitas domiciliares de profissionais de saúde relacionadas à saúde dela:

*- Ah, eles sempre vêm aqui, tiram a minha pressão, escutam o coração, conversam com a gente...o atendimento é muito bom... eles são muito atenciosos..."* [indaguei então se ela se sentiu acolhida por eles] *"- Acolhida... assim... como?"* [pergunta ela com um ar cheio de dúvidas. Eu tento explicar dizendo que amparada, no sentido de pode contar com o apoio deles, por exemplo] - *"Ah, sim... Eles todos tratam a gente muito bem... para ser de graça né... é muito bom!"* (Dona Marlene, paciente da Unidade)

Falas como essa, acenam que existe um diálogo entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, sugerindo uma relação empática entre tais atores. Entretanto, a noção de acolhimento em saúde para ela parece algo bastante vago e talvez seja mais relacionado à "atenção" que recebe dos profissionais de saúde. Interessante é que a saúde não parece ser vista como um direito, mas mais como uma "caridade". E tal fato é compreensível, uma vez que em muitos locais, especialmente no interior, até há algum tempo atrás os únicos estabelecimentos de saúde pública eram ligados à instituições filantrópicas. Outro fato interessante é que quando pergunto a ela, sobre sua saúde e como é tratada pelos profissionais de saúde, ela sempre generaliza e acaba falando mais da saúde do marido e como os profissionais o tratam, não focalizando o cuidado à sua própria saúde. Isso parece evidenciar aspectos significativos: ela, por não ter problemas de saúde tão aparentes quanto o marido, não se considera como "doente" ou "requisitante" dos serviços de saúde. Ou seja, a atenção dos profissionais deve ser direcionada para o marido, que possui a saúde mais debilitada. A prioridade de Dona Marlene são as relações e o cuidar dos entes familiares, direcionando o olhar para o outro e não para seus aspectos individuais. Esse direcionamento de maior cuidado à saúde do marido traduz-se em uma aparente abdicação de seu próprio cuidado à saúde. Aqui

emerge um aspecto de assimetria de gênero comum em nossa sociedade, que coloca a mulher em um papel tradicionalmente de “cuidadora”. Nesse caso específico, Dona Marlene cuida de seu marido, em um gesto de tamanha nobreza, que apesar de todos os maus-tratos que sofreu ao longo da vida matrimonial, foi capaz de contornar a situação, e atualmente zela pelo bem-estar de seu esposo.

Enquanto isso, o filho de dona Marlene, Adilson, levantava-se do outro quarto. Passou pela sala, cumprimentou-nos e se dirigiu ao banheiro. Adilson era um rapaz jovem, magro, alto, na faixa dos vinte anos. Quando entrou no banheiro, dona Marlene revelou em um tom de sussurro que ele também apanhava muito de seu esposo, inclusive na cabeça. Com essas palavras, ficou claro também uma das manifestações coligadas no contexto da violência doméstica contra mulheres. Trata-se da violência intrafamiliar associada, que acaba recaindo sobre as/os filhas/os também, além da mulher. Já Marjorie roia outro *waffer* e brincava com uma tampa de garrafa *pet*. Perguntei então se alguma vez ela ou o marido já haviam sido encaminhados para outros profissionais de saúde, como psicólogo ou assistente social. Ela disse que não, meneando a cabeça com um ar meio vazio, como se nem soubesse o que vinha a ser isso, ou para que serviriam esses profissionais.

Em seguida, dona Marlene convidou-nos para ir ao quarto conhecer Seu Sebastião. À medida que andava pelas tábuas de madeira, sentia-as afundando com o meu peso. Confesso que fiquei com receio de que o chão cedesse... Mas por sorte, nada aconteceu. No quarto, se descortinou um senhor extremamente lânguido, deitado em decúbito dorsal, com um cobertor avelhantado sobre o corpo. Sua feição era meio cadavérica, com uma cor pálida, cabelos brancos, barba por fazer, unhas compridas e com sujeira embaixo delas. Uma fralda de algodão estava próxima ao seu pescoço e ele a usava para limpar a boca, o nariz e o rosto... tossia um pouco também e observei que na fralda já havia um pouco de secreção, meio amarelada pardacenta. Algumas moscas também pairavam ao redor.

Ao lado da cama havia uma caneca de metal com um líquido transparente dentro. Fiquei me correndo por dentro para saber se era água ou pinga, mas depois nem lembrei mais de perguntar. Comentei a respeito do clima, que hoje estava uma temperatura amena, com aquela chuva e perguntei se era melhor para ele, do que comparando com os dias anteriores, que foram mais quentes. Ele concordou comigo, dizendo que agora era melhor, mais fresquinho. Em seguida, o filho também entrou no quarto e Seu Sebastião ordenou em tom autoritário para que Dona Marlene trouxesse

umas cadeiras para as “visitas” sentarem. Falei que não precisava, pois já estávamos sentados há bastante tempo.

A ACS notou que ele estava mais magro desde a última visita e perguntou se ele estava se alimentando direito. Ele respondeu que quase não tinha fome, que só tinha vontade de tomar leite. Dona Marlene fala que sempre faz comida para ele: sopa, vitamina, arroz, carne, mas que ele quase não come. Só quer mesmo saber da pinga... Falei para ele se alimentar corretamente, para ficar forte. Ele sorriu... limpou os olhos com a fralda de algodão... e de repente uma lágrima escorreu pelo canto do olho esquerdo... ele ficou emocionado, dizendo que nem sempre o dinheiro dava pra comprar comida para o mês inteiro... mesmo ganhando uma cesta básica da prefeitura. Depois, no carro, certifiquei-me com Mônica se eles realmente passavam necessidades de comida, pois tive a impressão de que não passavam, mesmo com toda a simplicidade e precariedade do lugar. Ela me informou que verdadeiramente não passam por isso. Mas que pela própria condição do derrame, ele fica mais emotivo e chora por qualquer coisa.

Assim, ficamos mais alguns minutos conversando com ele e o filho sobre amenidades, como a época em que moraram no Paraguai e a vida aqui em Matinhos. Olhando aquele homem ali, naquele estado de quase torpor, era difícil imaginá-lo sendo violento (ao menos fisicamente) com alguém. E observando os ponteiros do meu relógio que já estavam próximos do horário do almoço, pensei em não atrapalhar os horários daquela família. Olhei para Mônica e balancei a cabeça. Ela, como que lendo meus pensamentos, balançou também a cabeça, num sinal de “vamos embora”. Agradecemos àquela família pela hospitalidade enquanto elas/es nos agradeceram pela “visita”. Despedimo-nos, ficando à disposição, tanto na sede da Unidade, quanto na universidade.

O caso de Dona Marlene ilustra um pouco do dia-a-dia de mulheres que convivem diuturnamente com a violência doméstica no contexto do litoral paranaense. Algumas particularidades desse caso podem ser relacionadas com outros estudos, como por exemplo, o trabalho realizado pela antropóloga Veena Das, com mulheres vítimas de violência na região do Punjabi, no contexto pós-partição da Índia. Em seu texto “Fronteiras, violência e o trabalho do tempo” (1999), Veena Das argumenta uma questão interessante, de que o tempo é chamado a trabalhar a violência. Segundo a autora: *“o tempo não é algo meramente representado, mas um agente que ‘trabalha’ nas relações, permitindo que sejam reinterpretadas, reescritas, modificadas”* (Das, 1999, p. 37). Tanto lá quanto aqui, são narrados um pouco dos dramas vivenciados por duas mulheres (Manjit e Dona Marlene) e seus respectivos filhos/as, que conviveram ao longo

de suas vidas com a violência praticada por seus maridos. E em ambos os casos, o tempo acabou se tornando um protagonista nas histórias, pois “com o tempo”, os maridos acabaram doentes, confinados ao leito e dependentes dos cuidados de suas mulheres e filhos. Pedro Paulo Gomes Pereira (2010, p. 361) em um texto sobre o trabalho de Veena Das, complementa que “*o trabalho do tempo possibilita colocar essas mulheres na condição de sujeitos, no processo de reconstrução de suas relações familiares*”. Veena Das defende em seus escritos que, enquanto alguns imaginam a mulher como passiva, esperando que as coisas mudem, na verdade acabam não vislumbrando que a mulher tem um aliado, que é o tempo. Este pode ser um carrasco cruel, nas palavras da autora, detalhando que o marido, apesar de agressivo e violento, parece não ter conseguido ser realmente o “autor” de sua história. É essa a leitura que se tem da situação, quando se assume o ponto de vista dos distintos atores do processo.

Outra questão significativa que chamou atenção nesse caso é a confiança depositada por Dona Marlene em sua agente comunitária de saúde. Embora talvez nem tudo possa ser verbalizado, é destacável que com apenas seis meses de atuação naquela comunidade, Mônica estabelece vínculos com suas pacientes, que as permitem compartilhar suas angústias e alegrias.

Convém ressaltar que, embora o objetivo deste estudo não seja detalhar a rotina nem as histórias de vida das mulheres vítimas de violência doméstica, o caso descrito é capaz de agregar subsídios para compreender melhor como é a abordagem de profissionais de saúde a tais mulheres no litoral do Paraná. Promove uma série de reflexões que se constituem em terreno fértil para ser explorado ao longo desta tese. Obviamente, não poderei esmiuçar todas as nuances de questão tão complexa, mas buscarei explorar um pouco dos aspectos mais significativos, na tentativa de satisfazer os objetivos que este trabalho propõe. Para tanto, aproveitando-se do ensejo do caso acima ilustrado e como primeiro passo, é necessário explorar com mais profundidade os meandros conceituais envolvidos na categoria violência.

### **3.2 Sobre as violências**

A violência vem se constituindo em objeto de diversos estudos, em distintas áreas do conhecimento. É um fenômeno complexo e dinâmico cujo espaço de surgimento e desenvolvimento é a vida em sociedade. Diversos autores e autoras têm se debruçado

sobre o estudo da violência. No Brasil, um dos importantes autores que vem se dedicando ao estudo do tema é Roberto da Matta (1982). O autor sustenta que a violência é própria da condição humana, possuindo facetas negativas e positivas e que seus referenciais variam de acordo com a sociedade em questão. O autor sustenta que o discurso a respeito da violência seja “interrogativo” e “relativizador” ao invés de “normativo” e “valorativo”, distanciando-se assim do discurso do senso comum que a coloca mais como um modo de ação do que um processo que permeia o sistema. Partindo dessa premissa, é possível observar que as manifestações violentas aparecem em diferentes configurações, variando de acordo com referenciais históricos, sociais, culturais e também de gênero. A discussão sobre o conceito de violência é extensa e não poderei reproduzi-la inteiramente aqui. Trata-se antes de alertar, com Da Matta, para a necessidade de percebermos a violência como uma questão a ser interrogada, afastando esta pesquisa de concepções valorativas e normativas.

Atualmente, a violência é perpetrada e atinge homens e mulheres de diferentes maneiras e em diversas etapas do ciclo de vida: desde a infância, adolescência, idade adulta até a senilidade. As diferentes manifestações de violência ocasionam, além dos transtornos a quem sofre diretamente dela, grande ônus a toda população, uma vez que grande parte de ações, políticas e recursos de um país são destinados às medidas de prevenção e contenção dessa manifestação. Diversos estudos têm evidenciado as implicações “econômicas” da violência (Medeiros, 2005; Villagómez, 2005; Adeodato *et al.*, 2005), todavia essa não será a perspectiva deste trabalho.

A violência está hoje entre as maiores causas de morbidade e mortalidade de muitos países do mundo, incluído nesse grupo, o Brasil (Waiselfisz, 2008). Em meio a diversas formas de violência, destacam-se a “violência do trânsito”, a “violência institucional”, a “violência ligada às religiões e/ou grupos étnicos”, a “violência de gênero”, a “violência doméstica”, a “violência intrafamiliar”, a “violência urbana”, entre muitas outras. Dada a complexidade e abrangência da temática, serão abordadas nesta tese apenas aquelas categorias pertinentes à área de escopo deste estudo. Pensando no objeto de estudo do presente trabalho, é possível tecer a seguinte indagação: o que é “violência doméstica praticada contra mulheres”?

Mundialmente, com relação à definição de violência doméstica contra mulheres, a declaração sobre a Violência Contra a Mulher organizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e aprovada pela “Conferência de Viena” em 1993, reconhece o termo “*violência contra a mulher*” como “*qualquer ato de violência baseado no gênero que*

*resulte ou possa resultar em dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher*” (1993, p. 9). Já a “Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher”, conhecida como a “Convenção de Belém do Pará”, aprovada nesta cidade, na assembleia geral da OEA – Organização dos Estados Americanos – define a violência contra a mulher como *“qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado”* (1994, p. 2).

Para as/os profissionais de saúde de Matinhos, violência doméstica contra mulheres pode adquirir distintos significados e é um tema que possui amplo espectro, como evidenciam algumas falas. Uma delas é da ACS Margit, 30 anos, que desempenha seu trabalho há dois anos, tendo passado por diferentes áreas nesse período: primeiramente uma região de Caiobá, conhecida como Praia Mansa, em seguida uma região do Tab I, de menor poder aquisitivo que a primeira, e atualmente é responsável por outra região do Balneário Caiobá, mais próxima do Centro de Matinhos. De acordo com essa profissional:

*“- A violência doméstica não é só aquilo de agredir fisicamente... Mesmo o psicológico, né. De proibição... de agressão psicológica, de agressão, de tratar mal, de xingar... A partir disso aí, já é uma violência. Você proibir, de você inibir, de você fazer alguma coisa que eu não concorde... A partir daí, até as vias de fato, que é a agressão física, né... Ameaça... (...) Que mexe com o 'psi'... principalmente de mãe, eu que sou mãe, eu levo pra esse lado, né. A gente se preocupa mais com os filhos do que com a gente. Então é uma coisa que às vezes as mulheres aguentam esse tipo de agressão, ou pressão psicológica por causa dos filhos, né. Então eu acho bem do psicológico... até... a partir daí”* (Margit, ACS).

Nesse relato, a violência doméstica é tida como multidimensional, ganhando relevo as dimensões psicológicas e de agressão verbal. Por outro lado, alguns quesitos problematizáveis também insurgem, tais como o controverso ‘instinto materno’ em que a mulher suportaria os abusos em prol dos filhos. Já a utilização da expressão “vias de fato”, empregada principalmente na área de segurança pública para sinalizar o cometimento de contravenções, e que aqui a profissional relaciona com violência física, denota a possibilidade de um pensamento divergente do discurso. Neste caso, as ‘vias de fato’ podem ganhar uma conotação, que em outras palavras traduz-se como a ‘violência de fato’ envolveria apenas as agressões físicas, apesar de serem verbalizadas outras dimensões. Outros relatos também afluem na direção do de Margit, incorporando

diferentes dimensões da violência, além da violência física, mas que podem ser tanto lesivas quanto esta:

*“- Acho que seria tudo... Envolve tanto bater, como verbalmente... Como tipo, explorar... Tem marido que chega [em casa], tira o sapato, senta no sofá e diz: me dá um copo de água, um prato de comida... não tem? Eu acho que pra mim é tudo isso. Não precisa ser só o bater!” (Cleide, ACS)*

Tais significados chamam a atenção sobre o caráter abrangente com que a violência doméstica contra mulheres é percebida pelas/os profissionais de saúde da Unidade. Não é vista apenas como sinônimo de trauma físico, acometendo somente o corpo anatômico das mulheres, nucleado por foco em queixas biológicas. Pelo contrário, a maioria absoluta relatou noções de violência doméstica contra mulheres concernentes às narrativas acima. Definem o problema como sendo muito mais relacionado aos abusos e agressões verbais, psicológicas, morais e inclusive, patrimoniais. O mesmo foi observado na fala de outras categorias de profissionais, além de ACS. Uma delas é a visão dos fisioterapeutas, Carminha e Márcio. Ambos são profissionais concursados, que atuam na Unidade por meio de visitas domiciliares destinadas à orientação e também atividades em grupo, realizadas na sede da Unidade ou outros espaços comunitários, como salões de igrejas, escolas, entre outros. Ambos se revezam na rotina entre o atendimento a essa Unidade e outras Unidades Básicas de Saúde do município, numa jornada de trabalho que perfazem 30 horas semanais. Por atuarem nesse sistema de rodízio, e por serem apenas dois profissionais para dar conta de todas as Unidades Básicas do Município, o número de encontros entre tais profissionais com as pacientes é menor, quando comparado às ACS. Mesmo assim, a opinião de Márcio converge com a das ACS:

*“- O que é falado muito é só a violência física, mas pessoalmente acho que engloba muito mais. Porque tem a violência moral, física e tudo isso vai afetar a pessoa de alguma forma, tanto no convívio social do dia a dia, quanto a pessoa agredida, quanto o agressor, quanto o meio familiar em geral. Então não é só agressão física, a própria agressão moral, porque a pessoa acaba sendo rebaixada. Muitas vezes, na maioria das vezes a pessoa tá sozinha... (...) Tem mulher que depende do marido até pra subsistência, sobrevivência. Então não engloba somente a física, mas de uma maneira geral, até a submissão da mulher, ser obrigada a fazer coisas que elas não querem, então tudo faz parte de uma agressão... é tudo agressão.” (Márcio, fisioterapeuta)*

A narrativa do fisioterapeuta destaca que a violência não se restringe ao trauma físico e ressalta a implicação para toda a família, como evidenciado na família de Dona Marlene, descrita anteriormente. Alguns pontos desse relato convergem com o conceito

fornecido por Schraiber *et al.* (2005, p. 37), que define o termo “violência contra a mulher” como:

“Atos dirigidos contra a mulher que correspondem a agressões físicas ou sua ameaça, a maus-tratos psicológicos e a abusos ou assédios sexuais. Quando referida como violência doméstica, são atos cometidos por um membro da família ou pessoa que habite, ou tenha habitado o mesmo domicílio. Nesse caso, as mulheres podem estar envolvidas na situação tanto como agredidas como quanto agressoras. Muitas vezes estão em ambas as situações, quando, por exemplo, sofrem violência do marido e batem nas crianças.”

Os apontamentos de Schraiber *et al.* (2005) chamam atenção ao fato de que a mulher pode ser vítima e ao mesmo tempo também pode ser agressora, quando agride as crianças ou quando agride o cônjuge, incluindo aí as reações em sua própria defesa. Tal fato não aparece nos discursos dos/as profissionais, que tendem a engessar as mulheres apenas na posição de vítimas:

*“- Eu definiria como uma crueldade... como uma covardia... muito chocante... [fazendo uma expressão de sofrimento]. Pra quem vê... ou pra quem arrisca o pescoço pra não piorar... é uma experiência chocante, aquilo fica na tua memória, você... é uma coisa que é assustador... pra mim é inconcebível... Por que é um ser muito mais forte agredindo... Não que a mulher não seja forte, ela é forte... mas no aspecto físico ela não é forte, então é chocante... diria até que seria cruel... em alguns casos, tenho visto que é muito cruel... vergonhoso pra mulher... então depende da definição pra quem eu for dar, se é pra quem agrediu, é covarde. Se for virar pra quem foi agredida, é cruel, é vergonhoso, é humilhante.”*  
(Carminha, fisioterapeuta)

Alguns apontamentos curiosos surgem a partir desses comentários, tal como a ideia generalizante presente em nossa sociedade, de que a mulher não é forte no aspecto físico. Cada vez mais as mulheres vêm se destacando nesse plano, como nos esportes, por exemplo. Entretanto, paira no discurso do senso comum, fruto de relações assimétricas de gênero, pensamentos que tendem a cristalizar as mulheres a predicados como fraca, sensível, emotiva, piedosa, o que vem sendo cada vez mais combatido, especialmente pelo movimento feminista. Por outro lado, a narrativa de Carminha é carregada de emoção, pois a fisioterapeuta já vivenciou situações de violência doméstica contra suas pacientes durante as visitas domiciliares. Um desses casos será explorado com mais detalhes adiante.

Assim, com base nos aportes teóricos e empíricos, é possível inferir que “violências contra mulheres” podem ocorrer tanto no espaço público quanto no espaço privado (do lar, por exemplo). Quando ocorrem no âmbito privado, no interior dos lares, recebem a denominação de “violência **doméstica** contra a mulher”. Destarte, o caso de Dona Marlene, ilustrado no início deste capítulo, é representativo dessa categoria, pois ocorre no interior de seu espaço doméstico, fruto de relações conflituosas com seu esposo e manifestando-se tanto do ponto de vista da violência física, quanto verbal, e psicológica ou moral.

Cabe ressaltar que o termo “violência doméstica contra a mulher” foi cunhado pelo movimento feminista da década de 70 e intensamente utilizado nas décadas posteriores, para chamar atenção a essa problemática. Contudo, algumas observações consideráveis a respeito do termo devem ser nomeadas: a) muitas/os feministas evitam utilizar o termo ‘doméstica’, pois acaba confinando a mulher no ambiente privado do lar, reforçando o espaço doméstico como um espaço feminino; b) a expressão “a mulher” utilizada em sua forma singular parece não traduzir a diversidade de “mulheres” que vivenciam esta situação. Mulheres brancas, negras, índias, amarelas, pobres, ricas, bem-sucedidas, heterossexuais, homossexuais, bissexuais, transexuais, enfim, distintas “mulheres” sofrem com a violência doméstica. Outros estudos ainda vêm chamando atenção ao fato de que a violência seria não apenas contra mulheres, mas contra o “feminino”, como no caso de homens afeminados, que também são vítimas de violência, por associação à feminilidade, sendo, portanto, arraigada em questões de gênero, assinalando-se o termo “violência contra o feminino”. Ciente de tais particularidades, optei neste estudo por empregar o termo “violência doméstica contra mulheres”, para **trazer visibilidade** à violência que ocorre no interior dos lares, fruto de relações conflituosas entre pessoas que coabitam o mesmo espaço privado e realçando o uso da categoria mulher em sua forma plural, em referência a tal pluralidade de mulheres.

Também são diversas as manifestações da violência doméstica contra mulheres. A “violência física” atinge as mulheres por meio de agressões físicas, ficando claro no exemplo de Dona Marlene, que sente dores nas costas em decorrência de uma surra que levou do marido há vários anos. Nos casos de violência física é comum aparecer marcas no corpo das mulheres, como cortes, hematomas e cicatrizes, por exemplo. Já a “violência psicológica”, praticada por meio de humilhações, intimidações, desqualificações, controle e menosprezo também deixa marcas e cicatrizes nas mulheres, embora essas não sejam tão visíveis aos olhos das outras pessoas. Segato (2003)

prefere o termo “violência moral” no lugar de violência psicológica, por ser um conceito criminalmente mais plausível, por meio dos atos denominados juridicamente “dano moral” ou “abuso moral”.

Na realidade brasileira contemporânea, convém destacar o texto da Lei nº. 11.340/2006 criada para coibir a violência doméstica e familiar contra as mulheres. No conteúdo da lei, as dimensões desta manifestação de violência são conceituadas como podendo englobar:

*" a violência física, definida como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal; a violência psicológica como qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da auto-estima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise a degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação; a violência sexual como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos; a violência patrimonial como qualquer conduta ilegítima que configure perda, retenção, subtração, destruição parcial ou total de objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades; e a violência moral como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria". (Lei nº. 11.340, 2006, cap. II)*

Apesar da abrangência do texto da lei, alguns/as autores/as (Adeodato *et al.*, 2005; Deslandes *et al.*, 2000) também evidenciam a violência verbal, conceituando-a isoladamente, caracterizada por xingamentos, ofensas, ameaças e injúrias, enquanto que, na referida lei esse tipo de violência está inserido no contexto da violência moral. A violência verbal apareceu tanto nas falas das agentes comunitárias, quanto no relato de Dona Marlene, sendo categorizada por ela como inclusive, por vezes, mais lesiva que outras expressões da violência doméstica. Todas essas dimensões foram evidenciadas em maior ou menor magnitude, nas concepções e vivências de profissionais da Unidade, se referindo às mulheres vítimas de violência doméstica.

Um desses exemplos provém de Sônia, uma agente comunitária de saúde de 43 anos, diplomada em curso Técnico em Enfermagem e atuante há dois anos em uma das

áreas mais precárias da Vila Nova, constituída por invasões de terra. Sônia era mais uma das profissionais que eu considero como uma verdadeira heroína, pois pelo seu salário e pelo trabalho que ela desempenha na comunidade, não há como qualificá-la com outro adjetivo. Sônia não media esforços para ajudar seus/suas pacientes, seja ultrapassando o horário de trabalho, cuidando deles/as à noite ou nos finais de semana, seja desenvolvendo projetos e implementando novas ideias para ajudar a população. Sua aspiração é ingressar no curso de Graduação em Saúde Coletiva da UFPR, para poder fazer mais pela comunidade. Para ela:

*“(...) [violência doméstica contra mulheres]... é a violência do marido, violência do filho para mãe, violência de irmãos para irmã, pelo menos é o que eu via na comunidade né! Porque a violência não seria só do marido para mulher... casais... Ali na vila como é um lugar de baixa renda, super baixa... É muito comum todo esse tipo [de violência], principalmente pela quantidade de viciados que tem ali. Aí você vê muito filho maltratando mãe... Violento mesmo... batendo, xingando, roubando pra comprar drogas, enfim, essas coisas. Então não só da violência do marido contra a mulher, mas... Às vezes até da comunidade né! Que um vai e... julga o outro lá... sem querer, ta violentando o direito daquela mulher. Essas coisas que eu vejo assim, na comunidade.” (Sônia, ACS do Tab II).*

Nesse relato de Sônia, além de surgirem questões sociais mais complexas, como distribuição de renda e uso de drogas, aparecem diferentes dimensões da violência. São mencionadas tanto violências física, quanto psicológica, verbal e patrimonial. A profissional também chama atenção para o fato de a violência doméstica que recai sobre mulheres não ser exclusivamente praticada por seus/uas companheiros/as. A violência doméstica também pode ser praticada por filhos/as, irmãos/ãs, pais/mães, netos/as, padrastos/madrastas, etc. E na realidade pesquisada, a violência doméstica contra mulheres praticada por filhos, netos e pais/padrastos também é frequente, tal qual a praticada por maridos/companheiros. Mas, predominantemente aparece como fruto de conflitos nas relações entre homem e mulher, seja companheiro/companheira, filho/mãe, pai/filha, padrasto/enteada, neto/avó, entre outros, o que denota referências generificadas em torno dos conflitos.

Em relação à violência doméstica patrimonial, que não vem tanto à tona, seja nos discursos da mídia, nos movimentos sociais, nas políticas públicas, ou mesmo nos trabalhos acadêmicos, a ACS Solange, que trabalha numa das áreas extremamente críticas do Tab II, relatou um caso bastante curioso. Solange é uma senhora de seus

quarenta e poucos anos, proveniente do interior, tem um sotaque bastante arrastado, típico do pessoal das colônias de descendentes de imigrantes. É licenciada em Matemática e já lecionou anteriormente. Mas me revelou que prefere trabalhar como ACS, pois tem filhos pequenos e assim está sempre nas redondezas de sua casa, para zelar pelas crianças. Em seu relato, Solange evidencia a gravidade de repercussões da violência doméstica patrimonial na saúde e no bem-estar de uma mulher, Dona Rosa, que vive em uma pequena chácara sob sua área de abrangência na região do Tab II:

- *“Tem uma velhinha, a Dona Rosa, que todo mundo toma o dinheiro dela. Ela ganha mil e seiscentos, mil e oitocentos reais de aposentadoria e vive numa casa caindo aos pedaços. Casa suja, suja, suja, suja. (...) Quem pega o dinheiro dela são os vizinhos, os filhos, todo mundo pega um pouco. É que ela é assim, ela acha que se você faz um favor pra ela, ela tem que te pagar. Porque todo mundo trata ela assim. Tanto que uma vez eu passei umas coisas pra ela [informações sobre serviços de saúde]. E ela quis me pagar. Eu disse: Mas é meu serviço, Dona Rosa! Ela respondeu: Não, eu sei que é o teu serviço, mas eu trabalhava numa lanchonete e eu tinha meu salário e o povo igual me pagava por fora [risos]. Agora ela parou um pouco, mas toda vez que eu ia lá, na casa dela, toda vez ela achava que tinha que me dar uma coisa. Nem que desse chuchu, limão, alguma coisa ela sempre me dava [risos, seguidos de uma pausa e um suspiro]. - E é uma situação complicada. Tinha uma família que explorava ela direto... Daí já falaram: “ por que você não denuncia na assistência social?” Agora eles já foram embora de lá. Porque ela mora numa chácara e ela é muito sozinha. E a família morava na chácara do lado, tinha que passar pelo terreno dela pra chegar até a casa. Ela tem 81 anos e mora sozinha. Aquelas crianças daquela família eram uma companhia pra ela e eles viviam pedindo coisas pra ela. E ela dava, praticamente sustentava aquela família, porque eram uma companhia para ela. Eles foram embora e ela foi atrás, pedindo pra eles ficarem, dando um monte de coisas, mas eles mesmo assim foram embora. E agora ela ficou sozinha de vez. Imagine você morar no meio do mato sozinho. [argumentou, fazendo uma expressão de indignação] - Ela não escuta direito, não enxerga direito. Aí esses dias ela tava aqui na Unidade, daí ela falou que precisava pagar a luz e que o cartão dela tava com um neto, que já devia estar gastando o dinheiro dela. Aí ela foi no banco pra tentar sacar o dinheiro sem o cartão e eles falaram que não, que tinha que ser com o cartão. Ela dá as coisas dela pra todo mundo. Ela já chegou a dar identidade, CPF, senha de banco, tudo na minha mão. [revela Solange, em tom de espanto] (...) - Sim! Então, se você quiser tomar o dinheiro dela, você toma fácil, fácil. E os filhos e os netos tomam praticamente tudo e ela fica vivendo naquela imundície, sem ninguém cuidar dela. Então, ela poderia viver muito bem e fazer uma reserva no banco. (...) Porque às vezes, tem exames que tu precisa agilizar, tem que pagar. Mas é muito complicado. Porque esses dias que ela tava internada aqui no hospital, ela nem me reconheceu de tão nervosa que ela tava. Daí ela me falou: “Ah, eu quero ir pra um abrigo.” Mas fica complicado você se meter numa coisa dessas. Porque você teria que ver com os filhos isso. E os filhos não querem colocar ela, porque não querem perder a grana. Então como que tu vais atrás de um abrigo pra pôr ela? Eu também acho que ela viveria melhor num abrigo.*

*Onde tivesse alguém supervisionando ela, é claro. [pausa breve] -E eles são assim: uma vez a Dona Rosa tava sendo encaminhada pra fazer uma cirurgia no olho. Aí ela, não sei da onde, arrumou cinco mil reais e ela deu pra um filho. E ela tava na casa do outro filho, em Curitiba, onde ela ia pra se tratar. Porque aqui é tudo em Curitiba, quando é coisa mais complicada. Aí ele pegou e jogou todos os exames dela fora e mandou ela morar com o outro filho, aquele pra quem ela tinha dado o dinheiro. E ela ficou sem fazer a cirurgia. Depois de um tempo, eu peguei tudo de novo aqui pra ela, as requisições de exames. Começamos tudo de novo, agendei com a médica pra ela fazer de novo os exames e demos um jeito.” (Solange, ACS)*

Nesse relato, a violência patrimonial se manifestou tanto pela posse do dinheiro e do cartão bancário, quanto pelo extravio dos documentos necessários para a efetivação da cirurgia de Dona Rosa. A preocupação com a senhora, demonstrada pela ACS também foi um fator evidente. Outro ponto instigante é a respeito da confiança que a senhora depositou na ACS, conferindo-lhe seus dados bancários, para que a auxiliasse no pagamento de suas contas. Em descrições como esta, fica evidente a atuação ampliada de algumas ACS, que não se restringe apenas ao ofício estrito dos serviços de saúde, mas transcende os limites profissionais, resultando em relações pautadas em aspectos como confiança, solidariedade e afetos.

Feita a delimitação da violência patrimonial e dando prosseguimento à discussão, cabe ainda salientar que é comum que essas distintas manifestações de violência (física/psicológica/sexual/patrimonial/verbal) apareçam combinadas e de maneira concomitante em muitos casos. Com base nesse panorama, também se faz necessário evidenciar as distinções dos termos “violência doméstica”, “violência familiar” (ou intrafamiliar) e “violência conjugal”, que apesar de próximos, podem gerar confusão e merecem ser demarcados.

Guita Grin Debert e Maria Filomena Gregori (2008) trazem alguns elementos que diferenciam essas categorias. A “violência conjugal” é a violência que se expressa entre dois membros de uma relação conjugal, ou seja, entre cônjuges. Outras/os autoras/es, especialmente dos países de língua inglesa, preferem o termo “violência por parceiro/a íntimo/a” (Taft *et al*, 2004; Hegarty, 2006), que também denota conflitos abrigados no seio de relações conjugais, sendo utilizado tanto em relações hetero, quanto bi ou homossexuais. Já a “violência doméstica” é a categoria de violência que ocorre no interior dos lares. Entre homens e mulheres (com vínculo familiar ou não), entre pais/mães e filhos, entre jovens e pessoas idosas. Apesar de atingir a todos, especialmente os que estão em situação de vulnerabilidade, as mulheres são o alvo principal da violência

doméstica. Alguns autores preferem o termo “violência intrafamiliar” (Souza, et al., 2008; Rosenberg *et al.*, 1997; Dickstein, 1997). Neste caso, pode ocorrer tanto dentro quanto fora do espaço doméstico, (por exemplo, em carros ou locais públicos) mas sempre como resultado de relações violentas entre os membros da própria família. Apesar de ambos os termos estarem imbricados, pois a violência doméstica ocorre em geral no espaço familiar e comumente no seio de relações conjugais, e a violência intrafamiliar se dá com frequência no âmbito doméstico, é importante destacar as peculiaridades desses conceitos.

O caso de Dona Marlene descrito no início do capítulo, exhibe características dessas três modalidades, podendo concomitantemente ser incluído nas três classificações: é considerado um caso de violência doméstica, pois ocorre no interior de sua residência; também é categorizado como violência familiar ou intrafamiliar, pois é fruto de relações familiares conflituosas, repercutindo inclusive nos filhos do casal. E nesse caso, também um dos focos de conflitos se dá entre Dona Marlene e seu marido, sendo, portanto considerada uma manifestação de violência conjugal ou violência por parceiro íntimo. Já o relato de Dona Rosa, vítima de violência patrimonial, pode apenas ser exemplificado como violência familiar e também violência doméstica, uma vez que são filhos e netos que exploram seus recursos e exterminaram seus documentos/exames. Ademais está viúva, não sendo, portanto, passível de sofrer violência conjugal ou por parceiro íntimo.

A delimitação de tais categorias ocorre muitas vezes numa ânsia de satisfazermos nosso hábito de classificarmos tudo. Logicamente, neste estudo tal demarcação é necessária, pois a violência doméstica contra mulheres tem especificidades distintas da violência doméstica contra idosos, ou contra crianças, ou contra deficientes, ou contra homens. Assim, seria mais fecundo focalizar ao longo da tese apenas a categoria em questão. Entretanto, a vida real é mais complexa. Seria ingenuidade pensar que a violência doméstica recai somente sobre as mulheres. Na realidade das pessoas que habitam o território da Unidade, os casos de violência familiar e de propagação intergeracional da violência são muito comuns e também não podem passar despercebidos, como evidenciam alguns profissionais, dentre eles/as Joana, 23 anos, trabalhando há dois anos e meio como ACS:

*“- Tem o caso de uma moça que mora no Tab II, de vinte anos, já tem três filhos. O marido é viciado em drogas e bebidas. Ela é totalmente desestruturada, assim... familiar, desde pequena. Ela não tem estrutura*

*com a mãe dela... ela não fala com a mãe dela direito... O pai dela é alcoólatra, batia nela e na mãe e vive viajando pra lá e pra cá. Ela apanha direto do marido... que a gente vê, a gente escuta... já foi chamada a polícia várias vezes... ela se esconde de medo da polícia chegar e prender ele... Porque ele já foi preso duas vezes. A mãe dele vai lá e solta ele. (...) Eu sei que ele vai lá, fica dois dias, a mãe dele vai lá paga a fiança e volta pra casa e bate nela de novo. Daí o que acontece... ele chega e fica a noite inteira fora... chega as seis da manhã totalmente transtornado. E ela tem criança pequena. A mais velha acho que tem uns 5 anos. Ela tem um nenê de colo, deve ter uns 6 meses mais ou menos. E aí ela tem que chegar 7 horas da manhã com as crianças, não importa se está frio, se está chovendo, ela tem que sair de casa e deixar ele em casa sossegado pra ele dormir. Pra dar a casa pra ele. Porque as crianças acordam, fazem bagunça, barulho. [questionei onde ela ficava] Fica na rua! Fica andando pra lá e pra cá. Daí ela tem irmãs... Vai um pouco na casa da irmã dela, um pouco ela vai pra lá, um pouco pra cá... E assim vai, o dia inteiro... com as crianças. No carrinho, debaixo de chuva, frio, ela está indo pra lá e pra cá. E nisso, o que acontece? Ela se irrita com as crianças, ela bate, com aquilo que ela tiver na mão. Esses dias eu fui conversar com uma amiga minha que mora na frente da casa dela, ela pegou a vassoura e deu uma vassourada na menina. Chegou a entortar a vassoura. Então ela não tem estrutura nenhuma. Foi criada naquela estrutura, toda largada... Ela deve ter tido a menina com 15 anos mais ou menos. Então ela já não teve ninguém, nenhum aconselhamento. E não tem como a gente chegar e falar, porque ela quer esconder, fala que não... Então já ninguém se mete... Os vizinhos também já cansaram de ajudar.” (Joana, ACS)*

A transmissão intergeracional da violência é uma problemática que vem adquirindo significativo reconhecimento, pois há estudos que sinalizam (embora não condicionem) que a exposição à violência durante a infância tem sido associada à vitimização e perpetuação da violência em relações futuras e que ambos os gêneros têm um papel ativo nesse processo (Gover *et al.*, 2008). A reprodução de comportamentos violentos ao longo de gerações tem sido debatida na literatura (Oliveira e Sani, 2009) e é apontada com maior probabilidade de manifestação em sujeitos que foram vítimas ou testemunharam comportamentos de violência na família de origem.

Portanto, ciente das interfaces que a violência doméstica contra mulheres possui com outras manifestações de violência e da teia de complexidades inerente à problemática, compete mencionar o contexto em que a categoria foi forjada. O termo “violência doméstica contra a mulher” germinou no seio do movimento feminista, denunciando o quanto o lar pode ser perigoso para as mulheres (Grossi, 1998; Aguado, 2005; Das, 2008), sendo considerado por alguns autores e autoras o espaço onde a mulher corre maior risco (Soares *et al.*, 1996; Saffioti, 2001). Esse termo é, portanto, acima de tudo, um termo político, que enseja trazer visibilidade ao problema. É por essa

razão que neste trabalho será utilizado preferencialmente o termo “violência doméstica contra mulheres”.

Suely de Oliveira (2005) relata que a violência se apresenta de forma diferente para homens e mulheres. Os homens sofrem a violência majoritariamente nas ruas, nos espaços públicos, e em geral, praticada por outros homens. Enquanto isso, as mulheres sofrem predominantemente a violência masculina, ou seja, perpetrada por homens, dentro de casa, no espaço privado e seu agressor é com frequência o namorado, marido, companheiro ou ex-cônjuge. Esse relato corrobora diversos outros (Pinker, 1999; Souza, 2005) merecendo relevo o trabalho desenvolvido por Lia Zanotta Machado (1998, pág. 5), a qual afirma que “...mata-se e morre-se mais no masculino. No feminino morre-se um pouco menos, e mata-se muitíssimo menos”. A autora estudou uma pesquisa feita pelo Movimento Nacional de Direitos Humanos, sobre notícias de homicídios em periódicos diários de 15 estados brasileiros, durante os anos de 1995 e 1996. De acordo com os registros, são homens 97% dos acusados e 89% das vítimas. Segundo a autora, a violência também tem idade construída social e culturalmente. A pesquisa revela que a faixa etária dos 18 aos 35 anos é a que mais apresenta homens assassinos e homens que perdem a vida violentamente.

Tais trabalhos suscitam então a diversas especificidades de gênero no complexo estudo relacionado à violência. Uma das especificidades claramente expostas acima é relativa ao ambiente onde ocorrem as violências: enquanto os homens sofrem a violência nos espaços públicos, as mulheres sofrem a violência nos espaços privados. Muitas/os feministas tem-se oposto à dicotomia “público-privado” que acabaria relegando a mulher ao segundo sexo (Beauvoir, 1980), confinando-a ao privado e ao espaço íntimo do lar; enquanto homens ocupariam os espaços públicos, racionais e de liderança de forma mais ampla na sociedade. Já Barbara Arneil (1999) discute o modo como feminismo pós-moderno tem atentado para superar o dualismo público-privado e permitir sua coexistência, tendo cada um sua legitimidade e valor.

Como veremos adiante, as especificidades de gênero podem estar envolvidas inclusive nas raízes da violência praticada contra mulheres, sendo, portanto, utilizado comumente o termo “violência de gênero”. Uma das questões que tais estudos de violência de gênero remetem é se a violência é mais comum no masculino (tanto como perpetradores quanto como vítimas), então por que se preocupar com a violência contra as mulheres? E se esta acontece mais comumente nos espaços públicos, por que se inquietar com a violência doméstica?

Todos esses anseios devem ser analisados cuidadosamente, de maneira contextualizada, para que não se traduzam em afirmações normativas ou interpretações errôneas. A pesquisa de Machado (1998), por exemplo, relata apenas os casos em que existem homicídios. Para que um caso de violência doméstica contra mulher culmine em seu assassinato, muitos outros atos violentos menores (mas não menos lesivos) já perpassaram, sendo o assassinato o ápice da demonstração da brutalidade. Ademais, a violência urbana que acontece em espaços públicos é muito mais visível (e visibilizada) do que a violência doméstica, que ocorre no ambiente privado dos lares. A vítima de violência doméstica nem sempre denuncia o crime, e mesmo quando denuncia, nem sempre o crime é visto como tal pelas autoridades. Os casos de violência doméstica muitas vezes não são levados a sério. Nem sempre são investigados e os agressores nem sempre são punidos, como no exemplo abaixo descrito pela ACS Sônia:

*“... - Um dia, do lado da minha casa... [na região do Tab II] Eu tava em casa, meu marido tava em casa, de repente eu comecei a escutar aqueles gritos. Eu lembro que eu pensei: hmm, tem um cara batendo na mulher ali. Nisso a outra vizinha já estava olhando. Daí eu falei: “que é isso?” Ela falou: “não... está batendo na mulher.” E eu escutava, ela dizia... que ele tinha que voltar pra prisão... e ele batia. Eu falei: “vou ter que ligar pra polícia...” Meu marido falou não, mas eu falei vou... mas vou já! [revelou ela, num tom decidido] Daí expliquei a situação e o policial falou: “não tem carro... não... pode deixar, que daqui a pouco eles vão embora”... eu falei: “escuta moço... por favor vem... vai que ele faça o pior pra ela.” Era um casal de catadores, que... eu fiquei sabendo depois, que... ele, o homem, no outro dia, tinha um ferimento de uma facada. Daí lá no hospital, eu vi. Eu falei: “mas olha, era esse casal que tava lá...” então... E a polícia simplesmente não veio. [verbalizava Sonia em tom de revolta] Então não existia êxito. Mesmo que eu diga: “oh, você tem certos direitos, tem que procurar teus direitos”, não tem onde procurar os direitos. Porque a polícia não vem. Se souber que é caso de agressão, entre marido e mulher, eles simplesmente não vem.” (Sonia, ACS)*

São muitos os relatos de omissão por parte do poder público em Matinhos, especialmente da segurança pública quando o assunto é violência doméstica contra mulheres. Além da realidade estudada, diariamente a mídia bombardeia os telejornais com notícias concernentes a esse problema. Sendo então um problema frequente, e na maioria das vezes recorrente, é possível então quantificar a violência doméstica praticada contra mulheres?

A resposta a essa questão é bastante difícil de ser respondida, talvez ininteligível. O problema envolve um contexto privado e não sendo legitimado pelo sistema, acaba por ser subestimado, subnotificado e também “sub-atendido”. Diversos estudos buscaram

demonstrar alguns desses números, muitos deles trazem estimativas (Oliveira, 2005; Menezes, 2005; Villagómez, 2005; Schraiber *et al.*, 2007; Mercy *et al.*, 2003; Ruiz-Pérez *et al.*, 2007; Krug *et al.*, 2002<sup>27</sup>). Muitas vezes as mulheres têm medo ou vergonha de assumir que são vítimas. Outras vezes, nem mesmo definem-se como tal, haja visto o caso de Dona Marlene, o que também deve ser respeitado. Muitas mulheres não sabem que estão sendo vítimas, como em casos de violência psicológica. A Fundação Perseu Abramo (2001) coloca que a cada 4 minutos uma mulher é espancada no Brasil. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde, estima-se que no mundo, cerca de um terço das mulheres já passou ou passa atualmente por situação de violência doméstica.

Um estudo de grande abrangência realizado com suporte da mesma instituição (OMS) tentou expressar estes números. Coordenado por Claudia Garcia-Moreno *et al.*, realizado em 2006, pesquisou 15 lugares de 10 diferentes países, entre eles o Brasil. Os dados evidenciam a extensão da violência doméstica praticada contra mulheres ao redor do mundo. Na pesquisa foram entrevistadas 24097 mulheres de 15 a 49 anos (cerca de 1500 por localidade). Dentre os principais achados destaca-se a prevalência de violência física ou sexual (ou ambas) praticada por parceiro íntimo, variando entre 15% (Japão, cidade de Yokohama) e 71% (interior da Etiópia). A maioria dos lugares apresentou prevalência de violência entre 29 e 62% das mulheres, sendo que o Japão foi o que apresentou o mais baixo índice e países como Bangladesh, Etiópia, Peru e Tanzânia apresentaram os maiores índices. Este estudo sustenta a ideia de que a violência praticada por parceiro íntimo é uma experiência comum ao redor do mundo.

Os resultados do recorte brasileiro da pesquisa acima, conduzida no país por Schraiber *et al.* (2007), mostram que a situação no Brasil não difere muito de outros países em desenvolvimento. Nas duas localidades estudadas, a cidade de São Paulo e a Zona da Mata de Pernambuco, mulheres relataram respectivamente, ao menos uma vez na vida, violência psicológica (41,8% e 48,9%), física (27,2% e 33,7%) e sexual (10,1% e 14,3%).

Em outra pesquisa recente sobre violência doméstica contra mulheres realizada pelo IBOPE<sup>28</sup> em parceria com o Instituto Patrícia Galvão, foram entrevistadas 2002 pessoas (homens e mulheres), de todos os estados brasileiros, capitais e alguns

---

<sup>27</sup> O “Relatório Mundial sobre Violência e Saúde” se constitui em importante fonte de dados e diretrizes acerca da violência e impactos sobre a saúde. O relatório dedica um de seus capítulos especificamente para a violência praticada por parceiro íntimo (Krug *et al.*, 2002).

<sup>28</sup> IBOPE: sigla para Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística ([www.ibope.com.br](http://www.ibope.com.br))

municípios do interior (totalizando 146 municípios). Dentre os principais achados destaca-se o fato de 33% das/os entrevistadas/os apontarem a violência contra as mulheres dentro e fora de casa como o problema que mais preocupa a brasileira na atualidade, sendo 24% a violência doméstica e apenas 9% a violência fora de casa. A preocupação é maior que, por exemplo, doenças como os cânceres de útero e mama (18%) ou a feminização da AIDS (12%) e a desigualdade de salários entre mulheres e homens (citada por 12%). Outros achados significantes: 51% das/os entrevistadas/os declaram conhecer ao menos uma mulher que é ou foi agredida por seu companheiro e 54 % acham que os serviços de atendimento a casos de violência contra as mulheres não funcionam (Jordão, 2006).

A escassez de dados é gritante quando se pensa no *locus* de estudo da presente pesquisa. Isso se deve em grande parte pela ausência de um sistema integrado de notificação de casos de violência doméstica contra mulheres. Esse tipo de dados não consta ainda, por exemplo, no DATASUS<sup>29</sup>, mesmo com publicação de portaria do Ministério da Saúde (2406 de 05/11/2004), ratificada com a aprovação da Lei 11340/2006, (Lei Maria da Penha), que obriga os serviços de saúde a notificar compulsoriamente os casos de violência doméstica contra mulheres. A grande maioria dos municípios brasileiros ainda não adotou como prática essa estratégia de visibilidade para o problema.

Os dados estaduais do Paraná são expressos principalmente pelas informações do atendimento de serviços de saúde às vítimas de violência registradas na *Ficha de Notificação de Violências Doméstica, Sexual e Outras Violências* do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), que está em processo de implantação nos municípios em todo o Estado desde 2009. Até o momento, são cerca de 100 municípios com notificações no sistema, com 40 deles notificando sistematicamente. Os dados, ainda preliminares, mostram 4187 notificações de casos ou suspeitas de violência, de 2009 até outubro de 2010. Destas notificações, 69,8% (2919) foram situações de violência a pessoas do sexo feminino, sendo 48,2% em mulheres adultas, 27,5% em mulheres adolescentes, 21,2% em crianças e 3% em idosas.

De acordo com esses registros, a faixa etária mais vulnerável à violência doméstica, sexual ou outras violências no Estado foi a de mulheres jovens (20 a 29 anos) com 541 casos (18,5%). Em seguida estão as mulheres de 30 a 39 anos com 455

---

<sup>29</sup> DATASUS é o sistema integrado de informações referentes ao Sistema Único de Saúde. Traz diversas informações em saúde, tais como indicadores de saúde, informações sobre assistência à saúde, rede assistencial, além de informações epidemiológicas, demográficas e sócio-econômicas. Para detalhes ver [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

(15,6%), as adolescentes de 15 a 19 anos com 453 (15,2%) e de 10 a 14 anos com 361 casos notificados (12,4%). Em relação ao local de ocorrência, 1771 situações ocorreram em residências (65% do total) e em segundo lugar em via pública, com 495 casos (18,2%). Na violência contra a mulher, 1110 casos (38 %) já ocorreram outras vezes. Esses dados indicam o quanto a mulher tem sido vítima de agressores domésticos, na grande maioria dos casos em seu próprio lar, numa violência recorrente. Em relação ao tipo de violência, 34,1% dos casos registram violência física, 23,8% violência psicológica ou moral, 20,5% violência sexual e 4,7% relatam violência financeira ou econômica. Os maridos ou companheiros são os principais agressores, que somados com os ex-maridos ou ex-companheiros representam 63,4% do total de agressores.

Convém lembrar que esses números se referem apenas aos casos que foram identificados na rede do Sistema Único de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Hospitais e Centros de Referência). A isso se deve somar todo um universo de mulheres que utiliza convênios de saúde ou rede privada de atendimento, e ainda outro universo que não recorre aos serviços de saúde. Por isso sugerimos que, a partir da maneira como os dados são coletados atualmente e/ou como os casos são notificados, é praticamente impossível saber com exatidão o número de mulheres acometidas por esse problema.

Para conhecer um pouco mais do perfil das mulheres vítimas de violência doméstica, o “Programa Mulher de Verdade” da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Curitiba traçou um perfil predominante das mulheres agredidas atendidas pela rede municipal de saúde. A maior parte é agredida fisicamente, em sua própria residência e em quase 90 % dos casos pelo cônjuge ou ex-cônjuge. A idade predominante das mulheres é entre 30 a 39 anos. A maioria possui até 7 anos de estudo, sendo casadas ou apresentando união estável. A grande maioria também é dona de casa ou exerce alguma outra atividade de baixa qualificação profissional. Estes dados confirmam outras pesquisas (Portella, 2005; McCauley *et al.*, 1995; Richardson *et al.*, 2002) que associam um maior índice de violência doméstica em mulheres com condições sócio-econômicas menos favorecidas<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> De forma alguma tenho o intento de condicionar a associação do fenômeno violência com más condições sócio-econômicas. A violência também se manifesta em pessoas com melhores condições de renda, acesso, grau de instrução, etc. O recorte entre violência de gênero e “condições sócio-econômicas” traz uma teia de particularidades, tanto nas causas quanto nas repercussões da violência. Uma das repercussões é como notícias de violência de gênero são narradas na mídia de maneira distinta, entre “classes populares” e “classes altas”. Para mais detalhes, ver Pedro Paulo Gomes Pereira (2008).

Já para o município de Matinhos, cenário do presente estudo, apesar dos muitos relatos<sup>31</sup>, é parca a sistematização de dados a respeito da quantidade de casos de violência doméstica contra mulheres. Para um panorama geral, merece ser citada uma pesquisa quantitativa<sup>32</sup> realizada por este autor, em parceria com os Professores da UFPR, Nadia Terezinha Covolan e Daniel Canavese de Oliveira e bolsistas colaboradores, no ano de 2008 (Covolan *et al.*, 2011). A pesquisa constou em aplicação de formulário anônimo à comunidade acadêmica da Universidade Federal do Paraná – Setor Litoral, de Matinhos, que congrega pessoas oriundas dos sete municípios da região litorânea. Foram abordadas 364 pessoas (estudantes, funcionários e professores da universidade), a respeito de representações acerca da violência doméstica contra mulheres. Deste universo foi observado que 70 % conhecem alguma mulher que é ou já foi vítima de violência doméstica. Cerca de 10 % afirmam existir situações que justifiquem o companheiro ou a companheira agredirem a mulher. Esse é um dado que chamou muito a atenção, especialmente pelo fato de inclusive mulheres pensarem dessa maneira, pois endossaram essa afirmação. E ainda aproximadamente 10% da comunidade universitária é ou já foi vítima de violência doméstica e talvez o dado mais surpreendente é que 1,4 % da comunidade universitária assumiu que já praticou algum ato de violência contra mulher. Como dados adicionais, a pesquisa ainda revelou que 90% não conhecem sequer algum lugar no litoral do Paraná que ofereça alguma forma de atendimento às mulheres vítimas de violência.

Em termos de serviços públicos, o déficit de estrutura de atendimento às mulheres em situação de violência doméstica no litoral paranaense é muito evidente, e apareceu reiteradamente nos diálogos com profissionais da Unidade:

*“Se a gente tivesse mais apoio... se tivesse pra onde encaminhar essas mulheres. Sabe... eu acho que, assim... um tratamento psicológico... alguma coisa assim... (...) Então, você não tem apoio nenhum... pra encaminhar essas pessoas... Ou que façam um curso... ou alguma coisa assim. E falta de estrutura em volta de uma família é muito grande. Que a mãe não vai conseguir trabalhar porque não tem profissão. É... ela não*

---

<sup>31</sup> Os relatos se configuram de diferentes maneiras. Particularmente, o autor deste estudo se deparou com amostra bastante significativa de casos, especialmente em atividades ligadas a projeto de pesquisa/extensão acerca do tema, desenvolvido no litoral paranaense, vinculado à UFPR Litoral, e com apoio da SETI – Secretaria de Estado da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior do Paraná. Tal projeto intitula-se *“Mapeamento e estabelecimento de redes de conscientização e defesa dos direitos das mulheres no combate à violência doméstica nos municípios do litoral do Paraná”*, realizado no biênio 2007-2009 e motivou enormemente o desenvolvimento desta proposta de tese de doutorado. Para mais detalhes acessar o site do projeto no endereço: <http://www.litoral.ufpr.br/regedi/regedidireitoshumanos>

<sup>32</sup> A pesquisa também é parte integrante do projeto de pesquisa/extensão universitária detalhado na nota anterior.

*consegue nenhuma profissão porque a creche está lotada, ela não consegue pôr as crianças. E tem as mães que tomavam comprimido escondido, que o marido não deixava tomar comprimido. E eu tinha que entregar escondido... Quer dizer... então você vê que o que impera ali é o poder do homem... e... é um ciclo sem saída. E o nosso desafio seria ter pra onde encaminhar... ter pra onde mandar, né... pelo menos pra serem informadas... Você pode fazer isso, você tem esse direito, você pode recorrer ao Estado... pra ter o direito de estudar, pra ter o direito de manter os filhos... então é assim... esse é o desafio maior.” (Sônia, ACS).*

O relato de Sônia evidencia a falta de estrutura regional para suporte do problema, que vai desde ausência de equipamentos básicos, como creches para que as mães possam trabalhar e ter independência financeira, até serviços mais específicos. Há uma deficiência de serviços de apoio, tanto para vítimas quanto para agressores. Existe apenas uma assistente social para dar conta de todas as Unidades do município, mais o hospital e de acordo com uma ACS, os casos de violência doméstica contra mulheres que são encaminhados para ela, são todos tidos pela assistente social como “casos perdidos”. Há apenas um psicólogo que atua no município inteiro também, incluindo a Unidade de Saúde do Tabuleiro. Entretanto, apenas os casos mais graves são encaminhados para esse profissional, devido à grande demanda. Outras exposições sobre a falta de suporte foram ainda mais surpreendentes:

*“Já que aqui não tem uma delegacia da mulher... se aparecer alguma vou falar: “procure o Marcos [risos]... não é verdade? Ele está fazendo um trabalho sobre isso, quem sabe ele pode te ajudar. No meu caso eu ia falar isso... [risos]. Se acontecesse comigo, por exemplo, hoje, ou amanhã, ou mês que vem, eu falaria... procure o Professor Marcos na UFPR, que ele está fazendo um trabalho de doutorado sobre isso... ele vai poder te ajudar, te orientar, dizer aonde você vai, onde você liga..”. Isso [delegacia especializada] precisa pra ontem... Pra você saber o que você responder, porque dá medo de você falar alguma coisa e ser mal interpretado... não é verdade? Porque daí fica naquela: briga de marido e mulher ninguém mete a colher. Que às vezes eles fazem as pazes e você fica de ruim. E tem muito isso, né.” (Cleide, ACS).*

A narrativa deixa clara a insegurança da profissional para tratar o problema em seu âmbito profissional. Ao longo da pesquisa de campo, foi possível constatar que muitos/as profissionais associam a solução da problemática com a viabilização de uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM). Na região litorânea, que compreende sete municípios e cerca de 300 mil habitantes, não há uma rede de apoio estruturada para lidar com a questão. Não existem centros de referência, abrigos, tampouco uma delegacia específica de atendimento às mulheres. Certamente a

implantação de instituições como essas não iriam assegurar o fim da problemática, entretanto representariam maior suporte e condições mínimas de segurança pública para tais mulheres. Em apenas um dos municípios, um delegado adaptou os serviços da delegacia civil comum, para atender (mesmo que parcial e precariamente) mulheres vítimas de violência. Nessa delegacia foi disponibilizada uma oficial de justiça (mulher) que faz os registros de casos de violência contra mulheres em uma sala com um pouco mais de privacidade. Ao menos as mulheres não precisam se expor a atendentes desqualificados na sala de recepção, junto com outros casos, como roubos, envolvimento com drogas, homicídios, etc. Ainda que não fosse esse o foco deste estudo, fui conhecer tal local, no intuito de agregar elementos para entender a conjuntura regional.

Por razões éticas, não detalharei qual delegacia era, nem em qual dos municípios está assentada, mas aquilo que vi, ouvi e senti, certamente me fez perceber com outro olhar, meu tema de estudo. Em um espaço que foi destinado inicialmente para 27 pessoas, estavam amontoadas mais de 200. Eram homens e mulheres, cerca de 200 corpos abjetos, indesejáveis, considerados antissociais, depravados, dissidentes, perigosos, tratados como uma escória que não faria a menor falta para a sociedade.

Essas vidas e corpos eram divididos em cubículos: os homens se revezavam num espaço minúsculo: enquanto alguns deitavam e dormiam sobre caixas de papelão desmontadas, outros deveriam permanecer de pé, pois não havia espaço suficiente no chão para todos deitarem/sentarem ao mesmo tempo. O ar dentro dessa alcova era sufocante, fétido, pútrido. O delegado explicava que havia problemas com tuberculose e pneumonias recorrentes naquele recinto. Pudera, creio que aquilo deveria ser assemelhado às masmorras e sarjetas da Idade Média, por onde a peste se espalhava e muitas vidas eram ceifadas. Não havia oxigênio, poucas aberturas de ar, o chão era úmido, embolorado e a minúscula abertura que dava para o corredor da delegacia era abarrotada de mãos desses corpos pedindo por clemência aos que passavam por ali.

A ala feminina não ficava para trás. Na verdade, não era realmente uma “ala feminina”, mas sim um lugar de banho de sol, que foi adaptado para acomodar também em condições subumanas as mulheres. O espaço, apesar de proporcionalmente um pouco maior do que o calabouço destinado aos homens, por outro lado era descoberto, em sua maior fração. Ou seja, num local onde chove intensamente o ano inteiro, aqueles corpos tinham que ficar ali expostos. Tratados como pedaços de carne, ao deleite do sol e da chuva, verão e inverno. Naquela manhã fazia um mormaço após uma semana de chuvas típicas de inverno. O chão e as paredes eram verdes de tanto limo, chegava a ter

musgos brotando no chão e nos cantos do recinto. Os colchões, delgados, afundados, molhados e fungados estavam de pé, na tentativa de secar sob os raios tímidos de sol que insurgiam em meio ao céu nebuloso. E naquele ambiente hostil e insalubre, havia ainda uma detenta grávida, com barriga enorme espichada sobre seu ventre. Sentada, inerte naquele chão frio, com os pés descalços e trajando apenas uma saia fina até o joelho e blusinha sem manga.

Não sei o que era pior: aquela friagem e umidade ali fora, ou o calor sufocante sem oxigênio na cela dos homens. Se já não bastasse o cenário descortinado até aqui, um funcionário da delegacia me mostrou o “castigo”. O castigo era uma cela totalmente fechada, sem entrada de ar e sem luminosidade, algo semelhante a uma solitária. Ali, com o maior orgulho, ele explicava que era o espaço destinado aos que cometiam atos de violência doméstica contra mulheres. Com um ar de carníface, o funcionário trovejou que esse era o local onde ficavam os “covardes”... Sem contato nenhum com o mundo, nem com ninguém... Aqui eles teriam todo tempo do mundo só pra pensar sobre o que fizeram, relatava ele.

Ao pedir mais detalhes, o funcionário explicou que quando uma mulher faz o Boletim de Ocorrência ali na delegacia, o agressor é preso e enviado para aquela pocilga, onde é largado por alguns dias, para que elucubre sobre seus atos. No momento em que passávamos ali, estava chegando o que chamavam de “almoço”, que mais parecia uma “lavagem para porcos”. Não era servida em pratos nem com talheres. Isso era artigo de luxo por ali. A mistura de aspecto e cheiro putrefato era composta por arroz, feijão e salsichas fatiadas recobertas por uma fina camada de sebo esbranquiçado. Vinha dentro de uma embalagem improvisada feita com uma garrafa *pet* cortada pelo meio, em seu sentido longitudinal. Parecia mesmo uma miniatura de um cocho, onde animais confinados costumam comer sua lavagem.

Essa visita, além de chocar, pois expõe corpos como se fossem dejetos, excrementos, vermes, expurgos, permitiu levantar uma série de questionamentos: seriam tais medidas apropriadas para “Vigiar e Punir”, parafraseando Foucault (2009), esses corpos que não seguem a norma? A violência institucional que se estabelece sobre tais corpos não instalaria mais ódio e desejo de vingança, gerando conseqüentemente mais violência? Até que ponto o sistema ainda se preocupa em proteger e querer reabilitar esses corpos ou espera que a “peste” se espraie e se aposse de vez de qualquer resquício de vida que ainda resta ali? Diante de tais atrocidades, poderiam tais medidas influenciar a (não) denúncia dos agressores, em casos de mulheres vitimizadas pela

violência doméstica? Dona Marlene, por exemplo, sabendo de tal selvageria, denunciaria seu marido a esta delegacia? Seriam esse cenário e essas relações aspectos diametralmente inversos do que vem sendo proposto como “acolhimento”?

### **3.3 A atenção primária à saúde como um espaço conflitivo e de negociações**

Ao longo da pesquisa de campo, fato que merece realce refere-se à tessitura de relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, bem como as relações que se estabelecem entre as/os próprias/os profissionais de saúde e entre as moradoras e os moradores habitantes daquela região. As relações entre as pessoas, assim como as questões culturais, sócio-econômicas e os fatores ambientais têm peso considerável no processo de constituição da saúde. Merecem tanta importância quanto os fatores biológicos, que também não podem, nem devem ser renegados.

Nesse sentido, cabe explorar com um pouco mais de profundidade algumas dessas questões que emergiram do campo de estudos. Compete salientar que são questões oriundas da área de abrangência da Unidade Básica de Saúde, e que inclui tanto o espaço físico da Unidade, quanto os bairros sob seu domínio.

Como já mencionado, a sazonalidade é um dos aspectos que mais chamam atenção nesse local. Quando chove os/as profissionais de saúde não saem da sede da Unidade para realizar as visitas domiciliares da Estratégia de Saúde da Família, porque chove. Quando é verão e o sol resplandece com todo vigor, também não o fazem, porque faz muito calor e a maioria dos habitantes não está em casa. Estão trabalhando para garantir o sustento do ano. Evidenciou-se que na realidade investigada, durante o verão, quase todas as pessoas estão preocupadas em trabalhar e garantir aportes financeiros. Já durante o inverno, há escassez de serviços, pouca demanda por trabalhos e conseqüentemente a população tende a ficar mais ociosa e com menos recursos.

A sazonalidade é um termo comumente empregado na saúde, principalmente na área de epidemiologia. Pereira (2004) destaca que a sazonalidade em estudos epidemiológicos é a propriedade de um fenômeno considerado periódico (cíclico) de repetir-se sempre na mesma estação (sazão) do ano. Algumas doenças são sujeitas à variação sazonal com aumentos periódicos em determinadas épocas do ano, geralmente

relacionados ao seu modo de transmissão ou de manifestação. Como exemplos revelados por esses estudos destacam-se as epidemias de dengue predominantes nos meses de maior calor ou as influências que predominam durante o inverno. Mais recentemente as repercussões sazonais têm sido descritas não apenas relacionadas à transmissão de vetores, que necessitam de condições de temperatura e umidade ideais, mas também em manifestações relacionadas a aspectos mais subjetivos, como a incidência de depressão durante o inverno em locais de muita neve e temperaturas rigorosas.

Na visão de alguns profissionais de saúde de nossa realidade, o inverno é o período em que naquele território os maiores problemas acontecem. Relatam que as pessoas ficam mais tempo ociosas, há mais casos de uso de drogas e alcoolismo, mais violência doméstica, mais problemas de saúde em geral:

*“ [Os moradores] adoecem menos na temporada. Falaram esses dias: Ah, na temporada o posto devia fechar. A gente brinca assim né? **Porque tudo acontece mais no inverno, os pacientes todos ficam doentes no inverno. A temporada é a cura deles.** (...) Na temporada... não que eles não fiquem doentes. É que a maioria do pessoal depende [financeiramente] da temporada. Então, assim, eles ocupam muito a cabeça deles... Trabalham como ambulantes, essas coisas né? E daí eles ocupam muito a cabeça. Não tem tempo de ficar doente, a gente brinca. Porque diminui muito o movimento aqui na saúde! A única época que a gente vê bastante gente no hospital é no ano novo e carnaval. Mas daí é turista. Tanto é que eles [pacientes da Unidade] falam pra gente: Ó, se a gente não estiver em casa... É muito difícil encontrar a gente em casa... porque a gente vai estar na rua, na praia, trabalhando. Em reunião, grupos, Hiperdia é muito difícil a gente ir porque vai estar trabalhando... eles avisam. Então eu acho que tudo ocorre mais no inverno.” (Nina, ACS).*

Para a agente comunitária Nina, 24 anos e que atua na Unidade há três anos e meio, a maioria das pessoas está trabalhando durante o verão, portanto não procuram os serviços da Unidade. As ACS quando vão visitar as famílias durante o verão, também não encontram as pessoas em casa. Por outro lado, durante o inverno, há um aumento da procura por atendimentos em saúde na sede da Unidade, assim como as visitas domiciliares são mais bem-sucedidas, pois grande parte das pessoas está em casa. Interessantemente, na visão da profissional, o inverno é o período de doenças, enquanto a temporada é a cura. Outra ACS também corrobora o relato de Nina:

*“Trabalho, na maioria daquela população é só na temporada [de verão]. Eles trabalham na temporada. Fora da temporada, são coletores... eles vão fazer um biquinho aqui, outro ali... então alguns saem... pra trabalhar fora [em outros municípios], ficam as famílias, mas a maioria depende só de temporada. (Sônia, ACS).*

Aqui fica realçada, além da questão sazonal, a rotatividade das pessoas que habitam o lugar. Durante a temporada muitos vêm, já durante o inverno, muitos se vão. A influência do clima nos afazeres daquele local não é apenas em relação às estações do ano, mas também em relação às próprias condições climáticas diárias, independente das estações. Durante os dias chuvosos as/os profissionais também não saem a campo para as visitas domiciliares, como evidencia a opinião da enfermeira Helga:

*“... Esse negócio de chuva... Agora essa semana foi a chuva... E daqui a pouco chega a temporada e você não vai encontrar mais ninguém em casa... que aí todo mundo trabalha... então aqui no litoral é tudo muito complicado.(...) Eu acho que esse problema tem até mais fora de temporada... [se referindo aos casos de violência doméstica contra mulheres]. Porque não tem o que fazer. E eu acho que é uma coisa muito complicada da população daqui... que não tem o que fazer, mas também eles não procuram o que fazer... se você pedir pra alguém varrer a tua casa em troca de uns reais, as pessoas não querem trabalhar... pessoal quer o dinheiro fácil... então quer dizer... tem que trabalhar... vai carpir o quintal, vai trabalhar de diarista... é desculpa... trabalhar de diarista é o que mais dá dinheiro aqui... é uma média de 100 reais.... Se trabalhar duas vezes por semana dá duzentão...então dá uma boa grana. Você vê que aqui tem um local que tem curso profissionalizante de graça... tem curso de línguas, tem curso de panificação... É o Centro Comunitário Profissionalizante. Agora abriu curso de panificação e confeitaria... de graça... alguns vão, outros não vão... as vezes o pessoal reclama que não tem o que fazer, o Instituto Dalmora<sup>33</sup> lá... não é pra fazer propaganda, mas tem um monte de coisa boa lá... tem aula de Pilates, tem Tae Kwon Do pra criançada, tem coral pros idosos... tem tanto o que se ocupar.... vão trabalhar... vão fazer alguma coisa pra cabeça... sabe, muito comodismo!” (Helga, enfermeira).*

Helga é uma enfermeira de 26 anos, que trabalha há quase um ano na rede de atenção primária à saúde de Matinhos. É a enfermeira responsável pela região do Tab II. Desempenha sua função imbuída de realmente cuidar das pessoas sob sua área de abrangência. Ou seja, em diversos relatos deixa claro que gosta de seu trabalho e que o desempenha pensando no bem-estar das pessoas. Muitos/as pacientes da Unidade revelaram sua afinidade pela enfermeira Helga. Enquanto as outras enfermeiras

---

<sup>33</sup> O Instituto Dalmora é uma entidade sem fins lucrativos, situada no Bairro Tabuleiro, criada pelo empresário Eduardo Dalmora. O Instituto promove diversas atividades como cursos de formação e qualificação profissional, organiza eventos, proporciona espaços de socialização para crianças, terceira idade, entre outros, dirigidas à população do bairro. Após a criação do Instituto, o empresário que é dono de quase todos os supermercados de Matinhos elegeu-se prefeito do município, sendo o atual gestor.

mantinham uma postura mais austera com as/os pacientes, Helga demonstrava ser mais empática e solidária aos problemas das pessoas. Em sua narrativa, ela além de expor a questão sazonal, ainda faz uma reflexão sobre a ocorrência de casos de violência doméstica contra mulheres ser maior no período fora da temporada, quando as pessoas ficam ociosas, sem trabalho. Na visão dela e de outras profissionais, há uma relação entre questões sociais, como a falta de trabalho e renda, ociosidade, uso de álcool e/ou drogas e violência doméstica contra as mulheres. Tal fato fica evidente também para a ACS Sônia:

*“... A violência ali na Vila é meia... é bem pesada. Sabe, não sei se é pelo nível social... é... não é cultura... ou talvez seja a cultura, não sei... mas a violência é tanto de casais, filhos com pais, dos pais pros filhos, enfim... o alcoolismo ali é muito grande. De verdade mesmo. É muito grande! Então isso gera violência na família. Né, lembro do caso de um rapaz e uma senhora, ele era viciado em droga... em craque. Então quando ele queria dinheiro... ele não tinha... brigava. E foi aí que ele deu o empurrão na senhora e ela caiu. Então é a violência. Mas é a violência da droga ou não sei... então... não dá pra dizer. É marido com mulher... é...é meio que geral... onde tem violência funciona assim.”(Sônia, ACS)*

Nessa direção, outro fator explícito e que aparece sucessivas vezes nos relatos das/os profissionais de saúde, além da dinâmica sazonal e sua relação com alcoolismo e consumo de drogas, é relacionado ao tráfico. Esses são fatores que podem estar inter-relacionados tanto nos casos de violência urbana quanto de violência doméstica. Não pretendo aqui adotar visões preconceituosas ou fundamentalistas de que álcool e drogas são os únicos determinantes na perpetuação de violências. Como alerta Femenías (2009), as violências são multicausais, podendo ou não ter esses aspectos envolvidos. Entretanto, na realidade investigada, a questão do álcool e das drogas aparece reiteradamente, como no caso da família de Dona Marlene. Outros relatos também chamam atenção para essas questões.

Embora a violência urbana, que acontece nos espaços públicos das cidades não se constitua no objeto de estudo “*a priori*” desta tese, não há como falar de violência doméstica, sem relacionar, mesmo que debilmente, essas duas dimensões de violência. Ao menos no contexto da realidade estudada, tais dimensões são muito próximas. A violência urbana também aparece no contexto da Unidade, influencia o cotidiano e é referida em muitas falas dos/as profissionais de saúde, como na locução da fisioterapeuta Carminha, que segue:

*Aqui na região do litoral, especificamente aqui na praia, pra você entrar no Tabuleiro, você tem que conhecer os traficantes do Tabuleiro. Pra você ir ao Mangue Seco [outro bairro de Matinhos], você tem que conhecer as gangues do Mangue Seco. Pra você ir ao Sertãozinho [outro bairro de Matinhos], tem que conhecer a comunidade do Sertão. Acho que o único lugar que não tem é Caiobá. E mesmo assim ela é dominada pelo povo do Tabuleiro. Se você der uma parada no feriado prolongado... você vê as gangues passando em Caiobá... são todos do Tabuleiro... (...). E isso ainda que o Morro do Tabuleiro briga com o Morro de Guaratuba. Porque tem dois traficantes muito próximos... e eles brigam. O morro de Guaratuba é aquele ali, indo para o ferry-boat... ao lado da Prainha. Tem traficante lá... e tem traficante armado. Eu já entrei naqueles morros com o cara de arma na mão... Daí eu descí, né... sempre de branco, de jaleco... uma das crianças falou: olha é a tia! Sabe... que eu sou daquelas... só não conheço quem ainda não nasceu aqui... [risos]. Ai eu falei assim: Eu vim pra tratar a avó [do traficante]. Quando eu tava indo embora a pergunta [do traficante] foi: Qual a placa do seu carro? Porque eu fui com o meu carro... e... eu falei: Pra que você quer? Ai ele falou: Pra gente proteger e saber quem é... quem entra e quem sai. Então, o meu antigo carro, eu entrava e saía dali o horário que eu quisesse. E sem medo, o mais importante. E tinha um rapaz com uma arma... não sei que tipo, porque não entendo de arma... mas era uma arma grande... [mostrando o tamanho com as mãos]. Ele falou: Ta virando casa de mãe Joana agora? Entra e sai quem quer, quando quer. Porque numa ocasião eu não fui sozinha, como de costume, tinha ido com o enfermeiro. (...) E quando você entra no morro tem dois sobrados com sacada... É como se fosse uma portaria... Eles vêem todo mundo que entra e sai dali. Aí o outro gritou do outro lado: Não, é a doutora que veio cuidar da vó. (...) Uma vez veio um molequinho trazendo uma penca de banana pra mim... sabem que eu sou doida por banana, né. [risos]. Então é assim... Você tem que ter um certo esquema... Isso eu notei... quando é tráfico, você tem que ter um certo esquema... Os traficantes protegem as crianças na escola, protegem os velhinhos... Eles não deixam ninguém bater em ninguém. (...) E a roupa branca tem um efeito psicológico muito forte... ela protege... e você tem que andar tipo "Viver a vida" [novela], você não pode andar com o esteto dentro do bolso... Na "Viver a Vida" eles põem o esteto no pescoço, tipo aquele "Plantão Médico" [série]... [risos]. Você tem que ir como eles vêem na televisão. O jaleco aberto, fechado só um botão, pra saber teu nome [no crachá], esteto no pescoço. E cabelo solto, maquiada, muito bem arrumada... tipo "Plantão médico" mesmo. [risos]. Mas não é divertido esse trabalho... nem um pouco [risos]. Então assim, é muito da cultura também... sabe, mas quando é gangue... a violência na mulher é muito maior. (...) Também tem influencia de drogas, bebida, de outros fatores. (Carminha, fisioterapeuta).*

Nesse relato da fisioterapeuta Carminha fica bastante evidente alguns recortes de gênero pertinentes à violência urbana. Um deles é o já comentado predomínio masculino nos espaços públicos, que torna os homens os principais perpetradores e vítimas dessa modalidade de violência. Outro aspecto refere-se ao fato de quando uma mulher (fisioterapeuta) entra nesse território, isso não é tido como uma ameaça tão grave para os

traficantes. Entretanto quando ela chega acompanhada de outro homem (enfermeiro), desconhecido, o fato é visto como uma ameaça ao território daqueles que dominam o local, semelhante ao macho alfa quando vê seu território sendo invadido.

Outro aspecto significativo nessa narrativa é referente ao estabelecimento de um jogo de negociações entre profissionais de saúde e as pessoas moradoras daquela realidade. Essas negociações se albergam em campo conflitivo, permeado por relações de poder, inclusive nesse caso, paralelos ao sistema oficial. O estabelecimento de tais negociações descortina também uma trama de rituais seguido pelas/os profissionais de saúde para adentrarem nesse campo minado. Aqui ficou evidente a questão da indumentária, da aparência pessoal e da reverência aos códigos impostos pela situação. Essa violência simbólica<sup>34</sup> engendra um aspecto bastante desafiador para profissionais de saúde, principalmente por sua formação determinada por elementos da biomedicina, que não direcionam tanto o olhar para questões sociais mais complexas como essa, relegando-a a um segundo plano e privilegiando aspectos biológicos e farmacológicos.

A complexidade de situações e negociações que as/os profissionais de saúde que atuam na atenção primária à saúde precisam dar conta, por vezes pode ser muito mais desafiadora do que operar recursos e aparatos tecnológicos de ponta. No campo das violências, as facetas se revelam entremeadas por nós críticos que muitas vezes precisam ser desatados, sendo que majoritariamente para as/os profissionais não é simples desempenhar tais tarefas.

Nessa linha, um caso específico pode ser realçado. Tanto agentes comunitárias de saúde quanto a enfermeira Helga relataram também a presença de casos de pedofilia na região do Tab II, que também podem ser configurados como casos de violência doméstica contra mulheres, uma vez que algumas das crianças são meninas. Esse caso peculiar era referente a uma garota de 15 anos, cujo padrasto vinha abusando sexualmente dela. Nas palavras da enfermeira, *“o padrasto come a mãe e a filha”*. A menina atualmente *“não quer mais saber de homem”*, seguramente por causa do padrasto, que abusa sexualmente dela, afirma a profissional. O irmão da menina, de 17 anos, portanto mais velho, e que servia de referência para ela, se suicidou recentemente, se enforcando em uma árvore da Praia Mansa. De acordo com a enfermeira Helga, o motivo do suicídio é que o padrasto explorava tanto ele quanto ela, colocando-os para trabalhar como catadores e responsabilizando-os pelo sustento da casa. A menina ainda era colocada

---

<sup>34</sup> Para Pierre Bourdieu (2002, p. 50), a violência simbólica consiste em “forma de poder que se exerce sobre os corpos, diretamente, e como que por magia, sem qualquer coação física; mas esta magia só atua com o apoio de predisposições colocadas como molas propulsoras, nas zonas mais profundas dos corpos”

para trabalhar de empregada doméstica e cuidadora de uma criança de 4 anos na casa de outra família. O padrasto também é catador, mas envolveu-se com roubos, assaltos e bebida e afirma não dispor mais de “saúde” para trabalhar, colocando os enteados em seu lugar para coletar lixo. Os miseráveis rendimentos que os jovens conseguiam eram utilizados para sustentar a família, mas principalmente para financiar a compra de bebidas alcoólicas, drogas e cigarro para o padrasto. O menino, que já era depressivo, se sentia responsabilizado pela situação deplorável que a família se encontrava, e se sentia provedor do sustento dos seis irmãos menores. Como não conseguia sustentar a família, penalizado, suicidou-se. Com medo de que a irmã fizesse o mesmo, o Conselho Tutelar interveio na situação, encaminhando-a ao PETI (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil) e ao psicólogo do município. O veículo da prefeitura busca e leva a garota em casa semanalmente, para garantir a permanência no tratamento e acompanhar a evolução do caso. Nos últimos dias a família vinha dizendo que ela está com pneumonia e o tratamento estava temporariamente suspenso. A enfermeira se questionava se essa poderia ser uma válvula de escape para ela não comparecer às consultas do psicólogo e assim não revelar sua condição.

Segundo a enfermeira, é comum algumas crianças serem vistas em seus domicílios durante as visitas ou aparecerem na Unidade com “chupão” no corpo. E o “olho do furacão” é a área que apresenta as condições socioeconômicas mais precárias, exatamente na ocupação territorial clandestina. Segundo Helga, as/os profissionais de saúde estão tentando “fechar o cerco” naquela área. Quando pergunto mais detalhes sobre o que seria esse “fechar o cerco”, ela explica que não seria denunciar abertamente os abusos, pois as/os profissionais ficam marcadas/os e podem se tornar as vítimas dos agressores. Em um caso anterior, quando uma ACS denunciou situação semelhante envolvendo pedofilia ao Conselho Tutelar, um dos conselheiros acabou revelando a identidade da ACS denunciante e esta passou a sofrer sérias ameaças do agressor. O “fechar o cerco” refere-se à primeiramente traçar um plano para atender a menina irmã do suicida, para levá-la ao psicólogo, em conjunto com as ACS e a assistente social. Segundo, conversar com os/as vizinhos/as durante as visitas das ACS para que a comunidade ajude e denuncie os abusos ao Conselho Tutelar. E a enfermeira prossegue, explicando que há inclusive uma pousada naquela região, que parece estar servindo de bordel para encontros de abusos com crianças e adolescentes.

Desse modo, pode-se observar que apesar da pouca estrutura oferecida pelo sistema, as/os profissionais de saúde demonstram estar atentos ao bem-estar da

população, embora tais abordagens ainda sejam tímidas e nem sempre atendam os verdadeiros anseios da população. A problemática das drogas, que envolve consumo e tráfico naquela região parece estar relacionada com aspectos sócio-econômicos, apresentando diferentes facetas no campo de estudos. Existe claramente um contorno, como explanado no segundo capítulo, sendo inclusive demarcado pela Avenida do Contorno, que delimita duas distintas regiões: de um lado o Balneário Caiobá e do outro o Bairro do Tabuleiro, que inclui a ocupação territorial “Vila Nova”. Tal contorno se reflete num abismo sócio-econômico, gerando um cenário de desigualdade social gritante. E sabe-se que um dos grandes determinantes das violências é relacionado à existência das desigualdades sociais. O Balneário possui boa infraestrutura, e um perfil de habitantes específico, conforme relatado por profissionais:

*“...Caiobá é uma área tranquila... eu nunca... nunca ouvi falar assim de violência doméstica... a não ser, no caso da minha área, tem uma senhora que tem uns setenta e poucos anos... Então, essa, um dia... (...) Ela começou a contar que o filho agredia ela verbalmente, tipo chamando ela de puta, vagabunda... Agora ouvi dizer que ela bebe também... a única assim... Mas de bater assim, de deixar hematoma assim, não. (...) Agora o lado de cá é “punk” [se referindo ao lado de cá da Avenida do Contorno, onde fica o Tabuleiro]... Nossa, o Tab II é a pior! É a pior!” (Cleide, ACS).*

Outra agente comunitária de saúde, Joana, que exerce suas atividades em Caiobá, complementa:

*“- Tem Bastante diferença! É que é assim... tem áreas e áreas... então tem a área da Solange [Tab II], que é lá no morro, que é uma das piores das piores. Que é onde tem a violência sexual, que ela comentou. Ela trabalha com uma parte de negligência total... se você colocar a área dela com a minha [Caiobá], você vai ver uma diferença de 90%. Que na minha área... o pessoal é mais estudado... a maioria estudou pelo menos até o segundo grau. Ali na dela, a maioria estudou até a 4ª, 5ª série... no máximo. As crianças na minha área todas estão em escola... e lá já não é a mesma coisa. [Indaguei se lá havia crianças fora da escola]. - É... não fora de escola... mas é que vai mais tarde, repete bastante... Não é aquele zelo. Então aqui é tudo mais rigoroso, assim... os pais... E lá deixam tudo mais largado... Já não tem aquele apego pela estrutura familiar.” (Joana, ACS).*

No território do Balneário, a conjuntura sócio-econômica compreende pessoas com maior grau de instrução, maior poder aquisitivo e maior quantidade de pessoas empregadas formalmente, embora a população seja infinitamente menor. Já do outro lado

da Avenida do Contorno, a realidade é outra: grande quantidade de pessoas, com média de escolaridade baixa, infraestrutura precária, a maioria das pessoas não tem empregos formais e mesmo os que desempenham atividades informais só trabalham durante parte do ano, que envolve a temporada de verão:

*“Ali na Vila [Nova] são raros os que trabalham. A maioria dependia de lixo reciclado e agora não vale mais nada. (...) Tem gente ali que eu sinceramente não sei dizer do que é que vivem. A maioria está assim... sempre está em casa. (...) Eu já vi famílias comer só arroz, arroz puro. Pão para eles é seco. Então eles vivem assim... sabe, bem mais simples, não compram muitas frescuras. (...) E tem bastantes casas assim... sujas, sabe?” (Solange, ACS)*

Entretanto, apesar do relato das profissionais sobre a precariedade do lugar, isso não significa que os problemas aparecem apenas no lado pobre. O consumo de drogas aparece também no Balneário Caiobá, tanto por parte de turistas e veranistas que visitam o local, quanto por alguns moradores e a própria comunidade universitária da UFPR. Para uma das profissionais de saúde, Matinhos e o litoral do Paraná como um todo, parecem ser uma terra sem lei, pois aparecem criminosos de todos os cantos. Outra ACS complementa que aqui é que nem curva de rio. Só acarreta tranqueiras. E a profissional continua informando que muitos vêm para cá na temporada de verão e acabam ficando por aqui para roubar durante o ano, quando muitas residências estão vazias. Outro ponto levantado pela profissional foi que muitos jovens, estudantes da Universidade Federal do Paraná, “estão se perdendo” nas drogas. Para a profissional:

*“- Depois que a Universidade veio para cá, aumentou o tráfico de drogas, criminalidade e violência. Um pouco disso se deve a falta de opções de lazer para os/as jovens, que por não ter o que fazer, acabam recorrendo às drogas. Nem barzinho para beber tem nessa cidade. Se tivesse um barzinho legal, pelo menos o povo encheria a cara e usariam menos drogas” (Profissional de saúde).*

E afirma categoricamente, pois mora em uma pousada onde moram diversas/os estudantes da UFPR e vem acompanhando diuturnamente a movimentação. De modo algum esta tese pretende adotar visões moralistas ou condicionar violência urbana e doméstica com más condições sócio-econômicas ou com problemas como alcoolismo e drogadição. Tais problemas acontecem também muito rotineiramente nos extratos mais privilegiados da sociedade, ou em famílias que não utilizam álcool/drogas. Entretanto, nos extratos sociais mais privilegiados, tais problemas costumam ser mais escondidos,

camuflados. Convém alertar conforme Macedo *et al.* (2001), Krug *et al.* (2002) e Schraiber *et al.* (2006) que questões relacionadas a violências costumam ser mais nítidas em ambientes marcados por desigualdades sócio-econômicas.

Diferentemente das camadas mais privilegiadas, as pessoas que habitam os bairros mais populares costumam ter sua vida mais exposta na arena pública. Muitas vezes o palco de resolução de conflitos extrapola o espaço doméstico e ganha o picadeiro das ruas e a plateia dos/as vizinhos/as. Aliás, os/as vizinhos/as juntamente com os/as agentes comunitários/as de saúde, formam uma rede de controle, vigilância e fofocas que monitora as vidas das pessoas:

*“- Tem uma família que mora bem pertinho da minha casa [no Tab II, comenta a ACS Solange] - Que é uma família mais ou menos bem de vida, mas eles não se misturam. Eu não sei porque... o que é que acontece lá. A casa deles é bem fechadona. Ela conversa comigo mas ela fica na janela e eu fico lá fora no portão. E ela não vai passear na casa de ninguém, ela é minha vizinha, mas ela nunca foi vista na casa de ninguém. E eu sei que.. essa apanha. Mas a gente vai fazer o que né? [indaguei se ela já havia ouvido ou se a mulher havia comentado com ela alguma vez]. - Não. [respondeu a ACS]. - Os vizinhos, todo mundo comenta. Até tiro a mãe dela aquela vez teve que dar, eu escutei... [risos]... (...) Tem outra mulher da minha área, que o cara bateu e tentou matar a mulher, cortou a mão dela assim [mostrando a mão]. (...) Ela já deu queixa contra ele, mas esses dias ele foi dar queixa contra ela, diz que foi ela que tentou matar ele. (...) E ela está grávida, mas não sei se é do marido mesmo... [suspiro] - É que ali, um fala uma coisa. O outro fala outra. Apesar que, a sogra falou que tem uma mulher que mora com eles. E que ela chegou em casa e ela tava na cama com a tal da mulher. A que apanhou. Tava na cama com a outra mulher. Dentro da casa deles mesmo. Daí ela fala que ele tinha uma amante. Tanto que ele saiu de casa e já foi morar com a outra. [risos]... Então... os vizinhos falam uma coisa. Outros falam outra...” (Solange, ACS).*

O fato de uma das famílias manter a casa fechada e não se relacionar com os/as outros/as vizinhos/as é descrito com espanto pela ACS. Naquela comunidade, a maioria absoluta das pessoas se conhece e conhece a vida das outras pessoas, inclusive questões mais pessoais de cada um/a. Os pacientes da Unidade revelam temer as fofocas dos/as vizinhos/as e de profissionais de saúde, especialmente de ACS. Assim, que sistema de saúde é este que se propõe a cuidar das pessoas, mas que expõe a vida das/os pacientes à arena pública? Por outro lado, uma das ACS (Sônia) revelou o sigilo que tem com questões relativas às/aos suas/seus pacientes, como no caso de uma família soropositiva do Tab II, que necessita receber os medicamentos antiretrovirais. Se essa família fosse à Unidade, todos iriam ficar sabendo, e virariam manchete no outro dia,

relatava a profissional. Assim, ela pactuou com a enfermeira Helga e mensalmente ela leva os medicamentos diretamente à família, durante as visitas domiciliares, sem que mais ninguém fique sabendo. A mesma ACS Sônia ainda acrescenta:

*“... Não há nenhuma solidariedade entre as vizinhas. Infelizmente... (...) Existe uma amizade ou outra... que querem ajudar... Mas a maior parte vai lá pra saber o que é que está acontecendo, sai e vai contar pra outra vizinha e assim por diante... fazer fofoca. (Sônia, ACS).*

Ao concatenar os discursos de diferentes profissionais é possível perceber que há uma rede de fofocas, compostas pela vizinhança, que leva as informações para os/as ACS, que por sua vez repassam às enfermeiras. E é dessa forma que profissionais de saúde ficam sabendo dos casos mais complexos, como casos de violência doméstica contra mulheres. Vejamos o relato da enfermeira, que sintetiza esse fato:

*“... Aquela área da Vila Nova, que é mais pesada tanto para o tráfico, quanto pra essas coisas todas [violência doméstica contra mulheres]. Ali é uma área que você sabe tudo pelos vizinhos. Dificilmente a pessoa vem até nós pra contar, mas o vizinho sabe... então os vizinhos acabam relatando para os agentes comunitários, que passam pra nós enfermeiras, e a gente tenta investigar, ou... encaminha para os assistentes sociais, ou coisa assim...” (Helga, enfermeira).*

A fofoca se faz presente tanto entre as pessoas que habitam o local quanto entre alguns/as profissionais, e ainda, entre esses dois atores (habitantes e profissionais), destacam-se as/os agentes comunitárias/os de saúde, como já ilustrado na saleta da Unidade. Alguns/as dos/as agentes comunitários/as desempenham uma função significativa nesse quesito ao internalizar os discursos e fofocas das pessoas que vivem naquela realidade, trazendo-os para dentro do sistema de saúde. Claudia Fonseca em sua obra “Família, Fofoca e Honra” (2004) explora a questão da fofoca, explicando que envolve o relato de fatos reais ou imaginários sobre o comportamento alheio, sendo concebida como uma força nefasta, destinada a fazer mal a determinados indivíduos. A autora analisa diferentes literaturas antropológicas sobre a fofoca, acrescentando que esta pode ser tomada como instrumento de comunicação, de poder, e também pode assumir funções educativas, exemplificando o caso de “lições” ensinadas por meio de fofocas.

No caso da realidade estudada, a fofoca pode apresentar duas facetas distintas. Se por um lado, fica evidenciado o potencial destruidor que as fofocas podem

desempenhar, por outro, essa pode ser a única maneira de questões sociais mais complexas adentrarem nos serviços de saúde. O relato da enfermeira Helga sintetiza essa trajetória, demonstrando ser esse um meio pelo qual alguns dos casos de violência doméstica contra mulheres insurgem no sistema de saúde. Resta saber se para as mulheres vivendo sob tais circunstâncias, seria essa uma alternativa a contento.

Além da fofoca que permeia a arena do espaço em estudo, envolvendo tanto profissionais quanto moradores/as, outro aspecto significativo que emerge nos discursos das/os profissionais são questões moralistas, julgadoras, valorativas e que por vezes soam até preconceituosas. Para alguns profissionais, especialmente os que são de fora da região litorânea, há uma associação entre comodismo e as pessoas naturais da região. Uma das profissionais expõe que muitos moradores são pedreiros e ajudantes de obras e estes são os que mais utilizam álcool e drogas, desde os “piazinhos<sup>35</sup>” até os mais velhos:

*“E quando o tempo está chuvoso, a situação piora em 50%”, [quantifica ela]. - A maioria não vem trabalhar, ficam em casa bebendo, se drogando e com mulher... Depois rolam as brigas [revela ela, indignada]. Quando faz sol, o povo sai para trabalhar, mas a preguiça e o comodismo são os maiores problemas. São muito acomodados. [diz ela]. Se ganham para comer e fazer festa hoje, está bom. Não se preocupam com o amanhã, trabalham unicamente para garantir o próprio consumo. (...) O povo daqui é muito acomodado e preguiçoso. Se quiser um bom funcionário tem que trazer de fora. Algumas pessoas são tão acomodadas que perdem o bolsa-família porque não trazem as crianças para pesar.” (Profissional de saúde)*

Tal profissional narra em um tom de revolta essa conjuntura. E acrescenta que é por essa razão que quando chove, faz frio e é fora da temporada de verão, o movimento nos serviços de saúde (hospital e unidades de saúde) aumenta espantosamente. Outro aspecto observado na emaranhada rede de negociações entre profissionais de saúde e aquelas/es moradoras/es refere-se a grande rotatividade de pessoas. A rotatividade é evidente nos dois sentidos: profissionais de saúde vêm e vão e pacientes da Unidade também. Para a enfermeira da Unidade:

*“O problema é que tem paciente que mora aqui, mora em Curitiba, mora em Morretes, mora em tudo quanto é lugar... Mas se veio pra mim, vou tentar resolver. Aqui tem muito essa população flutuante. Na temporada mesmo, não dá... Seria melhor dar férias para os ACS durante a*

---

<sup>35</sup> “Piá” é uma denominação comum no Paraná para designar rapaz, jovem ou menino. “Piazinho” seria um rapaz bem jovem.

*temporada e durante o ano não precisaria dar férias para ninguém...”*  
(Helga, enfermeira)

A rotatividade de moradores/as está diretamente ligada aos aspectos sazonais. Muitos fixam residência no local apenas nos meses de temporada. No caso de profissionais da saúde, há uma dificuldade imensa para fixar certas categorias no município, em especial os/as médicos/as. A maioria prefere trabalhar em capitais ou grandes centros urbanos, uma vez que aqui a atuação fica mais limitada. Na região não existem grandes complexos médico-hospitalares, o que costuma ser muito valorizado para esse grupo. Seguir uma carreira que tem como escopo a atenção primária à saúde e a estratégia de saúde da família não se constitui no objeto de desejo da maioria absoluta. A isso, somam-se as precárias condições de trabalho. A maioria desses profissionais não é concursado, o que dificulta em certa medida a fixação delas/es por aqui. Já as/os outras/os profissionais, (enfermeiras/os, fisioterapeutas, auxiliares de enfermagem, nutricionista, etc.) com exceção das ACS, são todas/os concursadas/os. Entretanto além dos baixos salários, ousar dizer que são até vergonhosos, não há um plano de carreira que incentive, por exemplo, qualificação profissional, formação continuada, educação permanente e que valorize os anos trabalhados por meio de incremento da remuneração. Para se ter uma ideia, ACS e auxiliares de enfermagem ganham um salário mínimo (algo hoje em torno de quinhentos e cinquenta reais), mesma quantia paga para auxiliares de serviços gerais. Um salário desses poderia ter influências no estabelecimento de relações entre profissionais e mulheres? As ACS ainda têm um agravante que não são concursadas. Seu vínculo de trabalho é por meio de contrato temporário de prestação de serviços, apesar de terem que prestar uma prova de conhecimentos gerais, semelhante a um concurso público para ingressar na atividade. Conseqüentemente a criação de relações de confiança e de vínculos mais consistentes entre as mulheres e profissionais fica de certo modo comprometida, pois os/as profissionais vivem rodando.

Essas questões são importantes para este trabalho, pois além de mostrar a dimensão e os contextos da violência contra mulheres, acabam por instigar as indagações sobre como é a realidade em que essas mulheres vivem, são atendidas ou acolhidas no sistema de saúde. E também como é a realidade de trabalho das/os profissionais de saúde, que devem atender ou acolher tais mulheres. Se as mulheres vítimas de violência são consideradas políexos, talvez elas estejam solicitando justamente aquilo que o SUS, ao menos em tese, preconiza: a integralidade. E, ainda, a própria presença de mulheres vítimas de violência reclamando saúde, parece indicar que noções de saúde e

doença devem ser negociadas nesse campo conflitivo. Mas, antes de seguir adiante no debate acerca das relações que se estabelecem entre profissionais de saúde e mulheres em situação de violência doméstica, vejamos a categoria gênero, fundamental para compreensão da problemática.

#### 4. VERÃO: SOB O CALOR DO DEBATE ACERCA DE QUESTÕES DE GÊNERO

O verão no litoral paranaense descerra uma atmosfera mágica. Todas as cores são mais intensas. O sol flameja nas águas cálidas do Oceano Atlântico. A Floresta Atlântica está mais verdejante e viçosa do que nunca. As praias estão fervendo de pessoas que querem desfrutar de alguns momentos de deleite após um árduo ano de trabalho. Enquanto isso, os habitantes litorâneos aproveitam-se da tórrida estação para literalmente “batalhar por um lugar ao sol”, em afazeres que direta ou indiretamente envolvem garantir o conforto das férias dos turistas e veranistas.

Esse é o período de menor contato entre profissionais de saúde e moradores/as do lugar circunscritos à Unidade. Durante a pesquisa etnográfica, que se deu também em parte ao longo do verão, tentamos estabelecer contatos mais próximos com mulheres vítimas de violência doméstica, sempre acompanhando as agentes comunitárias de saúde, no intuito de conhecer melhor como operam essas relações. Entretanto foi bastante difícil instituir diálogos durante esse período, pois as mulheres não se encontravam em suas casas na maioria das vezes. Tampouco apareciam na sede da Unidade, pois segundo as/os profissionais, a maioria dos maridos das vítimas, não permite que elas frequentem a Unidade. Se viessem, teriam que sorrateiramente vir escondidas. Nas raras vezes que as encontrávamos em casa, estavam sempre atarefadas, tentando dar conta do serviço doméstico, que ficava em segundo plano nesses meses. Ou ainda se encontravam sobrepujadas por visitas de parentes e amigos/as que vinham de longe aproveitar a temporada de verão, o que inviabilizava qualquer tentativa de discussão com mais profundidade acerca da temática. Esse foi um aspecto desafiador, uma vez que fora da temporada de verão, quando conseguíamos encontrá-las disponíveis em seus domicílios, seus maridos ou companheiros também permaneciam em casa, o que dificultava bastante o estabelecimento de diálogos que não tivessem como palco a sede da Unidade.

Já em relação à rotina da Unidade de Saúde do Tabuleiro, predominava o marasmo durante o período de verão. A sala de espera, que no inverno era florida de pessoas, se encontrava a maior parte do tempo vazia ou com poucas pessoas durante a temporada. Alguns profissionais de saúde estavam de férias. Outros eram deslocados para o hospital municipal, pois nesse local sim, o movimento era intenso, oriundo principalmente de veranistas e turistas com problemas de insolação, intoxicação alimentar, ou excesso de álcool. Muitas das ACS não iam visitar suas famílias, pois a

maioria das pessoas não se encontrava em suas respectivas casas. As que iam, retornavam cedo à sede da Unidade, pois realizavam poucos contatos com as pessoas sob seus cuidados:

*“... No verão, assim... o nosso rendimento é muito pouco. O pessoal [moradores] trabalha bastante... a maioria do pessoal está trabalhando. Quem não trabalha no inverno, está trabalhando no verão. E mesmo os que não tão trabalhando, não ficam muito em casa, vão pra praia... Daí tem parente ali, que vem passar o verão... Então a gente não tem muita produtividade. Não conversam muito com muita gente. Talvez até por esse motivo, diminuam os casos, os relatos [de violência doméstica contra mulheres], mas porque a gente não tem muito acesso, não consegue conversar com muita gente, pelo fato de estarem muito ocupados.” (Margit, ACS).*

O relato de Margit aponta informações instigantes, pois indica como o verão altera a rotina das pessoas que ali habitam. Durante o verão, residentes daquele lugar interatuam menos com profissionais de saúde, uma vez que estão trabalhando a maior parte do tempo. Ao interagirem menos, a visibilidade dos problemas e das condições de saúde acaba ficando menos destacada. Portanto, será que realmente problemas como a violência doméstica contra mulheres seriam menores no verão? Ou será que pelo menor contato, a notoriedade desse e de outros problemas aos olhos de profissionais de saúde seria menor? Que cuidado em saúde é este, proposto teoricamente como integral, mas que não aborda as pessoas durante o verão? E para pensar além, esquentando o debate e extrapolando os aspectos empíricos observados em campo: que acepções teóricas servem de alicerce para sustentar o que vem sendo analisado? Que questões estão por trás da problemática aqui estudada, e que colocam as mulheres em posição hierárquica inferior aos homens? Quais as contribuições que os estudos de gênero trazem a esta tese, irradiando as discussões acerca do tema?

Assim, nesse ambiente estival de Unidade de Saúde deserta e praias abarrotadas, de corpos à mostra, em que homens e mulheres seminus/as figuram suas linhas à beira-mar, é que estreia este capítulo. Aqui será dado relevo ao caloroso debate em torno de questões de gênero, que dizem respeito a homens, mulheres, feminilidades e masculinidades. Tentarei trazer um pouco da efervescente discussão em torno de questões imprescindíveis ao entendimento do problema e que são o pano de fundo na constituição, propagação e perpetuação da violência doméstica contra mulheres.

Iniciamos com Joana Maria Pedro (2005), que desenhou um panorama histórico da construção de distintas categorias utilizadas neste estudo, tais como “mulher”, “mulheres”, “gênero” e “sexo”. A autora faz um diálogo entre academia, teorias e a história dos movimentos sociais de mulheres, de feministas, de *gays* e de lésbicas, sugerindo que gênero é uma categoria de análise, da mesma forma como quando se fala em classe, raça/etnia, geração. E complementa, argumentando que a palavra “gênero” passa a ser utilizada pelas feministas nos anos oitenta no lugar da palavra “sexo”, buscando reforçar a ideia de que diferenças nos comportamentos de homens e mulheres não eram dependentes do “sexo” como questão biológica, mas definidos pelo “gênero”, e ligadas à cultura. Assim, o termo gênero tem, portanto, uma trajetória que acompanha a luta por direitos humanos, por igualdade e respeito.

Na década de 60, Robert Stoller (1993) empregou pioneiramente o termo “gênero”, buscando distingui-lo em relação ao “sexo”. Nesta obra, Stoller discutiu sobre o tratamento de pessoas consideradas intersexos e transexuais. A obra abordava intervenções cirúrgicas para adaptar a anatomia genital (considerada por ele como sexo) com sua identidade sexual escolhida (considerada como gênero). Para esse autor, o “sentimento de ser mulher” e o “sentimento de ser homem”, ou seja, a identidade de gênero era mais importante do que as características anatômicas. Neste caso, o “gênero” não coincidia com o “sexo”, pois pessoas com anatomia sexual feminina sentiam-se homens, e vice-versa.

No movimento feminista a palavra “gênero” também passou a fazer parte dos debates, aparecendo de maneira distinta em cada “onda” do feminismo. A denominada “primeira onda” se desenvolveu no final do século XIX e se centrou nos direitos políticos (como o direito de votar e de ser eleita), direitos sociais e econômicos (trabalho remunerado, estudo, herança). Já a “segunda onda” do feminismo surgiu depois da 2ª Guerra Mundial, priorizando as lutas pelo direito ao corpo, ao prazer e contra o “patriarcado”<sup>36</sup>. Nessa fase, a categoria gênero foi incorporada como tributária das lutas do feminismo e movimento de mulheres. Essa trajetória ganhou mais visibilidade nos anos 60, principalmente com os trabalhos de Betty Friedan (“A mística feminina”) e Simone de Beauvoir (“O segundo sexo”), embora o termo “gênero” ainda não estivesse comumente presente. Na época era realçada a categoria “mulher”, usada em

---

<sup>36</sup> Hartmann (1979) define patriarcado como um conjunto de relações sociais que tem uma base material e no qual há relações entre homens, e solidariedade entre eles, que os habilitam a controlar as mulheres. Patriarcado seria, pois, um sistema masculino de opressão das mulheres.

contraposição à palavra “homem”, considerada universal, pretendendo incluir todos os seres humanos.

Dessa forma, as mulheres militantes dos movimentos feministas questionavam o fato de não se sentirem incluídas quando eram nomeadas pelo masculino, como por exemplo, quando se fala em “evolução do homem”, ou “o homem conquista o espaço”. Apesar de mulheres também serem protagonistas em tais processos, só o “homem” era nomeado. Traziam também à tona reivindicações em nome da “Mulher” e não do “Homem” universal, tais como: o direito de ter filhos quando e se quiser; a luta contra a violência doméstica; a divisão de tarefas domésticas; entre outras. Buscavam, dessa forma, firmar uma identidade de “mulher”. Assim, nessa segunda onda do feminismo foi comum a disseminação de grupos de reflexão compostos apenas por mulheres, que discutiam questões relacionadas às suas vidas de mulheres, tais como suas histórias de vida, preconceitos, violências, etc.

Nessa conjuntura, a própria categoria “mulher” sofria diferentes interpretações. Mulheres negras, índias, mestiças, pobres, trabalhadoras, reivindicavam uma diferenciação dentro da categoria “mulher”, pois esta não era suficiente para explicá-las. Todo esse debate fez com que se atentasse que não havia a “mulher”, mas sim as mais diversas “mulheres”, sendo que a pauta e o interesse de umas não era o de outras. Apesar das diferenças, uma das grandes questões que todas tinham em comum era o porquê das mulheres, em seus diferentes contextos, serem submetidas à autoridade masculina, sendo sempre desqualificadas em relação aos homens.

A partir dessas observações começam a emergir importantes estudos de gênero. O “gênero”, como categoria de análise, passou a ser mais utilizado, inspirado pelo texto de Joan Wallach Scott “Gênero: uma categoria útil de análise histórica”, publicado no Brasil em 1990. Neste trabalho, Scott retoma a diferença entre sexo e gênero, já empregada na década de 60 por Robert Stoller. Todavia, ela o articula com a noção de poder, propondo que o gênero é um elemento constitutivo de relações sociais construídas sobre as diferenças percebidas entre os sexos, sendo ele um primeiro modo de dar significado às relações de poder. Assim, de maneira distinta do que Stoller havia proposto – ou seja, de que gênero era o sexo social/cultural e sexo se referia à biologia -, para Scott, gênero é constituído por relações sociais: estas estavam baseadas nas diferenças percebidas entre os sexos e, por sua vez, constituíam-se no interior de relações de poder.

O uso da categoria de análise “gênero” passou a permitir que pesquisadoras e pesquisadores não só focalizassem as relações entre mulheres e homens, mas também

as relações entre homens e relações entre mulheres, incrementando a percepção das desigualdades entre o masculino e o feminino como uma construção social e ao mesmo tempo, problematizando o que é natural, no sentido de inato e instintivo, para cada um dos sexos. Além de Scott, outros autores e autoras têm trazido luzes ao debate em torno da categoria “gênero”, tais como Thomas Laqueur (1992), Judith Butler (2008) e Linda Nicholson (2000).

Laqueur, historiador da medicina, publicou em 1992 o livro *“Making sex – body and gender from the greeks to Freud”*. Diferentemente de Stoller e outros, que separam sexo de gênero, ou de Scott que relacionava o gênero com as “diferenças percebidas entre os sexos”, Laqueur afirmava que era o gênero que constituía o sexo. Junto a esse autor, outras autoras passaram a questionar a forma como o gênero estava sendo pensado em relação ao sexo, pois apesar da afirmação de que se tratavam de coisas diferentes, era sobre o sexo biológico que se estava constituindo a identidade de gênero, e no caso dos integrantes dos movimentos gays e lésbicas, estes termos não coincidiam.

Nessa perspectiva, Judith Butler (2008) questionou a categoria gênero como sendo calcada no sexo biológico, em sua obra *“Problemas de gênero”*. A autora propõe o que se denominou “teoria performática”, sendo que, de acordo com esta teoria, a “performatividade” do gênero é um efeito discursivo, e o sexo é um efeito do gênero. Para chegar a esta questão a autora aponta diversos questionamentos, tais como: O que é o sexo? É ele natural, anatômico, cromossômico ou hormonal? E como deve a crítica feminista avaliar os discursos científicos que alegam estabelecer tais “fatos” para nós? Teria o sexo uma história? Possuiria cada sexo uma história ou histórias diferentes? Haveria uma história de como se estabeleceu a dualidade do sexo, uma genealogia capaz de expor as opções binárias como uma construção variável? Seriam os fatos ostensivamente naturais do sexo produzidos discursivamente por vários discursos científicos a serviço de outros interesses políticos e sociais? Se o caráter imutável do sexo é contestável, talvez o próprio construto chamado “sexo” seja tão culturalmente construído quanto “gênero”. Talvez o sexo sempre tenha sido o gênero, de forma que a distinção entre sexo e gênero revela-se absolutamente nenhuma.

Para Butler (2008), adepta da teoria queer<sup>37</sup>, o sexo não é o que alguém tem ou é, mas constitui-se em uma das normas que qualifica um corpo para a vida no interior da

---

<sup>37</sup> A expressão da língua inglesa “queer” pode ser traduzida para o português, conforme propõe Guacira Louro (2001), como algo no sentido de “estranho”, ou “bizarro”, e trata-se de um insulto, de uma maneira pejorativa, para designar pessoas homossexuais nos países anglo-saxões. Entretanto, este termo carregado de aspectos negativos é assumido por alguns movimentos que se opõem e contestam toda e qualquer forma de

inteligibilidade cultural. A autora problematiza o pensamento que considera inteligíveis os gêneros que instituem relações de coerência entre o sexo, gênero, a prática sexual e o desejo, dentro de uma norma heterossexual, requerendo e instituindo oposições assimétricas entre feminino e masculino. Questiona também a matriz cultural de identidade de gênero inteligível prevalente na sociedade, chamando atenção para outros tipos de identidade de gênero, cujas práticas do desejo não são coerentes com o que se espera de um sexo vinculado a um gênero. Butler questiona, enfim, a própria categoria gênero como interpretação cultural do sexo. E acrescenta: “gênero não está para cultura assim como o sexo está para natureza”. Desta forma, ela focaliza o sexo como resultado “discursivo/cultural” e questiona a constituição do sexo como pré-discursivo e, portanto, anterior à cultura.

Outra pesquisadora referência na área de estudos de gênero é a historiadora Linda Nicholson. Ela segue as discussões de Foucault, Laqueur e Butler, lembrando que separar sexo de gênero e considerar o primeiro como essencial para a elaboração do segundo pode ser uma forma de fugir do determinismo biológico, mas pode por sua vez, constituir-se num fundamentalismo biológico. Isto porque postula uma relação mais do que accidental entre a biologia e certos aspectos de personalidade e comportamento. Ou seja, “funda” sobre o biológico aquilo que a cultura estabelece como personalidade e comportamento de homens e mulheres.

A pesquisadora brasileira Daniela Auad (2004) ainda adiciona a abordagem de acadêmicas francesas, as quais, por algum tempo, utilizaram a expressão “relações sociais de sexo” e, atualmente, também utilizam *genre*, para designar gênero. Para Auad, o uso e as apropriações da potente categoria gênero estão longe de um consenso entre estudiosas/os das relações entre feminino e masculino. Apesar disso, a autora considera a perspectiva construcionista primordial para o desenvolvimento das pesquisas nas diferentes áreas. Dessa maneira, Christine Delphy é considerada por Auad como tão emblemática quanto Joan Scott. Delphy (1984) afirma ser o gênero um produto social que constrói o sexo. Essa assertiva de Christine Delphy poderia ser interpretada como o gênero correspondente às construções sociais e ao sexo como a base material, biológica, imutável. Contudo, não parece ser isso que Delphy diz e com o que Auad compactua. Para Christine Delphy, cujos trabalhos são largamente lidos e discutidos também entre as

---

normalização. O movimento, denominado “movimento queer”, está articulado com a produção acadêmica, de estudiosas e estudiosos que utilizam essa perspectiva teórica, chamando-a “teoria queer”. Assim, a teoria queer é vinculada às vertentes que problematizam noções clássicas de sujeito, de identidade, de agência e de identificação.

feministas anglo-saxãs, a abordagem materialista desemboca na profícua inversão enunciada logo no início deste parágrafo: é o gênero que constrói o sexo. Delphy oferece mais dados para o entendimento de sua abordagem ao considerar que se as relações de gênero não existissem, o que conhecemos como sexo seria destituído de significado e não seria percebido como importante. Poderia ser apenas uma diferença física entre outras. Christine Delphy sugere que não é o gênero que é construído sobre a base da diferença do sexo biológico. Em vez disso, o sexo biológico é socialmente construído ao se tornar um dado pertinente, e, portanto, uma categoria percebida, por causa da existência do gênero. Assim, o gênero cria o sexo anatômico:

No sentido que a divisão hierárquica da humanidade em dois transforma uma diferença anatômica (ela mesma desprovida de implicações sociais) em uma distinção pertinente para a prática social. (Delphy, 1984, p. 144)

A diferença entre homens e mulheres é um fato anatômico que não teria nenhuma significação em si mesmo, não fossem os arranjos de gênero vigentes. O fato de reconhecer a diferença e hierarquizá-la, transformando-a em desigualdade é um ato social. Ao considerar essa assertiva, os estudos de gênero vieram para balizar uma categoria de análise que investiga, pensa, discute, denuncia e problematiza questões referentes às relações sociais entre homens e mulheres, entre os homens e entre as mulheres.

O recorte de gênero encontra solo fértil no campo de estudos da Unidade Básica do Tabuleiro. Para chegar a esta conclusão, basta analisar um pouco o perfil e as relações que se estabelecem no cotidiano, tanto entre profissionais de saúde quanto entre pacientes, e ainda entre esses dois grupos. Vejamos um exemplo, relatado por uma ACS:

*“Tem um senhor na minha área, que ele tem, acho que uns 80 e poucos anos. Se você visse a casa dele... é impecável. Ele, sozinho. É um homem, já pra começar. Porque homem geralmente é mais difícil. É raro homem ligar para essas coisas. Mas, assim, por ser homem, sozinho e de idade. [narra a ACS em tom de espanto]. A casa dele, assim, meu... Dá gosto. É de madeira, assim, sabe? É pequenininha, bem simples. Mas a limpeza que você vê, assim. Um espetáculo.” (Nina, ACS).*

Observa-se na fala de Nina, algumas das questões que os estudos de gênero problematizam. Por que um homem não poderia ser aseado e limpar brilhantemente sua casa? Por que o fato é visto com espanto pela ACS? Há alguma relação entre o exercício de tal atividade e sua masculinidade ou sua orientação sexual? Qual a relação entre

feminilidade e trabalho doméstico? Será que mesmo com uma mulher sendo a presidente de nosso país, ainda persiste o pensamento de que as mulheres devem ser confinadas ao espaço doméstico?

Helman (1994) comenta a respeito das construções sociais de homem e mulher na sociedade. Enquanto homens tendem a ser associados a qualidades como força e lógica, mulheres tendem a ser coligadas a um conceito de natureza feminina compreendida como frágil, enferma e descontrolada. Dessa forma, as imagens do corpo sofrem alterações sob a força da cultura, especialmente o corpo das mulheres, uma vez que são educadas, desde o nascimento, para expressar uma linguagem de sofrimento mais emocional. Assim, o fato de ser masculino ou feminino em nossa sociedade, interfere no processo saúde-doença e requer também que profissionais de saúde estejam atentas/os a essas manifestações.

Em relação às/aos profissionais, há um nítido recorte de gênero em torno das categorias profissionais. Os dois únicos médicos da Unidade são homens, enquanto as três enfermeiras são mulheres, a única profissional de limpeza é mulher e também a maioria esmagadora das ACS são mulheres. Sabe-se que a medicina é uma profissão que denota prestígio social, *status* e poder. Esses fatores são legitimados pela biomedicina, que empodera o/a profissional médico/a e desempodera outros/as profissionais. Assim, as assimetrias de gênero, que embutem assimetrias de poder, convergem para outra assimetria de poder, ligada às categorias profissionais. E tais assimetrias são reforçadas nos discursos de alguns profissionais. Um dos poucos ACS homem relatou a seguinte afirmação em relação esse tópico:

*“Eu não me considero, assim... um agente comunitário exemplar... não me vejo como agente... Faço meu trabalho porque pra mim é mais cômodo morar aqui... (...) Porque agente comunitário não dá... o negócio é meio... isso é pra mulher! (...) É, eu acho que é um trabalho mais... pra mulher... melhor pra mulher. Ela tem mais facilidade de trabalhar com as pessoas, entram nas casas das pessoas... sabe? Na maior cara dura... na maior cara de pau mesmo... e o homem já não. Eu, por exemplo: pra te dizer que eu conheço dentro da casa de algum paciente, eu conheço... das 198 famílias... se conheço três são muito...(...) Eu não entro. É uma norma minha de trabalho, que eu não entro... Eu acho que é uma ética.”*  
(Giancarlo, ACS)

Giancarlo tem 53 anos e bastante experiência de vida. Já morou em diferentes regiões do Brasil e se orgulha de ter recebido uma boa educação em escolas católicas. Entretanto, revela em seu discurso que não gosta de atuar como ACS. Está

desempenhando esse trabalho por falta de oportunidades melhores e também por comodidade. Em relação às questões de gênero expressas na opinião do ACS, apenas refletem algo que paira na sociedade em geral, que tende a enquadrar profissões como sendo mais ou menos masculinas e femininas. Nesse caso, a atividade de agente comunitário de saúde seria uma profissão para mulheres, pois: 1) estaria associada ao cuidado, que seria tipicamente uma característica assumida como feminina, tal qual as mães que cuidam dos filhos, ou enfermeiras que cuidam de doentes; 2) envolveria maior aproximação entre profissional e pacientes, o que na visão do senso comum seria um atributo feminino, seguindo o que muitos/as consideram, que homens são da razão e da lógica e mulheres da emoção e dos sentimentos; e 3) para exercer o ofício de agente comunitário seria necessário ter mais empatia e facilidade em estabelecer bons relacionamentos, adjetivos que no discurso do senso comum pertencem muito mais ao universo feminino.

Assim, percebe-se como profissionais de saúde também podem ser reféns de pensamentos que foram historicamente construídos e tradicionalmente legitimados, mas que cada vez mais são problematizados pelos estudos de gênero. Pensamentos, que ao longo da história, polarizaram a sociedade em universos masculinos e femininos e ao mesmo tempo cristalizaram determinados atributos como sendo pertencentes ao domínio dos homens e outros como sendo características das mulheres. Os estudos de gênero vieram justamente para desnaturalizar tais pensamentos e ações, que se encontram ainda profundamente arraigados em nossa sociedade, como em outro exemplo abaixo, presente na narrativa do mesmo ACS:

*“Não estaria preparado para lidar com o problema [violência doméstica contra mulheres]. (...) Mas eu relataria à minha superiora... [enfermeira] (...) Daí sim, ela como mulher poderia tomar uma atitude. Mas eu como homem não. Eu não falaria para ninguém... não comentaria com ninguém. (...) Eu queria me preservar dentro da comunidade. Porque a minha imagem é de preservação dentro da comunidade”. (Giancarlo, ACS).*

Novamente evidencia-se como os discursos cotidianamente presentes no senso comum são repetidos por profissionais de saúde. Tais profissionais, assim como a maioria da população não atenta às questões de gênero presentes em nossa sociedade, apenas ecoam o que vem sendo construído historicamente. Mas por que isso vem ocorrendo desde sempre?

Partindo da premissa de que a violência doméstica praticada contra mulheres é nucleada por questões de gênero, alguns dos estudos desta área têm evidenciado que as polarizações de gênero são comuns em diferentes sociedades. Pierre Bourdieu (2002) explora em seu texto “A dominação masculina” um pouco dessa arena, descrevendo as relações de gênero referidas por ele como “sexo”, na sociedade Cabilia, da Argélia. O autor extrapola suas observações daquela sociedade para outras sociedades ao redor do mundo. Naquele grupo ele constatou que o elemento de dominação masculina é presente, e que se aplica em todas as sociedades. Ele chama atenção para as diferenças que colocam os homens como superiores e mulheres como inferiores, fazendo referência ao ato sexual, por exemplo, onde para o autor, o homem exerce o papel de ativo e se coloca sobre a mulher, que exerce o papel de passiva.

Adicionalmente, alguns autores ainda comentam a respeito da noção de honra masculina (Peristiany, 1965; Teixeira, 1999). A favor da manutenção de uma dita “honra masculina”, justificou-se por muito tempo a perpetração da violência de maridos contra suas esposas. Essa situação, inclusive amparada pelo Código Penal Brasileiro, serviu de justificativa por muito tempo para absolver da prisão maridos que cometeram atos de violência contra suas esposas, incluindo crimes e assassinatos.

Em relação às muitas assimetrias de relações de gênero observadas na pesquisa de campo, e seguindo a linha descrita por Bourdieu (2002), a enfermeira Helga discorre sobre o caso de uma das mulheres sob sua circunscrição, que denota claramente viver sob a dominação masculina:

*“Teve uma situação... (...) Em relação à paciente estar gestante e o marido ter derrubado ela da escada. Essa moça tem 30 anos mais ou menos, e o marido já tem uns 60 anos... quer dizer, o marido é muito mais velho... Ele é pastor até de uma igreja... ele é pastor, e essa mulher continua sofrendo agressão dele. [narra, em tom de indignação]. E... o problema é assim... que ela não veio até mim e ele... vamos dizer, ele não deixa ela vir também... então ele segura muito ela. Ela, há umas duas semanas atrás, veio aqui numa crise de choro... de depressão, que queria se matar, que não queria saber de viver...enfim... quer dizer... é uma situação muito complicada... é complicada porque você tá chegando né... então eu tô tentando desvendar as histórias... encaminhamos pro psicólogo... encaminhamos pro psiquiatra... já passou pelo neuro... só que ele acha que isso aí é problema dela e não tem nada a ver... [indaguei se nesse caso, foi a paciente que relatou para ela] - Não, contaram... contaram de ele ter derrubado ela. (...) Ele até não gosta que ela procure a unidade de saúde... Ele não gosta que ela venha no médico... Ele, eu sei que a violência psicológica ele faz de monte com ela. Diz que ela não presta, que ela... até em relação a área sexual... que é ela que não ‘consegue’... aquela coisa toda. É ela era uma menina... uma mulher muito bonita, que saía, vendia ‘Avon’, vendia isso... e a auto*

*estima lá em cima. E esse homem deixou ela lá embaixo. Ela doou o terreno pra sair da casa da mãe e casar... Tipo assim, ela acabou sendo muito submissa a ele. Então quer dizer, ela não sai dessa vida porque... pela submissão que ela tem com ele agora... porque se fosse uns tempos antes, ela deveria ter chutado o pau da barraca e ter ido viver a vida dela, só que ainda tem dois filhos pequenos prá complicar...” (Helga, enfermeira)*

Casos como esse relatado por Helga são comuns na realidade estudada. Aqui as diferentes manifestações de assimetria nas relações de gênero se traduzem em diferentes maneiras: desde a violência física, que é o elemento mais nítido aos olhos de profissionais de saúde, uma vez que empurrar escada abaixo uma gestante pode trazer sérias consequências tanto à saúde da mulher como da criança, até a violência psicológica que acaba por agenciar a consciência e tornar a mulher numa posição hierarquicamente inferior ao marido. As repercussões na auto-estima e na vida sexual são visíveis aos olhos da enfermeira, que se preocupa não apenas com as lesões inscritas no corpo anatômico da mulher, mas também com o bem-estar da mulher como um todo.

O médico neurologista que também atendeu essa mulher, ao menosprezar o relato da mulher e verbalizar que isso é “problema dela e que não tem nada a ver”, invisibiliza as demandas e necessidades da mulher. Além disso, tal fala ainda acaba por excluí-lo como participante do processo de atenção à saúde dela, eximindo-se da responsabilidade de cuidar da saúde da mulher, uma vez que “o problema é dela”. E isso pode ser em parte influenciado por alguns elementos do modelo vigente, que ganhará mais proeminência no capítulo seguinte, mas que envolve relações hierárquicas de poder(es) entre profissionais de saúde e pacientes, em uma abordagem centrada em doenças e manifestações biológicas, ficando as demandas psicossociais em um patamar inferior.

Desse modo, além desses realces, outra importante sinalização que os trabalhos de gênero trazem a este estudo são subsídios para a compreensão da violência contra mulheres como sendo uma modalidade de “violência de gênero”. A violência baseada no gênero também é exemplificada no caso de Dona Marlene, descrito no capítulo anterior, e que se traduz em elementos de assimetria de gêneros. Ou seja, trata-se de uma modalidade de violência fundamentada em uma relação assimétrica de poder e subordinação, com uma estrutura hierárquica entre homens e mulheres (Segato, 2003).

A “violência de gênero” é definida por Suárez e Bandeira (1999) como acontecimentos violentos abrigados nos diferentes relacionamentos de gênero, que são relacionamentos que podem pôr em interação conflituosa não apenas homem e mulher, mas também mulher e mulher ou homem e homem. Violência de gênero também não é

apenas condicionada às relações conjugais. A ligação entre violência e gênero é importante para indicar não somente o envolvimento de mulheres e de homens como vítimas e autores/as, mas também o seu envolvimento como sujeitos que buscam firmar, mediante a violência, suas identidades masculinas ou femininas. As autoras ainda acrescentam que a violência de gênero pode ser ligada tanto a questões afetivas e emocionais – como exemplificam agressões que ocorrem entre homens e mulheres nos espaços domésticos e entre homens e homens nos espaços de lazer – quanto a situações calculadas e utilitárias, como é o caso de estupro de pessoas estranhas e sem vínculo afetivo.

Na arena de estudos de violência baseada no gênero, alguns/mas pesquisadores/as do tema (Machado e Magalhães, 1999; Suárez e Bandeira, 1999; Gregori, 1993) argumentam que atualmente está se tornando comum falar-se em “casais violentos”, quando até então só se falava em “agressores” e “vítimas de violência”. O conceito de “violência conjugal” revela esse novo olhar, abordando a problemática sob a ótica da intersubjetividade dos envolvidos.

Tal debate encontra ecos no campo estudado e merece ser citado o caso de Rodrigo e Greice, ex-cônjuges e pacientes da Unidade. Rodrigo é um rapaz jovem, na faixa dos 28 anos, que trabalha no centro de Matinhos na área de informática e mora com seus pais, num “puxadinho” feito em cima de uma laje na casa deles. Teve um filho com Greice, 19 anos, garota de programa, que mora em outro local do município. A guarda do menino, de um ano e meio de idade é compartilhada entre os dois, ficando duas semanas com cada um. Quando a criança está com Rodrigo, ele e seus pais se revezam nos cuidados com a criança. Talvez quem cuida efetivamente sejam muito mais os avós, pois Rodrigo costuma varar noites em festas. Entretanto quando o bebê está sob os cuidados de Greice, ela habitualmente deixa a criança com vizinhos ou outras pessoas estranhas para poder trabalhar. E na maioria das vezes ela fica várias horas fora, avançando tarde na noite ou até mesmo dias seguidos trabalhando. Esses/as cuidadores/as então costumam rotineiramente ligar para Rodrigo, para que ele venha buscar a criança, pois a mãe não costuma deixar comida, fraldas ou roupas com essas pessoas, apesar de Rodrigo alegar que paga devidamente a pensão proporcional à quinzena. Rodrigo então resgata o menino, que muitas vezes encontra-se urinado, sujo, com fome e o mantém sob seus cuidados (ou sob os cuidados de seus pais), mesmo durante o período que deveria estar com a mãe, negando-se a devolver o bebê a ela. Ela então costuma bater à porta de Rodrigo, encenando lamúrias, clamando por seu filho, comovendo vizinhos, agredindo

verbalmente a família de Rodrigo. Os dois então acabam “armando um barraco<sup>38</sup>” e se agridem verbal e/ou fisicamente. A partir dessas agressões, e munida de testemunhas pré-acordadas que a acompanham nessas empreitadas, ela registra queixas com base na Lei Maria da Penha, para incriminar Rodrigo e não perder a guarda do menino.

Uma dessas situações foi por mim presenciada, sendo que inclusive o conselho tutelar do município foi acionado naquela ocasião, para obrigar Rodrigo a devolver a criança à mãe. Entretanto ele se recusou a entregar. Assim, parece que Greice usa a criança como escudo e como uma fonte de renda, uma vez que Rodrigo possui relativamente melhores condições financeiras quando comparado ao restante da população local. Dessa forma, a pensão do bebê pode tornar-se um negócio rentável que Greice não quer abrir mão. Portanto, a questão dual vítima/algoz e “casais violentos” merece ser sempre problematizada e observada com grande prudência, não sendo possível generalizar, nem introjetar discursos com base no senso comum. Em síntese, cada caso é um caso. Outro ponto instigante nesse caso é o mito do amor materno, exposto por Elizabeth Badinter (1985) na busca de desnaturalizar a ideia de que todas as mulheres manifestariam naturalmente essa característica, mostrando que o amor materno é algo que se adquire, sendo denominado pela autora como “um amor conquistado”.

O panorama envolvido nesse episódio suscita um debate em torno da “vitimização” da mulher que vivencia a violência doméstica. Izumino e Santos (2008) destacam alguns trabalhos que vieram a se constituir como referências a esses estudos. Neste cenário é possível vislumbrar diferentes correntes teóricas. Uma delas, denominada “dominação masculina”, define violência contra as mulheres como expressão de dominação da mulher pelo homem, resultando na anulação da autonomia da mulher, concebida tanto como “vítima” quanto como “cúmplice” da dominação masculina. Por outro lado, outra corrente, nomeada de “relacional”, relativiza as noções de dominação masculina e vitimização feminina, concebendo violência como uma forma de comunicação e um jogo do qual a mulher não é “vítima” senão “cúmplice”.

A ideia de vitimização foi pouco problematizada pelos trabalhos iniciais dos anos 80 que objetivavam tornar visíveis as denúncias de violência por meio da identificação do perfil das queixas, das vítimas e dos agressores. Já nos anos 90, incentivados pela

---

<sup>38</sup> “Armar um barraco”, de acordo com os interlocutores é o mesmo que brigar, discutir fervorosamente, gritar. Homens e mulheres “armam barracos” em suas casas no território de Matinhos, protagonizando cenas de violência doméstica; Pacientes insatisfeitos/as com os serviços de saúde “armam barracos” no interior da Unidade; vizinhos “armam barracos” por quase qualquer coisa. Segundo o relato de algumas pessoas freqüentadoras da Unidade, alguns programas televisivos (como o Programa do Ratinho ou Big Brother Brasil) parecem fomentar e inspirar essa “formação de barracos” generalizada naquela comunidade.

observação empírica e pelas discussões teóricas que introduzem a categoria gênero nos estudos feministas no Brasil, novos estudos sobre violência contra as mulheres retomam e aprofundam o debate sobre vitimização. A maior parte dos trabalhos tem ainda por objeto as delegacias da mulher, que muitas vezes ainda não criminalizam os agressores. Assim, mesmo com novos estudos que passam a enfatizar o exercício da cidadania das mulheres e as possibilidades de acesso à justiça, diante da impunidade dos agressores, muitos optam por manter a ideia de vitimização, pela visibilidade que traz ao tema.

A opção por manter a expressão supracitada foi tomada com a ciência de se evitarem posições maniqueístas, que cristalizariam mulheres exclusivamente como vítimas e homens como algozes, mas ao mesmo tempo também ciente de que o agenciamento promovido pelas assimetrias de gênero, muitas vezes faz com que as mulheres não se sintam vítimas, mas o que é pior, sintam-se culpadas pelos atos de violência sofridos. E isso foi observado em nossa realidade:

*“Queixas? Na realidade elas não trazem as queixas... Elas se põem como as culpadas... o marido só me bateu porque eu não consegui fazer isso pra ele... porque o almoço dele não tava pronto na hora... porque eu me atrasei com isso... porque meu filho tava chorando e ele perdeu a paciência, e ia bater no meu filho... pra não bater nele, bateu em mim... algumas queixas assim... elas se colocam como culpadas por o marido estar agredindo... a grande maioria.” (Helga, enfermeira)*

Por outro lado, convém expor segundo análise de Marilena Chauí (1985), que a dualidade vítima/algoz e especificamente vítima/passiva e algoz/ativo não tem lugar. Para ela, realçar a vitimização implica não considerar que nas relações familiares, as mulheres, mesmo partilhando uma condição de subalternidade, agem, condenam, exigem e por vezes agridem. Qualificar esses gestos como mera reação ou reprodução poderia mais do que estimular transformações, mas manter a estrutura que faz operar a violência doméstica.

Soares (2002), citado por Izumino e Santos (2008), argumenta que a ideia de vitimização, elaborada pelas feministas nos anos 70 e 80, tornou-se uma "faca de dois gumes". De um lado, contribuiu para trazer visibilidade ao fenômeno da violência contra as mulheres. De outro lado, colocou a mulher numa "camisa-de-força", relegando-a a uma posição de passividade em relação ao controle dos homens. Preferindo a expressão "mulheres em situação de violência", Soares admite que, embora as mulheres não sejam "vítimas", a vitimização ainda se trata de um instrumento necessário para a sensibilização

dos agentes do Estado, os quais tendem a culpar as mulheres em situação de violência e não vêem a violência contra as mulheres como um crime. Diante dessa dificuldade, percebe-se a necessidade de prosseguir no debate sobre a vitimização, bem como no desenvolvimento de mais pesquisas sobre a formação profissional dos agentes do Estado que atendem mulheres em situação de violência. A par desses meandros, a expressão “mulheres **vítimas** de violência doméstica” foi adotada neste estudo.

O diálogo em torno da complexidade do tema deve ser feito com bastante cautela, pois dependendo dos argumentos utilizados, podem surgir algumas armadilhas. Por exemplo: ao utilizar-se a expressão “casais violentos”, poderia já se estar remetendo a culpa às mulheres e desculpando os homens? Ou então, ao falar-se em relações violentas, é negada a vitimização das mulheres? Enfim, se por um lado há uma calorosa discussão em torno da vitimização das mulheres, por outro, muitos estudos de violência de gênero nos evidenciam situações de extremo abuso vividas por diversas mulheres, que poderiam inclusive, levá-las à morte, como o caso citado anteriormente do pastor que empurrou a mulher escada abaixo. Muitos outros casos semelhantes findam com a morte das mulheres. Seriam então as mulheres – apenas – nesses casos as vítimas?

Nesse campo, uma questão emergente realçada por estudos de violência de gênero, especialmente nos países em desenvolvimento, que Segato (2004 e 2006) traz ao debate, é o “feminicídio”. Caputi e Russel em seu texto clássico “Femicide” (publicado inicialmente em 1990, republicado em 1992 e atualmente acessível na internet<sup>39</sup>) definem como feminicídio:

O feminicídio representa o extremo de um *continuum* de terror anti-feminino e inclui uma ampla variedade de abusos verbais e físicos, tais como estupro, tortura, escravidão sexual (particularmente por prostituição), abuso sexual infantil incestuoso ou extra-familiar, lesões físicas e emocionais, assédio sexual (por telefone, nas ruas, no trabalho e na aula), mutilação genital (clitoridectomias, excisões), cirurgias ginecológicas desnecessárias (histerectomias gratuitas), heterossexualidade forçada, esterilização forçada, maternidade forçada (pela criminalização da contracepção e do aborto), psicocirurgia, negação de comida para mulheres em algumas culturas, cirurgia plástica e outras mutilações em nome do embelezamento. Sempre que estas formas de terrorismo resultam em morte, elas se transformam em feminicídios (Caputi e Russel, 1992, p. 15).

---

<sup>39</sup>

Disponível no sítio da internet <http://www.dianarussell.com/femicide.html>

Segato (2006) destaca que esses crimes são categorizados como crimes de ódio, assim como o são os crimes racistas e homofóbicos, praticados respectivamente contra pessoas de cor/etnia ou orientação sexual estigmatizadas. Em outras palavras: mata-se simplesmente pelo fato de o/a indivíduo/a “ser negro/a”, “ser homossexual” ou “ser mulher”. Na teoria do feminicídio, o impulso de ódio com relação à mulher se explica como consequência de infrações femininas às leis masculinas: a norma do controle ou possessão sobre o corpo feminino e a superioridade masculina. Segundo estes princípios, que inspiram crimes contra as mulheres, o ódio se descortina quando a mulher exerce autonomia no uso de seu corpo, desacatando regras de fidelidade ou de celibato, enquadradas na categoria “crimes de honra” masculina, ou quando a mulher ascende a posições de autoridade ou poder econômico/político tradicionalmente ocupadas por homens, desafiando o delicado equilíbrio assimétrico. Destarte, os crimes de feminicídios são claramente crimes de poder, fazendo com que se perpetuem as representações assimétricas do poder.

Apesar de não haver relatos de feminicídio pelas/os profissionais de saúde na realidade analisada, esses apontamentos são muito importantes para se obter uma noção da complexidade que está envolvida em torno do estudo de questões de gênero. O debate das questões que vêm sendo elencadas neste capítulo é denso e tenso. Não é objetivo aqui esgotar esse rico diálogo, apenas mostrar um panorama de como a categoria foi (e continua sendo) alicerçada, destacando aspectos que contribuem com as reflexões a que este estudo se propõe. Grande parte das discussões em torno dessas questões de gênero está longe de estabelecer consensos entre pesquisadoras, pesquisadores e movimentos sociais. Na realidade, as tensões que existem entre as diferentes pessoas que estudam e/ou militam na área é de suma importância para o fortalecimento e amadurecimento conceitual do campo. Em outras palavras, as reflexões acerca de questões de gênero continuam nas estações que se sucedem. Desse modo, mais conscienciosos da significância de tais questões para compreensão da problemática envolvida neste estudo, prosseguiremos para o último, mas não menos importante capítulo da tese. Nas próximas páginas será dado mais relevo aos modos com que se operam as relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica.

## 5. PRIMAVERA: ABORDAGENS DE CUIDADO EM SAÚDE

Ao longo da primavera, os/as turistas e veranistas, sempre em busca de sol e temperatura agradável, começam sorrateiramente a reaparecer no litoral. Os feriados de primavera, nos meses de setembro, outubro e novembro costumam ser chamados de “pré-temporada” ou “aquecimento para temporada” pelos habitantes locais. É uma espécie de termômetro para os/as moradores/as e comerciantes locais, anunciando se a temporada de verão será ou não movimentada. Nessa fase inicia-se também o período de reformas. Por todos os lados ouve-se o som de martelos, serras, lava-jatos e betoneiras, maquinando a todo vapor. Todos querem deixar casas, comércios, prédios, ruas, calçadas e jardins, tudo magnífico para a temporada de verão. Muitas/os profissionais são requisitadas/os nesse período e vai se tornando mais difícil encontrar agenda com carpinteiros/as, jardineiros/as ou marceneiros/as quanto mais se aproxima o verão. Novas vagas vão surgindo e os habitantes que estavam sem emprego, vão aos poucos se reinserindo no mundo do trabalho.

Essa atmosfera de empolgação também chega aos domínios da Unidade de Saúde do Tabuleiro. Diversas/os profissionais começam a planejar suas férias e passeios de final de ano. Outras/os aproveitam para planejar os “bicos<sup>40</sup>” que irão fazer durante a temporada, após o horário de expediente ou durante os dias de recesso, para angariar dinheiro extra. É um clima contagiante que traz esperança e perspectiva de novas possibilidades.

E é nesse cenário de primavera, de renascença pós-hibernação, cheio de esperança, otimismo e expectativa com o futuro, que abrolha este capítulo. Aqui ganharão relevo os modos como profissionais de saúde interagem com mulheres em situação de violência doméstica. Serão exploradas com mais detalhes algumas das nuances que essa arena nos traz. Da mesma maneira como o vento sul, que muitas vezes turbulenta a água do mar e desafia os pescadores, muitos desafios são encontrados nesse complexo panorama, permeado por incertezas, disputas e abordagens muitas vezes cristalizadas. Por outro lado, da mesma forma que o sol da primavera traz a esperança de novas possibilidades para o litoral, outros horizontes também se desvendam no estabelecimento dessa delicada relação. Nesta seção são realçadas propostas teóricas, políticas públicas

---

<sup>40</sup> “Bicos” é a expressão utilizada pelos matinhenses para denominar pequenos serviços ocasionais, conhecida em São Paulo como “biscates”. Tanto profissionais de saúde quanto pacientes aproveitam a temporada de verão para realizar esses trabalhos.

emergentes e experiências que insurgem do campo, cotejadas pela literatura, trazendo talvez, novas luzes ao debate.

Este capítulo se organiza em três diferentes seções. A primeira é dedicada a sondar as particularidades dos encontros e desencontros entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, tendo como escopo o âmbito da atenção primária a saúde, e mais especificamente, a realidade da Unidade de Saúde do Tabuleiro. A segunda parte se interconecta com a primeira, constando em aprofundar o debate em torno de abordagens de cuidado à saúde, tangenciando com a realidade observada. Enquanto na primeira seção são realçados alguns aspectos da biomedicina, como a ênfase nos aportes biologizantes e visão fragmentadora, na segunda seção merece holofotes a proposta de acolhimento em saúde. Limites e potencialidades envolvidos nessas duas propostas serão trazidos à tona, evidenciando de que maneira reverberam nas relações entre profissionais de saúde e mulheres convivendo com violência doméstica. Já a última parte é dedicada à breve exposição de outra realidade, oriunda de “uma primavera do outro lado do mundo”. Nessa seção será apresentado um breve retrato da realidade australiana de abordagem da violência doméstica contra mulheres nos serviços de saúde, fruto do período de estudos do estágio-sanduíche no exterior. Acredito que outros modos de pensar e agir podem oxigenar o debate, e quem sabe, contribuir no florescimento de diferentes ideias nas primaveras daqui.

### **5.1 Atendimentos em saúde: quando o que é mais significativo, não é visto**

Partindo do pressuposto de que a violência doméstica que acomete mulheres é compreendida como uma modalidade de violência de gênero, que traz consequências à saúde e ao bem-estar das mulheres, será direcionado o foco nesta seção para investigar como se dão as interações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica na rede de atenção primária à saúde de Matinhos. Para entender essa dinâmica, é importante compreender, de acordo com os discursos das/os profissionais, o que motiva as mulheres em situação de violência a (não) procurar os serviços de saúde. Quais os principais locais de aporte das mulheres no sistema? Como são recebidas, atendidas? São acolhidas? São encaminhadas? Para onde, ou para quem? O/A profissional de saúde sente-se preparado/a para atender essa demanda? Esses questionamentos, entre outros, contribuiram para definir o desenho deste texto.

Para avançar nessa direção é imperioso entender algumas das circunstâncias que, de acordo com as/os profissionais, levam as mulheres vítimas de violência doméstica a buscarem (ou não) os serviços de saúde na realidade em foco. Esse fato é bastante complexo e certamente não seria possível elencar todos os pormenores. Trata-se, sobretudo de ter em mente que isso pode ser afetado por um conjunto de razões tanto de origens mais pragmáticas, tais como (falta de) estrutura do sistema de saúde para receber tais mulheres, quanto por questões mais subjetivas, como particularidades de cada mulher, tais como seus relacionamentos e seu contexto social, entre outros. Um exemplo concernente a esses aspectos é o fato mencionado anteriormente de que maridos não gostam e não permitem que esposas procurem os serviços de saúde, ou tenham que tomar anticoncepcionais escondidas, conforme relatado por profissionais. Grande parte dessas mulheres não procura os serviços de saúde, entre outros fatores, por sentimentos como medo e vergonha, fato difundido na literatura por Souza e Ros (2006); Schraiber e D'Oliveira (2008) e Deeke *et al.* (2009) e também evidenciado nos discursos de muitas/os profissionais na realidade de Matinhos.

Com relação aos casos de mulheres vítimas de violência doméstica que são materializados no sistema de saúde, essencialmente é possível agrupá-los em duas distintas “situações de violência doméstica”: as “circunstâncias agudas” (ou emergentes) e as “conjunturas crônicas” (ou recorrentes). Primeiramente serão abordadas as “circunstâncias agudas de violência doméstica”. Estas dizem respeito a ocorrências recentes de violência doméstica, que logo em seguida surgem no sistema de saúde ou até mesmo situações de violência doméstica que ocorrem durante os atendimentos à saúde, em visitas domiciliares, por exemplo. Nesses casos, os agravos à saúde das mulheres são consequentes de atos violentos recém-cometidos, ou seja, em estado latente, agudo. Geralmente estão associadas à violência física e/ou sexual que inscrevem lesões nos corpos das mulheres. Embora as injúrias não se restrinjam apenas ao plano físico, atingindo também os aspectos psicológico e social das mulheres, estas últimas não são as queixas principais que as levam aos serviços de saúde. As mulheres se dirigem com frequência aos serviços em decorrência de traumas agudos, com sinais físicos muitas vezes visíveis. Em consequência dessa condição aguda de violência, tais mulheres buscam com frequência atendimento em unidades de emergência, como em prontos-socorros, unidades de pronto-atendimento e/ou hospitais, portanto fora dos domínios da atenção primária. Em Matinhos essa lógica também predomina, pois dificilmente situações agudas de violência doméstica aportam na Unidade Básica de

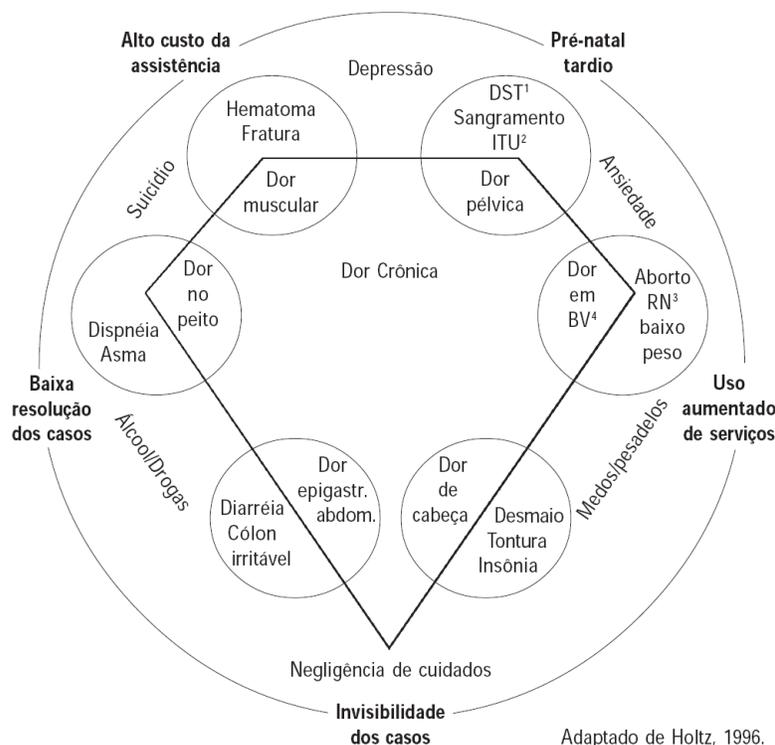
Saúde. Entretanto, na atenção primária, tais situações podem estar mais próximas das/os profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família, uma vez que adentram no espaço doméstico das mulheres, arena em que a violência doméstica encontra palco. Tal fato foi narrado por uma das profissionais, e será detalhado adiante.

Já as condições crônicas de violência doméstica dizem respeito aos agravos que as mulheres desenvolvem em decorrência da violência doméstica repetida, recorrente e ressonante em suas vidas. Essas mulheres buscam os serviços de saúde de maneira bastante frequente. Na grande maioria das vezes, não se queixam de sua condição, como vítimas de violência doméstica. Aludem a outras queixas, que são em grande parte, direta ou indiretamente relacionadas e/ou consequentes dos atos violentos, conforme descrito no capítulo 3, segundo a trajetória de Dona Marlene, que sente dores nas costas há muito tempo e relatou aos profissionais ter caído, quando na verdade as lesões eram decorrentes de atos violentos repetidos praticados por seu marido. Tais mulheres aportam no sistema de saúde, corriqueiramente no âmbito da atenção primária em Unidades Básicas de Saúde e/ou são visitadas por Equipes de Saúde da Família. Na maioria das vezes, não comentam sobre sua condição, por diferentes razões (como medo, vergonha, culpa, entre outras tantas), tendo então, o/a profissional de saúde a responsabilidade de investigar, identificar situações de risco e vulnerabilidade, acolher, notificar e encaminhar os casos encontrados.

As mulheres vítimas de violência doméstica possuem características bastante peculiares. Schraiber *et al.* (2005) comentam sobre o perfil e características das mulheres que sofrem rotineiramente de violência doméstica. As representações da violência doméstica na saúde das mulheres apresentam-se sob a forma de múltiplas queixas, dores de imprecisa localização no corpo ou que não possuem correspondência com patologias conhecidas. Dores, portanto, “sem nomes”. Podem parecer “queixas muito vagas” ou difusas e, por essa razão, fadadas ao insucesso assistencial. Tais mulheres usam de modo mais intenso os serviços de saúde, sendo uma clientela expressiva. Sabe-se que os episódios de violência são repetitivos e progressivamente mais graves, tendendo à cronicidade e caracterizando-se por crescente periculosidade. Deve também ser mencionada a saúde mental, campo em que é comum a associação com ideias e tentativas de suicídio. Além disso, sintomas como depressão, ansiedade, insônia, pesadelos ou outros distúrbios do sono, bem como medos e pânico, também estão comumente presentes nessas mulheres. As autoras ainda mencionam a respeito da área de saúde mental, sobre uma escala de transtornos que especialistas chamam de

“transtornos mentais comuns”, e que mulheres que sofrem violência doméstica apresentam sempre alta soma de transtornos, indicando a presença de quadros de sofrimento mental, que requerem intervenção de profissionais da saúde. Nesse contexto, foi descrita a “síndrome da mulher espancada” ou “*battering syndrome*”<sup>41</sup> (McCauley *et al.*, 1995), na qual a violência é seguida por aumento de sintomas clínicos em geral e problemas emocionais, com sofrimento mental duradouro.

A Figura 4 tenta representar um pouco desse panorama de repercussões da violência doméstica na saúde da mulher. A gravidade do problema é tamanha, que estudos mostram ainda ser este o principal fator para visitas de mulheres às/aos médicas/os, e ainda, quanto mais crônica a situação de violência, mais se acentuam os problemas de saúde física e mental da mulher (Ruiz-Pérez *et al.*, 2007)



1. Doenças sexualmente transmissíveis.
2. Infecção do trato urinário.
3. Recém-nascido.
4. Baixo ventre.

Figura 4: Repercussões na saúde associadas à violência doméstica contra mulher (Holtz, 1996, adaptada por Schraiber e D’Oliveira, 2002).

<sup>41</sup> *Battering Syndrome* (que poderia ser traduzida para o português como “Síndrome da Espancada”) é uma condição descrita originalmente por McCauley *et al.* (1995), a qual diversos sinais e sintomas físicos e psicológicos aparecem em mulheres vítimas de violência doméstica. Para mais detalhes ler o trabalho dos referidos autores: *The “Battering Syndrome”: Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices.*

O quadro acima, assim como a “*Battering Syndrome*”, é fundamentado em elementos da biomedicina que preconizam identificar sinais e sintomas, medicalizando a situação e tratando os agravos com tratamentos medicamentosos, curativos, cirurgias, etc. Devo confessar que a primeira vez que tive contato com essa figura, em 2007, isso foi para mim um *insight*. No momento em que vi esse conjunto de aspectos que podem estar envolvidos em mulheres vivendo com violência doméstica, lembrei-me de uma mulher que atendi há oito anos na Fisioterapia, na época em que ainda morava em Santa Catarina. Lembro exatamente de seu rosto e da angústia que ela vivia. Entretanto ela nunca verbalizou sua condição. Agora, juntando diferentes peças de um quebra-cabeça, pude perceber que ela na época tentava me sinalizar, mas eu não entendia a mensagem. Não tinha sido “tocado” para essa questão. Ela apresentava um quadro bastante semelhante a esse acima e sempre dizia que seu marido era “ruim” com ela. Coincidentemente também atendia no Programa de Saúde da Família a mãe dela, Dona Edeltraud, que já era bem idosa. O marido de Dona Edeltraud era extremamente ciumento e não queria deixar que eu a atendesse, porque eu era homem. Era uma família de origem germânica, que praticamente não falava português. A casa deles sempre permanecia toda fechada e por vezes, nas visitas domiciliares, quando eu chamava, ele vinha atender e dizia que ela não estava, mas eu via o rosto dela, espiando por detrás da cortina, como que pedindo socorro! E aquela mulher precisava muito de tratamento fisioterapêutico, estava extremamente debilitada. Ela era deficiente visual grave, praticamente cega. Por não ter tratado tal deficiência visual ao longo de décadas, desenvolveu uma postura totalmente recurvada (hipercifótica). Não conseguia estender o pescoço e olhar para frente. De tão encurvada, olhava apenas para o chão. E isso associado ao problema sério de visão não-tratado, só acentuava seu problema postural, pois ela não tinha estímulo visual para “olhar adiante”. Como consequência de sua postura hipercifótica, que deixava seus ombros caídos para frente e seu peito esmagado, ela não tinha uma respiração eficiente. Não tinha força nos músculos respiratórios para tossir e vivia desenvolvendo pneumonias por acúmulo de secreções no pulmão. E possivelmente esse quadro era decorrente de negligência e de falta de cuidados: se ela não enxergasse e não olhasse pra frente, não “veria outros homens”. Curiosamente, algum tempo depois que parei de atender Dona Edeltraud, a filha revelou que seu pai agredia fisicamente a mãe, além de praticar toda essa violência psicológica. Entretanto, a filha nunca me revelou sua própria condição. Mas

depois que vi esse quadro, deduzi ser praticamente certo que dizia respeito a ela também. É muito evidente!

Talvez esse caso tenha sido um dos motivos decisivos para seguir estudando essa temática e desenhar essa tese de doutorado. Parafraseando Bondía (2002), foi o que “me passou”... o que “me tocou”. E assim como o quadro acima serviu de *insight* para mim, optei por explorá-lo também durante a pesquisa de campo com as/os profissionais de saúde da Unidade. O diagrama era mostrado por mim às/aos profissionais de saúde, inicialmente sem explicitar que era relativo às mulheres vítimas de violência doméstica. Eles e elas examinavam a figura e na sequência eu indagava se esse perfil era comum nas mulheres rotineiramente atendidas naquela Unidade. As respostas foram bastante reveladoras:

*“Olhando isso eu me lembrei da minha vizinha. Uma senhora já bem de idade... Mas ela é daquele tipo: eu casei e agora tenho que aguentar. Ele não bate nela, mas ele trata ela muito mal. (...) Ela já fez oitenta anos. Daí ela fez uma cirurgia de períneo e não pode fazer esforço. E eles têm um filho deficiente. Quando ela teve alta do hospital ele pegou e saiu pra passear. Ficou mais de uma semana fora. Ela teve que dar banho no rapaz, trocar as fraldas, teve que dar comida... nem água ele não toma sozinho. E ela tem dor e mais dor. E agora que eu vi tudo isso eu lembrei dela” (Solange, ACS)*

Essa fala chama atenção para alguns aspectos significativos decorrentes de relações marcadas por assimetria de gêneros, que já vêm sendo discutidos desde o capítulo que versa sobre estudos de gênero. A fala de Solange reflete o que muitas mulheres da Unidade pensam, especialmente as mais idosas e aquelas que seguem mais fervorosamente preceitos religiosos cristãos. Para essas mulheres, não há alternativa após o casamento, senão “cumprir seu papel de esposa”, tradicionalmente imposto pela sociedade e cada vez mais problematizado pelos estudos de gênero. Ainda em relação à figura, o fisioterapeuta Márcio comenta:

*“Com certeza conheço muitas mulheres assim aqui! [relata incisivamente] (...) Pessoalmente não saberia se tem associação com o problema, mas muitas relatam dores... dores pélvicas, dores de cabeça, dores musculares também. Hematoma, fratura também, mais relacionadas a acidentes, né. Depressão e ansiedade você vê bastante, isso é bem comum. Álcool e drogas também.” (Márcio, fisioterapeuta).*

Márcio é um rapaz de 27 anos, bastante calmo e atencioso. Costuma ouvir seus/suas pacientes durante o tempo que for necessário, e sempre trata todas as pessoas com muito respeito e serenidade. Ele relata que o quadro exibido é bastante comum na região, fato compartilhado por outros profissionais também:

*“Ah, depressão... isso é [suspiro]... demais! Quando tem hematoma, fratura, elas vão pro hospital. Ai o que dizem? Eu cá... (...). Elas não têm ânimo pra vida. Não tem vontade de fazer nada... (...) Quando elas [as mulheres vítimas] dizem: é porque eu tenho dores de cabeça tal horário, tal horário”. Aí a gente que começa a se alertar, por que essa dor de cabeça? Então a gente começa por filhos, por mãe... e começava assim: era a dor de cabeça, sentia que o peito doía, ou que tava trancando as costas e não tinha pressão alta. Não era hipertensa. Então, era uma das maiores falas... era essa... dor de cabeça, enxaqueca... né, que dói... tudo. Então mais tarde, normalmente descobria que era... que... ela sofria uma violência doméstica e desenvolvia essa doença mesmo. Praticamente a maior coisa que se falava, era dor de cabeça. Não tinha outra causa. Não era hipertensa... era normal. Então não tinha outra causa, e sempre com aquela reclamação. Esse quadro é muito frequente ali.” (Sônia, ACS)*

A fala de Sônia além de explicitar essas dores invisíveis e difusas comentadas por Schraiber *et al.* (2005), reitera a hipótese de que quando tais mulheres estão vivenciando situações agudas de violência física, elas procuram mais os ambientes hospitalares e de pronto atendimento do que os serviços de atenção primária à saúde. Relatam que sofrem acidentes, como evidenciam Sônia e o fisioterapeuta Márcio, escondendo a verdadeira causa do problema. O fato da ACS permanecer atenta aos sinais que as vítimas costumam acenar também merece realce. Assim como no caso das mulheres que atendi em Santa Catarina, as mulheres aqui tentam se comunicar por meio de códigos e mensagens subliminares. Seria significativo que profissionais de saúde estivessem atentos/as a essas mensagens? Qual a importância de aprender a decodificar e interpretar tais códigos? Curioso também o relato de Mônica, que gostaria de poder dispor do quadro durante suas visitas domiciliares para ajudá-la a identificar possíveis vítimas de violência doméstica:

*“... É eu lembro de um caso de uma mulher aí. Que vive com dor, vive tonta. De tanta porrada né. Aham... é verdade... (...) E tem aquela do marido alcoólatra. Que ela é bem tristonha, não tem vontade das coisas, sempre tem dor. Às vezes o marido bate, e ela nunca me contou né... É bom a gente ter uns quadrinhos desse. Você sabia que é bom? Porque é um apoio que a gente tem. Você pode olhar e já diagnosticar alguma coisa né... Já é alguma coisa para ajudar né. (Mônica, ACS).*

Mônica sempre ressalta em suas falas um desejo de ajudar as pessoas sob seus cuidados, incluindo-se aí as mulheres vivendo situações de violência doméstica. Frente a esse cenário, questiona-se se o/a profissional de saúde sente-se preparado para “ajudar”, ou apto a identificar e atender mulheres vítimas de violência doméstica. Segundo Alpert (1995), as/os profissionais da saúde têm função essencial na prevenção primária, identificação e intervenção precoce em casos de violência doméstica. Porém, isso não parece acontecer sistematicamente na realidade analisada, conforme relata uma ACS:

*“A mulher [vítima de violência] sempre tá com algum problema. E a gente não consegue descobrir. Vai lá no médico e faz exame, vai no posto pede exame, encaminha pra cá, encaminha pra lá e... não descobrem. Com o tempo, a gente [ACS] que está freqüentando [as casas das mulheres], a gente descobre que ela tem problemas na família... de violência, né! E isso acarreta doenças pra ela...E o profissional, eu via que não tinha a capacidade de atender aquela necessidade da mulher. Nem com informações... Mas aonde procurar os seus direitos aqui? (Sonia, ACS)*

Aqui fica evidente que as ACS por frequentarem as casas e terem uma relação mais próxima com as mulheres, acabam percebendo a violência doméstica, mesmo sem o relato verbal das mulheres. Percebem também as repercussões que a violência causa na saúde de tais mulheres. Já outros/as profissionais, especialmente médicos/as, se atrelam a exames diagnósticos, que trazem dados inconclusivos, categorizam os achados como “queixas difusas” e acabam por não detectar o problema. Diversos autores (Warshaw, 1998; Freund *et al.*, 1996; Warshaw e Alpert, 1999; Cavalcanti, 1999; Zink, 2004; Herrera e Agoff, 2006) relatam que profissionais de saúde têm muita dificuldade em lidar com a questão. A violência doméstica é um problema social complexo, não sendo passível na área da saúde, apenas a sua abordagem seguindo esses elementos da biomedicina que preconizam o tratamento médico-centrado, exames laboratoriais e o extermínio de lesões e dores (causadas pela violência). Para Warshaw (1998), profissionais de saúde devem extrapolar este modelo assistencial tradicional, agregando fatores como sensibilidade pessoal e comprometimento social, tornando-se corresponsáveis, junto com as mulheres, na identificação e minimização da violência doméstica.

Muitos estudos têm evidenciado que profissionais da saúde não recebem capacitação adequada para lidar com essa questão durante sua formação acadêmica (Alpert, 1995; Warshaw, 1998; Marques, 2007; Cohen *et al.*, 1997). O mesmo aconteceu com os/as profissionais de saúde da realidade de Matinhos que, com exceção de uma enfermeira, expuseram não ter recebido sensibilização sobre o cuidado em saúde de

mulheres vítimas de violência doméstica durante suas formações. Quando pergunto para a fisioterapeuta Carminha, se durante sua graduação os temas mais complexos, foram abordados em sua formação, ela responde:

- *“Sim, UTI, centro cirúrgico...”* [pergunto então sobre temas como a violência doméstica contra mulheres]. - *A questão social não, nunca foi. Tive que aprender a duras penas, na prática.*” (Carminha, fisioterapeuta).

Um ponto instigante a ser explorado fruto da fala da fisioterapeuta é a respeito da formação das/os profissionais de saúde para situações que demandam tal “complexidade”, como é o caso da violência doméstica. Para a profissional, uma situação complexa seria trabalhar numa UTI (Unidade de Terapia Intensiva) ou num centro cirúrgico. Mas qual o grau de complexidade que uma situação de violência doméstica contra mulher evoca para um atendimento em saúde? De que maneira componentes da biomedicina podem agenciar o imaginário de profissionais a respeito de situações de complexidade, imputando o desejo de medicalizar e “tecnologizar”? Atualmente, alguns preceitos do modelo em vigência delineiam nas carreiras das profissões da área da saúde, o termo “níveis de complexidade”, arrogando-lhe uma associação íntima (e talvez equivocada) com a utilização de recursos tecnológicos. Seguindo essa visão, quanto mais recursos tecnológicos envolvidos, maior seria o nível de complexidade. Assim, iluminado por ideias de Merhy (2002), o campo das relações que se estabelecem entre pessoas, proposta como sendo uma “tecnologia leve” é associado a um nível de baixa complexidade e tipicamente associado ao ambiente da atenção primária a saúde (unidades de saúde e estratégia de saúde da família). O domínio dos conhecimentos técnicos e científicos é proposto como uma “tecnologia leve-dura”, sendo caracterizado como de média complexidade, e associado aos ambientes clínico e ambulatorial. Já a utilização de recursos tecnológicos de última geração, chamadas “tecnologias duras” são engendradas como alta complexidade e coligadas à ambientes hospitalares e/ou unidades de terapia intensiva. Assim, quanto mais sofisticados os aparelhos e máquinas utilizados nas abordagens em saúde, e quanto mais centrada as abordagens nesses dispositivos, maior seria o “nível de complexidade”. Entretanto, tais classificações devem ser problematizadas, especialmente frente ao enredo ilustrado anteriormente. Por não utilizar tecnologias duras, nem ter como arena uma unidade estéril de tratamento intensivo cheia de equipamentos eletrônicos, mereceriam situações enfrentadas pelos profissionais de atenção primária à saúde serem categorizadas como uma conjuntura de

baixa complexidade? O que pode ser mais complexo e desafiador para um/a profissional de saúde: programar e operar equipamentos em um centro hospitalar ou lidar com relações humanas conflituosas? E ademais: as escolas e universidades que formam profissionais de saúde têm concentrado seus esforços em quais faces dessa chamada “complexidade”?

Alguns estudos, como o de Ednilsa Ramos de Souza *et al.* (2008), foram desenvolvidos para verificar se o tema violência intrafamiliar (que envolve a violência contra mulheres, contra crianças, contra idosos, entre outros, que compõem um núcleo familiar) é inserido em currículos das graduações da área da saúde. Neste estudo, que analisou o conteúdo programático de cursos de enfermagem e medicina de universidades da cidade do Rio de Janeiro e de Cuiabá, constatou-se que poucas disciplinas abordam o tema, e muitas vezes essa abordagem ainda não é feita de maneira explícita. A pesquisa ainda revela que, enquanto para os cursos de enfermagem o tema é mais abordado sob o ponto de vista psicossocial e da promoção da saúde, na medicina ele o é sob uma visão biomédica vinculada ao trauma físico. Esse fato também foi observado aqui, no caso da mulher do pastor que foi lançada escada abaixo: enquanto o neurologista não encontrava lesões neurológicas e dizia que o problema era coisa da mulher, a enfermeira buscava se solidarizar com ela e encontrar maneiras de resolver o problema, envolvendo inclusive outras categorias profissionais. Esse panorama também pode instigar diversas outras reflexões, tais como: de que maneira o tema é abordado em outras profissões da área da saúde, já que se está propondo uma abordagem interdisciplinar para o problema? E em relação às outras profissões fora do campo da saúde? Como é abordado na área de ciências humanas? E nas ciências jurídicas? E nas licenciaturas? Quais as arestas e intersecções entre essas áreas na abordagem do tema? Quão longe ou próximo estamos de propostas realmente interdisciplinares na condução dessa problemática? Muito embora esta tese não objetiva responder questões tão complexas, é mister ressaltar que tais questionamentos surgiram no decorrer da pesquisa.

A interação profissional-paciente pode, por vezes, tender mais a obscurecer do que elucidar conhecimentos acerca dos casos de violência doméstica contra mulheres. Em um estudo desenvolvido por Carole Warshaw (1989), com base na análise de prontuários de mulheres vítimas de violência doméstica, na maioria dos casos as mulheres deram fortes pistas de que estavam em risco de abuso, e essas pistas foram registradas, mas raramente exploradas. Os encaminhamentos dos médicos foram mais no sentido de receitar medicamentos (68%) quando sinais de abuso estavam presentes.

Em mais de 90% dos casos, os médicos falharam em obter um histórico psicossocial, falharam em perguntar sobre abuso sexual ou sobre um histórico de violência física, e negligenciaram endereçar a segurança da mulher. O estudo evidenciou que médicos/as não abrem possibilidades para a mulher vítima discutir quais devem ter sido suas razões mais importantes para estar procurando os serviços de saúde. Escolhem medicá-la, dirigindo-se apenas aos sintomas físicos, reforçando sentimentos como falta de ajuda, isolamento, futilidade em não ser vista ou respondida por aquilo que a mulher deve estar sentindo. O mesmo estudo também destacou que enfermeiras reportam os casos a polícia, satisfazendo suas obrigações legais; e médicos prescrevem medicamentos para dor, satisfazendo suas obrigações “médicas”.

Com base nesse estudo, cabem alguns comentários a respeito de alguns elementos da biomedicina e da medicalização social que influenciam os modos de atuação em saúde e de estabelecimento de relações entre profissionais e pacientes. A medicalização dos corpos vem há muito tempo guiando o foco de atendimento das mulheres e das pessoas em geral. A medicalização social é um processo sócio-cultural complexo que vai transformando em necessidades médicas as vivências, os sofrimentos e as dores que eram administrados de outras maneiras, no próprio ambiente familiar e comunitário, e que envolviam interpretações e modos de cuidado autóctones. A medicalização acentua a realização de procedimentos profissionalizados, diagnósticos e terapêuticos, desnecessários e muitas vezes prejudiciais às pessoas. Evoca uma redução da perspectiva terapêutica com desvalorização dos modos de vida e de fatores subjetivos e sociais. Nessa direção, alguns componentes da biomedicina moderna vêm valendo-se de recursos tecnológicos cada vez mais sofisticados para engendrar seres humanos saudáveis e esteticamente manipulados. De acordo com essa perspectiva, qualquer objeto, órgão, ser ou pessoa pode ser pensado em termos de montagem e desmontagem. As pessoas, tanto quanto qualquer componente mecânico, poderiam ser localizadas numa arquitetura sistêmica cuja operação é probabilística e estatística.

Foucault (2003) propõe que a biomedicina, não como um todo, mas ao menos partes da biomedicina, tendem a separar a doença do doente nas chamadas especializações da doença. Ao se organizar em torno de uma teoria das doenças e da anatomoclínica, o saber se abre para uma medicalização dos espaços. Seguindo essa perspectiva, o imaginário biomédico dominante apresenta algumas características marcantes, centrais ao chamado paradigma biomecânico ou flexneriano: visão do corpo humano como máquina; visão das doenças como coisas concretas, que não variam em

peças e lugares, e que surgem como defeitos das peças dessa máquina, de natureza material. As lesões materiais ou germes são as causas últimas das doenças e demandam exames que vasculham o interior do corpo para diagnóstico. O tratamento é hospitalocêntrico, centrado preferencialmente em medicamentos quimicamente purificados e cirurgias. O relacionamento tende a ser autoritário com os doentes, que devem se submeter às/aos profissionais e aprender delas/es o saber científico, único verdadeiro para cumprimento eficaz do tratamento e prevenção. A ação profissional nesse ambiente tende a transformar toda queixa em síndrome (como a “síndrome da mulher espancada”, supracitada), “transtorno” ou doença de caráter biológico, desligando-a da vida vivida pelo doente, considerando-a realidade distinta e independente. Assim, na interpretação e na intervenção dessa linha da biomedicina, existe uma clara tendência medicalizante.

É importante ressaltar, conforme propõe Tesser *et al.* (2010), que apesar da ênfase na profissão médica, a medicalização não se restringe apenas à medicina, mas ao processo presente em todas as profissões da área da saúde de categorizar sofrimentos e sintomas em diagnósticos, oferecer explicações naturalizadas e terapias reduzidas ante a complexidade dos problemas.

Em estudo realizado por Kiss e Schraiber (2008) investigou-se a percepção de profissionais de saúde do município de São Paulo quanto à existência de casos de violência doméstica contra mulheres, bem como ofertas assistenciais ou seus obstáculos e representações destes sobre a violência. Foram entrevistadas/os profissionais das seguintes categorias: médicos/as, gerentes, enfermeiros/as, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários/as de saúde. Analisando seus discursos, as autoras apontam que, embora para tais trabalhadoras/es a violência doméstica seja um problema relevante, ela se encontra fora de seus escopos profissionais. Medos e impotência profissional foram mencionados como obstáculos ao enfrentamento da questão. As/Os profissionais mostraram pouco conhecimento de serviços especializados de referência. Muitos/as ainda apontaram a incompatibilidade entre ofertas de serviços e demanda das mulheres, bem como o perfil delas (precárias condições sócio-econômicas e culturais); perdas de motivação profissional; limites para atuação profissional e também em não reconhecer tal situação como pertinente à assistência. Ou seja, não é identificada por eles/as como particular ao seu trabalho. A assistência prestada nas unidades se resume apenas ao tratamento de sintomas e lesões, sendo a causa do problema negligenciada, ocasionando a persistência de danos físicos, psicológicos e sociais e a busca reiterada dos serviços.

Para as autoras, a natureza de objeto médico-social não encontrou identificação na racionalidade biomédica e hegemônica nas profissões da saúde. Tal estudo só vem a reafirmar a hipótese de invisibilidade da violência contra mulheres na assistência à saúde.

Tal panorama também se fez presente na realidade de Matinhos, embora em menor escala. Apesar de grande parte das/dos profissionais considerarem a violência doméstica como um problema pertinente à sua atuação/intervenção profissional, algumas falas vêm de encontro ao que Kiss e Schraiber (2008) expõem:

*“O agressor em função do lado psicológico você tem que dar um jeito no cara... ou na cara dele... está certo? E no agredido, talvez um médico, um curativo, um medicamento, neste aspecto. Mas nunca... jamais você extrapolar essa atividade... de entrar na intimidade da relação. Se o marido que dá porrada na tua paciente, na tua cliente digamos assim, você não vai chegar e dizer: puxa, coitadinha da senhora... ou pô cara, mas você é mal hein, cara! Jamais! Eu digo, na implicação de um agente comunitário. Se precisar de um medicamento, uma atadura... e tal... tudo bem... Agora isso daí já é um caso de polícia.”* (Giancarlo, ACS)

Para esse agente comunitário de saúde, que resume o cuidado em saúde de mulheres vítimas à aplicação de medicamentos e realização de curativos, são notórias as abordagens de atendimento à saúde pautadas em abordagens biologizantes. Tal abordagem tende a tratar as pessoas como máquinas, em que peças defeituosas seriam consertadas ou substituídas, analisando-se apenas as injúrias, cortes, hematomas, que podem ser dissecados, medicalizados e tratados com remédios e curativos. Ele ainda propõe que nunca seja extrapolada essa dimensão, no caso de sua atuação como ACS. Seu discurso se opõe ao que muitas ACS vinham comentando até então, e converge com a opinião de uma das enfermeiras da Unidade, a Betina:

*“Acho que quem deve intervir seria mais com a ação social, né? É função da assistente social. A gente entra junto, lógico. Pra verificar quando tem maus-tratos. Mas acho que a intervenção, assim... a primeira seria da assistente social. (...) ... porque é a função delas... (...) Porque nós estamos mais voltados para a saúde, né?”* (Betina, enfermeira)

Betina é a enfermeira chefe da Unidade. É bastante séria, de poucas palavras e muito pragmática. A fala da enfermeira reflete um pouco do que as autoras Kiss e Schraiber (2008) vinham abordando acima. Grande parte das/os profissionais de saúde não considera a violência doméstica como uma condição que mereça sua atenção e/ou

intervenção nos serviços de saúde. Quando verbaliza que está mais voltada para a saúde, a que tipo de saúde a enfermeira se refere?

A centralidade nessa linha de pensamento também demonstra sua pujança na questão referente ao pensamento das corporações, que predomina na área da saúde e segmenta o cuidado por especialidades, numa abordagem fragmentadora, ficando as necessidades da mulher num segundo plano. Em outras palavras, de acordo com essa linha, a enfermeira teria a atribuição de fazer os curativos e tratar os hematomas. A assistente social (somente ela) se encarregaria de cuidar das causas e conseqüências da violência doméstica para a vida da mulher. E assim por diante, sem que nenhum/a profissional “invada” o campo de atuação do/a outro/a. Esse debate é extenso e intenso e não se configura no foco deste estudo. A atenção maior consiste em endereçar se realmente as necessidades das mulheres são atendidas. As expectativas das mulheres são levadas em consideração? Ou apenas são feitos curativos e encaminhamentos a outros/as profissionais, sem considerar o que querem as mulheres? Enfim, que características podem traduzir-se em abordagens que atendam efetivamente as necessidades dessas mulheres?

Para Nadia Covolan (2005), após os anos noventa, com a instalação da Medicina Baseada em Evidências, os aportes biologizantes foram sendo radicalizados em vários campos da área da saúde, tais como a saúde das mulheres. Porém, para a autora, é a partir desta data também, que novas vozes e atores sociais, tais como pessoas ligadas aos movimentos feministas, estudiosas e estudiosos de gênero, constituem críticas fecundas à abordagem exclusivamente biológica, produzindo novos aportes epistemológicos sobre a questão.

Uma pesquisa desenvolvida por Eleonora Menicucci de Oliveira *et al.* (2005), assinala alguns aspectos relacionados ao acolhimento<sup>42</sup>, resolutividade, responsabilidade sanitária e acesso no atendimento em saúde em locais de referência que atendem casos de mulheres que sofreram violência sexual, no município de São Paulo. Os dados revelam que nestes locais a maioria das mulheres estabelece um bom vínculo com a equipe de saúde, revelando qualidade no cuidado, bem como resolutividade de qualidade com equipe multiprofissional. Situações semelhantes parecem não ocorrer nos demais serviços que as mulheres buscaram atendimento, particularmente nas delegacias. Outros aspectos encontrados foram: falta de acesso por falta de informação da existência desses

---

<sup>42</sup> Oliveira *et al.* (2005) aponta o termo acolhimento (neste caso, para mulheres que sofreram violência sexual) como uma relação solidária, respeitosa, acolhedora, que os trabalhadores e os serviços de saúde, como um todo, estabelecem com os diferentes tipos de usuários que eles aportam.

serviços, bem como a importância da ampliação descentralizada de tais locais e a inserção da temática da violência sexual nas graduações dos cursos da área da saúde.

Assim, caberia questionar-se sobre a possibilidade do desenvolvimento de outros olhares, para além das queixas físicas? Para além da resolução dos sinais e sintomas exibidos na Figura 4? Afinal, existe diferença entre tratar uma dor muscular causada por um esporte e uma dor muscular causada por uma surra? De um/a cônjuge que chega diariamente em casa alcoolizado/a e espanca sua mulher? Seria importante que o/a profissional esteja atento/a aos sinais e busque, mesmo sem o relato, identificar ativamente os casos de mulheres em situação de violência doméstica? Não se trata de negligenciar a atenção às queixas biológicas, tampouco negar determinados procedimentos que são fundamentados na biomedicina, como exames físicos e complementares, utilização de aparatos tecnológicos e encaminhamentos a especialistas. Sabemos da relevância dessa abordagem e também da significância em identificar e notificar os casos encontrados, para que os dados constem nos registros epidemiológicos. Mas haveriam outras possibilidades de abordagem em saúde, que não restrinjam o atendimento às queixas físicas e às tendências medicalizantes? O que profissionais de saúde da Unidade Básica de Saúde de Matinhos podem contribuir no vislumbre de outras perspectivas de atuação?

Nessa direção, diversos autores e autoras (Oliveira *et al.*, 2005; Silva Júnior. *et al.*, 2003; Teixeira, 2003; Ramos e Lima, 2003; Gomes e Pinheiro, 2005), apontam o acolhimento como uma possibilidade de atenção à saúde, e que poderia contribuir numa abordagem de mulheres em situação de violência doméstica. Segundo Ayres (2004), o acolhimento tem sido atribuído como um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde, que possibilita uma capacidade de ausculta e diálogo entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde. Entretanto, tal noção vem sendo pouco problematizada e necessita de mais reflexões, tanto do prisma conceitual quanto empírico, sobre suas potencialidades e suas limitações.

Para entender um pouco mais sobre a categoria “acolhimento em saúde”, foi desenhada a próxima seção, que busca aprofundar o estudo desse tema, relacionando sua genealogia com a proposta de integralidade em saúde e esta como um dos pilares estruturantes do SUS. Também serão confrontados os discursos e atitudes de profissionais provenientes da realidade estudada, buscando refletir sobre elementos desse enunciado em suas práticas assistenciais, destinadas ao cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica.

## 5.2 Acolhimento em saúde: uma proposta em construção

Procurei etnografar as abordagens de atendimento negociadas entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência. Busquei identificar na UBS, algumas características, posturas, técnicas, e atitudes desses profissionais. O debate em torno do atendimento baseado em certos elementos com tendências biologizantes e visão mecanicista ganhou mais relevo na seção anterior deste capítulo.

Nesta seção se descortina diferente olhar, lançado para outro modelo de atenção, recentemente proposto e que cada vez mais vem sendo (re)discutido nos espaços da saúde coletiva, mas que ainda carece de consensos e aponta uma série de controvérsias. Trata-se de um modelo de atenção centrado em outros aspectos, para além dos biológicos, sendo, portanto, comumente denominado por profissionais de saúde como “biopsicossocial”<sup>43</sup> ou “psicossocial”<sup>44</sup>. Tal modelo elege o “acolhimento em saúde” como uma das estratégias de reorientação do sistema de saúde e das relações entre os atores que compõem tal sistema. Assim, nesta parte será dado realce a esses dispositivos, buscando destacar limites e potencialidades desses enunciados.

Iniciamos o debate com Roseni Pinheiro e Madel Luz (2003), que expõem que os serviços de saúde constituem-se em cenário vivo, onde atuam atores sociais distintos no desenvolvimento de suas práticas, gerando conspícuas percepções sobre o que é demandado e oferecido em termos de saúde. Para as autoras, o cotidiano das ações de saúde pode ser entendido como o *lócus* social onde se expressam não somente experiências de vida, na perspectiva individual que o termo possa conter, mas também contextos de relações sociais diversas, envolvendo pessoas, grupos específicos, coletivos e instituições.

Este estudo foi guiado a partir de questionamentos sobre esse panorama, bem como sobre a visão de Roseni Pinheiro (2001), que afirma ser fundamental estudar os atores, seus discursos e práticas no cotidiano das instituições de saúde, pois possibilita a localização de elementos objetivos e subjetivos, por meio dos quais os atores sociais constroem suas percepções referentes à vida social, que inclui a “vida institucional”. No

---

<sup>43</sup> Alguns autores preferem o termo medicina social (Koifman, 2001; Rosen, 1980).

<sup>44</sup> Para profissionais de saúde, embora este modelo valorize os aspectos psicológicos e sociais, não deixa de considerar os aspectos biológicos, que também são determinantes no processo saúde-doença. Estando as três dimensões num mesmo patamar, não sendo preferida uma dimensão às demais, seria mais adequado referir “biopsicossocial”, ao invés de apenas “psicossocial”. Este último, de maneira ortodoxa apenas desloca a centralidade do discurso e das ações de um extremo (biológico) para outro extremo (psicossocial), sem considerar as três dimensões equitativamente.

caso das instituições de saúde, o cotidiano dos atores representa um espaço de lutas, de exercício de poder, aqui entendido não como um objeto natural, mas como uma prática social influenciada por práticas sanitárias e políticas. Outros autores também argumentam que a visão em nível macroestrutural dos processos políticos, sociais e institucionais não é suficiente, sendo imprescindível aprofundar as análises em nível microestrutural, buscando compreender de que forma se estabelecem as relações entre profissionais e pessoas usuárias dos serviços de saúde. Cohn *et al.*, (1999) chama atenção para esse desvelamento do cotidiano dos atores envolvidos. Para os autores, tal desvelamento deve abarcar o verdadeiro significado do direito à saúde e o conjunto de representações populares a respeito de saúde e doença, das instituições e serviços, de forma a repensar as relações e práticas. Portanto, para Pinheiro (2001) as relações mantidas entre usuárias/os, profissionais e gestoras/es nas instituições que compõem o sistema de saúde local não se revestem de significados apenas técnicos, mas se inscrevem em uma prática pluridimensional, entre as quais se destacam as dimensões política e do campo das relações humanas.

Como vem sendo exposto ao longo deste trabalho, essa arena é permeada por disputas, subversões, negociações, relações de poder(es) e de gênero. Ao mesmo tempo, esse campo conflitivo também se constitui em local privilegiado para exercício da política, especialmente das micropolíticas<sup>45</sup>, conforme proposto por Ceccim e Merhy (2009). Pinheiro e Luz (2003) chamam atenção a respeito do processo de reforma do sistema de saúde brasileiro e construção do SUS, que uma das características mais marcantes do sistema é “uma inédita e radical politização do que tradicionalmente se considerou como procedimentos técnicos operacionais”. Tal politização abarca níveis do macro ao micro.

Um dos expoentes nesse contexto, que diz respeito à conjuntura aqui em estudo é a materialização da Lei Maria da Penha, uma macropolítica que versa (inclusive) sobre questões relacionadas à assistência à saúde de mulheres vítimas de violência doméstica. Assim, um problema que anteriormente era relegado à esfera doméstica do lar e abordado nos serviços de saúde sob uma perspectiva centrada em alguns elementos biomédicos de tratamento de lesões, agora ganha espaço também nas arenas de discussão política do sistema de saúde. O cenário de tais discussões não se restringe ao

---

<sup>45</sup> Ceccim e Merhy (2009) explanam que a micropolítica envolve encontrar/reconhecer/buscar a resistência às capturas, a luta pelo direito à criação, a exposição e a vivência, em ato, de uma relação. A micropolítica opõe-se à política das vigências disciplinares, das racionalidades hegemônicas. É a política do minoritário, das forças minoritárias, resistência aos instituídos, resistência ao saber-poder-desejo hegemônico, disputa por outros modos de ser-existir-agir, inventivos, criativos. Para os autores, a micropolítica não é local/individual, é força instituinte, transversalidade de processos e projetos, luta contra-hegemônica e anti-hegemônica.

nível macro, ou seja, envolvendo a proposição e implementação de políticas públicas de ampla cobertura. Perpassa também os níveis micropolíticos, tais como os encontros entre profissionais e pacientes, as assembleias de bairro e os conselhos municipais de saúde. Aqui merece interpelação um caso que particularmente diz respeito à experiência deste projeto.

Ao mergulhar em tema tão complexo, que se faz presente na realidade do município e que inquieta profissionais de saúde e mulheres daquela realidade, não há como se eximir de certas imputações políticas. Com o convívio de maneira mais próxima com a realidade local, fui incentivado pelas/os profissionais de saúde daquela Unidade a participar do Conselho Municipal de Saúde de Matinhos. Elegeram-me delegado, desde o 2º semestre de 2009, representando os/as fisioterapeutas do município e estou tendo como uma das (muitas) incumbências, incluir a discussão a respeito da violência doméstica contra mulheres na agenda municipal de saúde.

Essa atividade, que inicialmente não estava no *script* da tese, foi um desdobramento “espontâneo”, fruto do percurso progressivo da aproximação etnográfica com aquela comunidade. Seguramente, essa participação vem se configurando em encargo extremamente desafiador, pois o Conselho Municipal de Saúde de Matinhos, assim como outras instâncias políticas, congrega diversidade de atores sociais. Interagir com essa heterogeneidade de pessoas não é tarefa simples. Apenas para exemplificar, vivo me questionando qual a melhor maneira de estabelecer um diálogo convincente a respeito da desnaturalização de questões de gênero e violência doméstica contra mulheres com representantes de religiões evangélicas fundamentalistas que também são conselheiros de saúde. Pode ser algo muito abstruso, se não for feito com certa prudência.

Embora essa esfera não seja o epicentro de discussão desta tese, isso vem ao encontro do que Levcovitz (1997) explana, que o cenário que vem se desenhando na realidade da saúde pública brasileira é de superação da tradicional dicotomia entre os domínios técnico-científico e político, na qual as ações tomam os espaços de gestão concreta das redes de serviços e de materialização de políticas públicas. Para o autor, isso vem em certa medida, demandando novos padrões de relacionamento entre serviços, profissionais e pacientes.

Um caso bastante interessante nesse contexto, foi narrado por uma das profissionais que trabalha na Unidade, a fisioterapeuta Carminha de 26 anos, e que atua há quatro anos na Secretaria Municipal de Saúde de Matinhos, incluindo a Unidade do

Tabuleiro. Carminha é uma profissional extraordinariamente comprometida com seus pacientes. É uma pessoa expansiva, comunicativa, bem-humorada e criativa em seus atendimentos em saúde. O caso relacionado por ela evidencia delicadas relações que se estabelecem entre profissionais e uma mulher vítima de violência doméstica – e sua família - durante encontros na Estratégia de Saúde da Família:

*“Eu tive contato com uma mulher vítima de violência doméstica, praticada pelo filho... Eu não me senti preparada, porque na hora você não sabe o que acontece... Na hora você faz... Mas só depois você para pra pensar... [relata Carminha pensativa]. Eu tava fazendo um atendimento do Programa [PSF] e a ACS olhou pra mim e falou que ia ali fora, ver se a outra senhora estava em casa... (...) Eu estava atendendo o paciente, a senhora tava sentada, e o paciente deitado no sofá. Eu atendendo, naquele papo gostoso... Pra variar, né... Falando besteira, tagarela do jeito que eu sou... [risos] Falando bobagem... E todo mundo dando risada. E chegou o filho, extremamente alterado... bêbado... A ACS não o viu entrar. E ele catou uma faca de cozinha... daquelas de carne, e foi pra cima da mulher... A sorte é que a mulher ficou atrás de mim. Então eu fiquei entre o agressor e... a que seria agredida. E o paciente deitado era o esposo, que tinha tido um AVC [acidente vascular cerebral]... em pânico, gritando pro filho largar a faca. E a gente via que não era somente bebida. Então, estava nítido aquilo... A única coisa que eu tinha ali em mãos, que eu pude me defender, era a minha prancheta... Então ele começou a ameaçar, querendo bater e esfaquear a mãe... Esfaquear! [verbaliza a fisioterapeuta em tom de espanto] Porque ela não queria dar dinheiro pra ele, pois ele ia comprar em drogas e bebida, né. E... o senhor começou a gritar... Aí é aquela história, né. Eu trabalhei na residência... trabalhei com psiquiatria... e geriatria junto. E eu tive um médico... que ele falou um dia pra mim... ficou tão gravado isso na minha memória: pra você tratar um louco, você tem que ser mais louco que o louco! [risos] Então eu tava numa situação assim: se eu correr o bicho pega, se ficar o bicho come! O que eu fiz? Eu mandei o senhor que tava deitado se controlar. E eu virei... A mulher, ela tava agarrada no meu jaleco... Ela tremia da cabeça aos pés, porque ela já tinha levado uma facada do filho, já tinha passado pelo hospital e não tinha dito quem era que tinha dado a facada. Aí que eu fiquei sabendo... No braço, por sinal... Tinha levado pontos e tal... Foi uma facada bem forte. Eu virei pra ele e falei: se você vier eu vou te bater! Daí ele olhou assim, tipo... porra, uma baixinha meio gordinha, meiga... com uma prancheta na mão. Ai ele falou: quem que é você na ordem do dia? Eu falei: Eu sou o teu pior pesadelo, se você vier pra cima, você apanha de mim! [Carminha gesticula com os braços como se estivesse erguendo a prancheta]. Eu enfrentei ele... o agressor... Então eu acho assim... que na situação que ele tava de loucura... ele não esperava que alguém enfrentasse ele... E eu fui indo pra cima dele, mandando ele largar a faca. Aí ele pegou a faca em punho e deu no meu nariz... e só falou: Eu só não mato essa mulher vagabunda porque a doutora ta aqui. Enfiou a faca na mesa [gesticulando] e saiu... Eu saí da casa... em pânico. Deixei meu esteto, esfíngo, deixei tudo lá... Fui embora... Saí... olhei pra ACS... branca, suando... Foi só então que caiu a minha ficha do que estava acontecendo... Daí a ACS entrou pegou as minhas coisas... A mãe do*

*rapaz caiu atrás de mim pra pedir desculpa pelo filho... (Carminha, fisioterapeuta).*

O caso acima ilustra diversas questões que se constituem em terreno fértil para este estudo. Tal situação pode ser considerada um episódio “agudo” de violência doméstica, vivenciado pela profissional de saúde em momento “pré”, “peri” e imediatamente pós-violência doméstica contra a mulher. Algumas inquietações naturalmente surgem, tais como: deveria a profissional de saúde ter agido de tal modo, colocando-se entre a vítima e o agressor? Se ao invés de “a profissional” fosse “o profissional”, num viés de gênero, o caso teria tido algum desfecho diferente? Quais as implicações de situações como essas para a saúde e segurança de profissionais de saúde? Tais profissionais são formados/as e/ou capacitados/as para atuar em casos complexos como esse? Carminha continua a narrar o desfecho do caso:

*“- Depois de dois, três meses... continuei indo na casa. Ai eu ia num horário que o filho não estivesse. Eu ia com a enfermeira e com o motorista... o motorista entrava junto, e... eu abri a boca no trombone, né. Ia a guarda municipal, ficava na frente de casa... E eu encaminhei pra assistente social, pra dar uma olhada. Aí um belo dia... bom já tava há três meses que não acontece nada...a assistente social já tinha ido.. pensei, ah, vou sozinha... Aí fui sozinha. Eu cheguei, o paciente tava internado, não sabia... É que eu ia uma vez por semana na casa dele... A mãe estava sentada no canto da parede da sala, assim... toda encolhida, chorando... Quando ela ergueu a cabeça, ela tava com uma marca de chinelo no rosto... E ela tava toda marcada... de sapato, acho que não era nem chinelo... Ela tinha apanhado de sapato! [falava a profissional em tom de revolta] Daí eu falei: De quem a senhora apanhou? Ela não conseguia falar! O estado de choque dela era tão grande... E quando a gente pegava, via que ela tinha acabado de levar... Então falei: vamos no posto. Só que ela não quis ir. Então eu mandei chamar a enfermeira e a ACS do posto. Eu e a enfermeira... sabe... não é minha função, como fisioterapeuta... Mas eu entrei com ela no banheiro... Eu dei banho nela, junto com a enfermeira. As batidas foram tão fortes, que em alguns lugares sangrava... de tão forte que tinha sido a pancada... Olha! Me arrepio inteira, só de lembrar! [apontando para o seu braço arrepiado]. E a gente fez curativo nela e... ela chorava muito... Ela falou que ela tinha tentado se defender... A sala... parecia que tinha passado um furacão na sala... E uma casa bem humilde... Então você vê que o que foi quebrado, não ia ser repostado... O que foi jogado no chão, de comida, não ia ser repostado, porque eles não tinham condição financeira. Sabe aquela coisa assim que você... Eu não sei te explicar... Na hora chamaram a guarda municipal... Chamaram a polícia... Ela não falava... A única coisa que ela falava, ela me pedia desculpas. Eu falava: porque que você tá me pedindo desculpas? Sabe, você não tem que se desculpar! E ela falava assim: a única coisa que eu agradeço a Deus é pelo meu marido estar internado. Então na hora a gente notou que foi o filho. Então, foi uma coisa assim... chocante!” (Carminha, fisioterapeuta).*

A violência doméstica é inscrita nesta mulher sob a forma de violência física, ferindo seu corpo anatômico e repercutindo profundamente em sua vida psicológica e social. As implicações da violência física, que ecoam na saúde mental, em aspectos como auto-estima e configuração dos relacionamentos, ficaram notadamente evidentes nesse relato. O que esse caso pode contribuir na discussão sobre acolhimento em saúde às mulheres vítimas de violência doméstica? Quais as expectativas dessa mulher em relação ao seu próprio caso? Será que realmente desejava toda essa exposição, com a vinda de diferentes profissionais e inclusive a polícia sendo acionada e entrando em sua casa? Ou almejava permanecer “invisível”, encolhida, num canto de seu lar? Até que ponto profissionais de saúde podem e devem invadir a vida privada de seus pacientes? Um ponto interessante a ser indagado é: será que tal abordagem foi de fato negociada com a mulher? Em outras palavras, foram ouvidas as expectativas da mulher em relação ao seu drama, ou as profissionais agiram de acordo com suas projeções sobre o problema e conforme suas próprias expectativas, considerando principalmente o recente contexto em torno da Lei Maria da Penha que preconiza a denúncia?

Cabe também ressaltar, que não é meu propósito em momento algum julgar as atitudes das/os profissionais de saúde. Tentarei sim, humildemente realçar algumas situações, ilustrar outras e levantar circunstâncias, confrontando o que foi observado no campo com o que revela a literatura da área. Carminha prossegue, basculando o episódio:

*“Hoje o casal faz atendimento também na Clínica [Escola de Fisioterapia]... Eu consegui encaminhar pra clínica... Eles foram, mas... um dia desses ela passou por mim, lá na Clínica com uma marca no braço. Daí eu passei o dedo no braço e ela baixou o olhar... Então quer dizer, ela continua apanhando. Ela só vem para tratamento do marido. Ela teve muito sangramento, uma época... Mas assim... eu fiquei sabendo que ela teve uns sangramentos, mas... foi devido a menopausa, climatério dela. Mas o médico não conseguia controlar o sangramento. Ela falava que ela sentia dor na barriga... O gineco veio dar uma conversada sobre o caso... Eu falei... sabe aquela coisa que a gente tá conversando, tomando café, eu falei: Olha a barriga dela... Daí ele falou: Mas eu não tenho motivo de tirar a roupa da paciente pra olhar a paciente, eu to tratando um caso hormonal. Eu falei, não! Olha a barriga dela! E realmente, ela tava marcada... Tinha hematoma na barriga, tal... O sangramento já era devido... além do climatério, ela estava apanhando. Então o sangramento dela, triplicou.” (Carminha, fisioterapeuta).*

Deve-se ponderar sobre o fato de alguns profissionais de saúde estarem atentos e saberem decodificar os sinais fornecidos por essas mulheres, sobre sua situação como

vítimas de violência doméstica. O fato de a fisioterapeuta olhar a marca no braço da mulher e tal mulher encabuladamente abaixar a cabeça, revela que ela continua apanhando. Essas mulheres muitas vezes não precisam, não querem e nem vão verbalizar sua condição. Caberia então às/aos profissionais traduzirem essas mensagens, e iniciarem um diálogo com as mulheres a respeito do problema? Ou seria essa uma atitude polícialasca demais, que não respeita a privacidade das pacientes? Por outro lado, atentemos ao exemplo do ginecologista que percebeu o sinal (sangramento), tratou-a com medicamentos, que obviamente não foram capazes de agir sobre a causa e nem sequer aventou a possibilidade de outras causas, que não a menopausa. Não buscou examinar outras partes, pois como ginecologista se atém ao aparelho reprodutor, não percebendo, portanto, os hematomas em outras partes do corpo. Já a fisioterapeuta Carminha parece procurar estabelecer uma relação menos técnica e mais empática, embora para isso, avance um pouco nos domínios da privacidade da mulher:

*“Ela é um doce! [se referindo à mulher] Sabe, é pessoa simples. Ela é daquele tipo de povinho gostoso de ir na casa... Você chega tem bolo, tem café... sabe aquele povo, que você vê que eles fazem um esforço... alimento... pra te oferecer aquilo. E o marido dela fala que ele quer voltar a andar pra ele dar uma surra no filho. A maior motivação dele na fisioterapia é essa: ele quer voltar a ter força pra bater no filho! Porque ele assiste a mulher apanhando. E ela falou que o marido nunca foi capaz de fazer isso [com ela]. Então assim, o filho é dependente químico, é alcoólatra, sabe... É um caso bem complicado... Agora nesses últimos meses... Esse último mês até que eu a vi... Ela está assim, numa boa. Perguntei como é que ela está... Mas assim, eu sempre pergunto por cima... Eu deixo ela a vontade pra expor ou não. Ela as vezes fala... que ta bem... tudo bem... Agora quando eu pergunto: tudo bem? E ela baixa a cabeça, eu sei que ela apanhou... Porque ela fica extremamente constrangida em dizer que ela apanhou do filho. (...) O cara foi preso. A polícia foi atrás! Ele veio me ameaçar... Porque ele sabia que quem cuidava do pai e da mãe dele era eu... Ele veio me ameaçar... Daí quando eu ia trabalhar aqui na área, eu ia com a guarda municipal... com um rapaz que era motorista... o Luizinho... E ele já tinha passado pela guarda municipal. Então no horário do meu atendimento ele ia comigo. Só que ele ia como motorista do município e não como guarda municipal... Então ele ia meio que a paisana... Pra resguardo e tal... Porque ele já era motorista, depois que ele passou pra guarda municipal. Ai eu fiz um pedido, na época era o Chiquinho, o prefeito. Eu conversei com o Chiquinho, expus o caso, assim... Eu fui falar com o prefeito! Não fui falar com enfermeira... Não fui falar com santo... Fui falar com deus! (...) ...Então eu não me meto na área de ninguém... Então assim, sempre me dei muito bem com a assistente social e a psicóloga. Fiz um círculo de amizade. E eu pedi pra elas... Foi por amizade, elas foram por amizade. Então assim, não foi um encaminhamento formal, com pedido, com ficha... Como é que é? ... Referência, contra-referência, carimbado... Não, não foi... Tinha assistente social... tinha, mas tinha assim 'n' casos na frente. E eu cheguei encaminhei pra ela e falei assim: você não sabe o*

*que eu presenciei. E falei: você tem como ajudar? Ela disse: tenho! Mas não foi nada por referência, contra-referência, não... Foi um negócio assim meio que um voluntariado... Tipo assim, precisa... Então vamos... Onde é que está precisando?* [narra entusiasticamente a fisioterapeuta Carminha].

Observou-se na realidade estudada, que muitas das atividades formais do sistema de saúde são resolvidas por meio das relações interpessoais. Esse fato parece ser exponencialmente maior, quanto menor o município, fato bastante evidente na minúscula Matinhos, onde quase todos se conhecem. Assim, o caso ganhou notoriedade até do prefeito, que dessa forma, encaminhou o agressor para a polícia. Outro aspecto relevante é que, apesar de profissionais verbalizarem que consideram o cuidado às mulheres vítimas de violência doméstica como pertinente às suas atribuições profissionais, tal cuidado na prática é visto como um voluntariado, conforme relatado pela fisioterapeuta. Sendo um voluntariado então, estaria compondo o rol de obrigações profissionais? Ou seria apenas um ato de caridade? Qual a importância do estabelecimento de formalidades e/ou procedimentos institucionalizados para casos como esse? E a fisioterapeuta continua:

*“- Olhe, uma coisa que me fez não desistir de ir na casa [daquela mulher]... porque eu sou mulher também, né... A enfermeira é mulher... a ACS era mulher... a psicóloga... mulher, e a assistente social, era mulher... Então era uma equipe de mulheres... O médico nem sempre ia... Então, foi o que me motivou muito a continuar... porque daí eu comecei a atender ele [o marido], e a atender ela... Foi que quando eu comecei a ver melhoras nele, eu vi que ela se fortalecia cada vez mais. Ele é um homem do teu tamanho... Eu e ela começamos a fazer fortalecimento de braços [gesticulando]... E combinar o horário, então quando o filho chegava... Ela saía com o marido, pra ir dar uma volta na cadeira de rodas, o marido também tava fortalecendo o braço, então ele girava uma roda, e cantavam, ela girava outra roda e também cantava... (...) Então eles começaram... eu comecei a aproximar o casal, porque isso estava também separando o casal... Entende? Então esse fortalecimento de braço, eu comecei com ela... E tentar achar alternativas, para que melhorassem. A postura dela, eu trabalhei muito porque pela agressão... pela crueldade que ela sofria... que ela sofre... Ela tinha uma postura muito retraída... Essa parte cervical, se você encostar é a mesma coisa que encostar numa mesa! Duro! Hoje ela fala: Ó... estou novinha... Então ensinei a ela a auto-massagem, alongamento, fortalecimento de braços, pernas, porque ela tava denegrindo... (...) E eu comecei a falar pra ela se arrumar. Porque como ela apanhava, ela soltava o cabelo no rosto, pra tampar o rosto. E teve um dia que eu cheguei e ela foi no banheiro... (...) Aí já entrei na casa chamando por ela... e eu vi que ela tava alisando o cabelo... Puxando o cabelo dela pra trás, tinha uma marca no rosto... Daí eu olhei na minha bolsa, que tinha o material médico... Sempre tinha algum batom... alguma coisa. Eu notei*

*que na penteadeira dela tinha PVPI<sup>46</sup>, hirudoid<sup>47</sup>, e os remédios do marido. Aí eu peguei o batom meu, passei... e passei assim no rosto, como se fosse pra ficar corado... Aí falei: Ai, deixa eu fazer em você? Prendi o cabelo dela, passei o batom nela e fiz a mesma coisa... E falei: Ai que linda que você está! [risos] Aquilo para mulher... eu como mulher... eu... poxa, eu fico tão feliz quando as pessoas falam, nossa que linda que você está... A mulher é um misto de fortaleza com vaidade, né! É uma coisa meio doída e... Ela ficou se admirando no espelho. Cheguei pro meu paciente e falei: O senhor vai ver como ela ta gata! [risos] E comecei a induzir ele a começar a olhar a mulher dele com outros olhos... Porque ele não tinha morrido, ele tinha tido um AVC. (...) Depois, um outro dia ela começou a ver essa coisa de vaidade... Eu levei pó... olhe, se bater no rosto passa o pó... E avisava a assistente social... A assistente social dando em cima, pra achar o filho, porque o filho sumiu... Então assim, comecei a levar o pó compacto, rímel, batom, perfume... tudo quanto é coisa. Ai teve um dia que eu cheguei pra atuar... Ela saiu com cabelo molhado, de batom, tava maquiada, tudo... E o marido dela tava na sala, sentado, de cabelo molhado, de banho tomado... Os dois com um sorriso muito bom na cara... A pele muito brilhante, eu pensei... Hmmm... Aí ela me ofereceu um café... Eu falei: Eu quero... tem alguma coisa nesse café? Ela começou a dar risadas! [risos]. E assim... a gente vê que a vida do casal voltou ao normal... que vida de marido e mulher voltou ao normal. O filho dela aparece esporadicamente, ele não mora mais lá, porque ele foi preso... Então ele não mora mais lá. Quando aparece... ele está em tratamento... psicológico... e tratamento químico... Mas ele sempre recai. Ele limpo... é um amor. A única vez que eu o vi limpo [quando não está sob efeito das drogas e do álcool] foi num dia que ele estava indo pro trabalho. Sabe... um cara brincalhão... quando limpo, um cara de bem com a vida.” (Carminha, fisioterapeuta).*

Tendo em mente aportes fornecidos por Merhy *et al.* (1994) e Franco *et al.* (1999) em relação ao acolhimento, e pensando-se no *locus* de execução da pesquisa, chama a atenção o caso descrito acima, entre a fisioterapeuta Carminha e a família atendida pela Estratégia de Saúde da Família. A fisioterapeuta era incumbida inicialmente de atender apenas o pai/marido, mas diante da situação presenciada por ela, ampliou seu foco de cuidado também para a mãe/mulher, vítima de violência doméstica praticada por seu filho. Neste caso, ficou evidente o aspecto “acessibilidade universal”, defendido pelos autores como integrante da proposta de acolhimento, e que ficou realçado por meio da ampliação do cuidado à saúde de quem talvez não demandaria por serviços de saúde, por medo ou vergonha, como explicitado anteriormente. Na narrativa encontramos vários elementos de

---

<sup>46</sup> Iodopovidona ou Povidona-iodo (PVPI) é um complexo químico que tem função anti-séptica. É utilizado para limpeza e desinfecção da pele, no preparo pré-operatório e no tratamento de infecções sensíveis ao iodo. Disponível em <<http://pt.wikipedia.org/wiki/Iodopovidona>>, acesso em 16/02/2011.

<sup>47</sup> Hirudoid é utilizado no tratamento de hematomas e edemas que aparecem após traumas, contusões ou cirurgias. Reduz a inflamação, o edema e a vermelhidão da região afetada. Disponível em <<http://www.daiichisankyo.com.br/Produtos/Hirudoid.aspx>>, acesso em 16/02/2011.

uma abordagem “sujeito-centrada”, outro ponto argumentado pelos autores, que pode ser evidenciado por meio da preocupação com as necessidades da mulher: auto-estima, relacionamento com o marido e inclusive a vida sexual. A atuação da equipe multiprofissional deslocou a abordagem médico-centrada, focada apenas nos sintomas físicos, para uma ação centrada na mulher, com participação de enfermeira, psicóloga, assistente social, agente comunitária de saúde, além da própria fisioterapeuta. Seria esta uma ação movida por parâmetros generificados, já que envolve apenas profissionais de saúde mulheres?

Outro ponto instigante é que tal abordagem interdisciplinar não é institucionalizada no sistema de saúde nesta realidade, conforme descrito pela fisioterapeuta. Os encaminhamentos a outras/os profissionais eram feitos com base na amizade e companheirismo entre as profissionais, mas não como uma rotina estabelecida para todos os casos. Será que poderia ser por esse motivo que tal abordagem tenha sido, de certa maneira, relativamente exitosa? Já que desburocratizou o processo, deslocando a centralidade das fichas de encaminhamento e referência/contra-referência para as relações humanas convergindo nas necessidades da mulher? O fato de a fisioterapeuta ter vivenciado a situação pode ter contribuído para a adoção de tais medidas de encaminhamento da forma como foram conduzidas no sistema? Teria sido ela “tocada” pelo problema?

Esse quesito narrado ao longo deste caso é descrito por Silva Júnior (2001) como projetos terapêuticos individualizados. Para o autor, isso deve integrar a abordagem de acolhimento, que é definido como o tratar toda a demanda, dando respostas aos demandantes, individuais ou coletivos. Envolve discriminar riscos, encaminhando os casos às opções de intervenção e pensando a possibilidade de construção de projetos terapêuticos individualizados. Essa ideia, de certo modo se contrapõe à ideia de “rotinas (pré)estabelecidas para todos os casos” ou em outras palavras “protocolos terapêuticos”, que são preconizados em algumas redes de saúde, inclusive para mulheres vítimas de violência doméstica. Muitos desses protocolos são estratégias generalizantes, pautadas em elementos que seguem uma visão do corpo humano como uma máquina, que visam medicar para aliviar os sintomas e tentar extirpar as causas, sem considerar o emaranhado de fatores que se encontram por detrás dos casos. Alguns desses protocolos consistem em, após a mulher ter vivenciado situação de violência doméstica e aportar no sistema de saúde, deve seguir um itinerário de peregrinação dentro do sistema, que inclui consultas e exames em Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento,

Instituto Médico-Legal, Centros de Referência Especializada, Centros de Atenção Psicossocial, sem deixar de lado as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher. De forma alguma advirto isso como algo negativo, afinal tal estrutura de suporte é importantíssima. Por outro lado, pensando-se na vítima, muitas vezes tal odisséia no sistema pode se tornar uma verdadeira *via crucis*, inibindo e até desmotivando a mulher de levar seu cuidado adiante. Ela sabe que terá que recorrer a diferentes instituições, passar tempo em filas de espera e se expor a diferentes profissionais tanto da saúde quanto da segurança pública, que muitas vezes não são qualificados para tratar de questão tão delicada, como já exposto, nem se comunicam entre si a respeito do caso. Conseqüentemente a mulher terá que regurgitar o relato da situação diversas vezes, revivendo os momentos angustiantes a cada encontro, que acabam por evocar sentimentos ruins e gerar mais estresse e sofrimento.

Pereira (2010) alude a uma metáfora, utilizada por Veena Das, que traduz alguns signos dessa gramática violência de gênero, e que pode ser relacionada com esse aspecto. A metáfora do “conhecimento venenoso” foi expressa para revelar como as mulheres atuam sobre o sofrimento a elas infligido. Para Veena Das, que conversou com muitas mulheres raptadas e violadas durante a Partição<sup>48</sup>, ao indagar sobre suas experiências, Das percebia uma zona de silêncio, especialmente sobre os fatos mais brutais. Surgia uma linguagem que tentava escapar da narração direta dos acontecimentos e algumas vezes as mulheres adotavam a metáfora de que bebiam veneno e o mantinham dentro de si. Tal descrição poderia ser justamente para não fazê-las reviver os momentos mais angustiantes de suas vidas, e que cada vez que são trazidos à tona, acabam por ressuscitar sentimentos prejudiciais.

Silva Júnior (2003) também alerta que há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimentos de seus/suas pacientes. Preferem lidar com a doença, na qual alguns setores da biomedicina estabelecem referência e pontos de intervenção sobre as lesões e disfunções detectadas. E ainda acrescenta que predomina uma ideia de encaminhar as pessoas a outros profissionais e/ou especialistas, transferindo muitas vezes a responsabilidade do cuidado. Predomina o pensamento de que as equipes de saúde produzem conhecimentos sobre o problema trazido pelo paciente a partir do ordenamento de procedimentos investigativos que, somados, ofereceriam uma visão

---

<sup>48</sup> Partição foi a divisão territorial efetuada pela Índia e Paquistão em 1947, pouco tempo após suas independências político-administrativas do império britânico. Esse "evento crítico" caracterizou-se pela violência entre mulçumanos, hindus, sikh e diversos grupos étnicos e religiosos que acabou por desalojar 14 milhões de pessoas e vitimar pelo menos um milhão. Uma das histórias recorrentes na Partição foi o rapto e a violação das mulheres (Pereira, 2010, p. 358).

integradora do caso. Na maioria das vezes a ênfase nesses procedimentos e a incapacidade de produzir núcleos comuns de discussão do caso produzem visões fragmentadas, desfocando a centralidade do cuidado nas pessoas. O esforço de constituir foco comum pautado no diálogo entre os profissionais e centrando a atenção na pessoa é um desafio para as equipes. Em “condições crônicas de violência doméstica” essa transferência de responsabilidade e até mesmo omissão por parte de profissionais de saúde pode ser mais comum, relegando o problema a um plano secundário e tratando-se apenas os sinais e sintomas decorrentes da situação. Entretanto nas circunstâncias “agudas” de violência doméstica contra mulheres, como o caso que foi explicitado por Carminha, essa “não assunção” da função da/o profissional de saúde como mediador/a e cuidador/a se torna mais difícil. Seria muito embaraçoso se esquivar em tais momentos tão críticos, em que a fisioterapeuta assumiu a função de mediadora, colocando em risco sua própria segurança. Às vezes tais ações não precedem de muita reflexão, mas seguramente devem proceder de muito diálogo.

Sobre essa dimensão dialogal, percebe-se que muitas/os profissionais da Unidade (dentre os/as quais a fisioterapeuta Carminha), investem em tal ferramenta, buscando realmente estabelecer mais proximidade com as mulheres e também dialogar com outras/os profissionais:

*“... Eu tenho comunicação com todas... porque quem senta e se acomoda e a paciente que se vire... é complicado... Só com a boa vontade... Porque eu gosto de ir até o fim... (...) Até eu tenho uma paciente que já veio conversar comigo [sobre seu caso de violência doméstica]... que é uma coisa psicológica, é uma questão que às vezes a gente não tem tempo pra disponibilizar, nem sempre tem uma hora pra sentar e conversar com as pacientes... (...) Muitas também não procuram a gente e elas acabam omitindo e desconversando... acontece muito... (...) O desafio seria... essa população estar chegando até nós... ou também elas tentarem se abrir, elas conversarem... para que a gente possa fazer uma visita... fazer uma investigação. Só que elas dificilmente se abrem, então o negócio é quebrar a barreira e ganhar confiança dessas pacientes também... pra saírem dessa vida... Então esse é um grande desafio, quebrar a barreira pra elas começarem a conversar... pra que elas se abram pros profissionais de saúde. (...) Eu gosto de ir atrás e fuçar... eu gosto de ir até o fim... gosto de começar uma coisa e terminar... então vou até o psicólogo pra conversar... ou a gente manda [encaminha para o psicólogo]... Tinha até uma agente comunitária que o problema era com o marido... era agressão mais psicológica e problema com ele... foi ela e foi o marido... vão vocês se acertar lá... então o psicólogo atendeu. (Helga, enfermeira).*

Quesitos como a importância do diálogo e de “quebrar as barreiras” conforme a enfermeira retrata, perfazem aspectos em torno da categoria acolhimento, conforme apontado por Teixeira (2003) e são necessários para melhor compreensão desse enunciado. Entretanto, deve-se reconhecer que a discussão teórica sobre essa proposta é incipiente.

Sobre a comunidade pesquisada, apesar de incertezas a respeito do tema acolhimento, muitos dos elementos propostos por autores/as da saúde coletiva a respeito de tal enunciado, vêm sendo colocados em prática, tal como o estabelecimento de diálogos e de redes de conversações, apontados por Teixeira (2003). Por outro lado, alguns/as profissionais relacionam “acolhimento em saúde” com “abrigo”. Pensando-se no caso de mulheres vivendo em situação de violência doméstica, o significado do termo para eles/as seria o mesmo que prover uma estrutura física para que as mulheres pudessem sair de casa, sendo então abrigadas ou acolhidas:

*“Ouvi falar de acolhimento em outras grandes cidades que tem um apoio pra mulheres né... Quando tem algum problema, quando são ameaçadas, essas coisas de... ameaça de morte e tudo... que daí eles te acolhem e te levam pra um abrigo... um abrigo né. Mas aqui não temos.” (Margit, ACS)*

*“Eu acho legal essa parte de ajuda, do acolhimento, ou da casa... ter um lugar pras pessoas que não tem pra onde ir... elas poderem ter um lugar pra se socorrer.” (Joana, ACS)*

Para outros/as, apesar de citarem com certa freqüência o termo, quando indagados/as sobre o que entendem por acolhimento em saúde, e sobre a intersecção entre este e mulheres vítimas de violência doméstica, revelam que é algo como trabalho realizado por Organizações Não-Governamentais (ONG's); terapia de grupo, sendo nomeado como “acolhimento psicológico”; ou ainda “acolhimento econômico”, no sentido de prover recursos econômicos emergenciais e um trabalho para que as mulheres conquistem autonomia financeira e possam abandonar os agressores/as, se for o caso. Esses quesitos revelam diferentes olhares sobre o tema, que se encontra em processo de lapidação, do ponto de vista conceitual. Desse modo, ouvir as/os profissionais, que são quem está em contato direto com as mulheres, a respeito do que eles/elas consideram como significativo para esse enunciado, pode se constituir em importante aporte para refletir sobre seu conceito.

A questão financeira foi apontada muitas vezes como uma necessidade imprescindível para as mulheres, para que tenham independência financeira e possam

optar por abandonar os/as agressores/as. Entretanto, curiosamente para uma profissional a mesma questão financeira não foi mencionada como prioridade para as/os profissionais, quando se pensa na efetivação do acolhimento nos encontros de saúde:

*“Acolhimento pressupõe uma equipe comprometida, que goste do que faz, que não tenha medo de “apanhar”, e que não trabalhe só pelo tutu [dinheiro]... senão isso nunca vai dar certo.”* (Carminha, fisioterapeuta)

Tal fala remete ao caso das profissionais, em especial das ACS, que desempenham seu trabalho com muito esmero, priorizando os/as pacientes, mais do que os salários ou sua própria segurança. Nessa linha, Teixeira (2003) argumenta que o acolhimento pode ser um recurso interessante para que o indivíduo surja positivamente no espaço assistencial, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, nos seus meios e finalidades. Cabe destacar, seguindo esse autor, que o acolhimento não pode ser confundido com recepção, bondade, favor, ou mesmo com pronto-atendimento, como se chega a considerá-lo em situação descrita na Unidade:

*“Bom, acolhimento a gente faz aqui, né? Na recepção, né... A gente tá sempre fazendo acolhimento.... Todo dia.”* (Betina, enfermeira)

Para Teixeira (2003), o acolhimento não se restringe ao momento de entrada no sistema, nem se limita ao ambiente de recepção. Dá-se no *continuum* da interação entre pacientes e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro, o qual deve ter entre suas qualidades essa capacidade de escuta e de estabelecimento de diálogo. Para Teixeira (2003), o funcionamento ótimo dessa rede depende sobremaneira do desempenho da chamada atividade de recepção das pessoas no serviço, entendida como espaço primordial de investigação/elaboração/negociação das necessidades. Certamente, o desfecho de ações de assistência à saúde pode depender muito desse primeiro momento. Dependendo da abordagem, muitas/os nem seguem adiante no sistema, ou nem retornam a procurar os serviços e por isso o destaque também dado pela enfermeira Betina. Contudo, o conteúdo que caracteriza a atividade de acolhimento não se restringe apenas ao espaço e momento formais da recepção. Permeia todos os encontros assistenciais que marcam a passagem de um indivíduo pelo serviço, pois nunca se cessa efetivamente de investigar/elaborar/negociar as necessidades que podem vir a ser satisfeitas pelo serviço. Esse contexto evoca a

incorporação das já mencionadas tecnologias leves, relacionais. Teixeira (2003) também adiciona que acolhimento-diálogo pode ser visto como uma espécie de distribuidor, operador de distribuição, presente em todos os pontos da rede. Tais momentos são pautados pelo entendimento e negociação de necessidades a serem satisfeitas. Neles se decide a trajetória necessária de cada pessoa através dos serviços.

Tais questões, assim como o ambiente de acolhimento e a carência da implantação formal desse dispositivo na realidade de Matinhos são apontados pela enfermeira Helga:

[Acolhimento é] “...*Estar conversando com a mulher, estar correndo atrás, estar investigando... e até o ambiente propício pra estar acolhendo essas mulheres né... mas aqui no município não tem nada mesmo né...(...)* Essa estratégia pode ser útil, porque a gente poderia estar divulgando, por cartazes, estar chamando... dependendo do acolhimento, se for de uma forma correta, as mulheres poderiam estar procurando um local pra ajudar... (...) *seja psicológico, a vida assistencial...* (Helga, enfermeira)

Apesar de a estratégia de acolhimento em saúde não ter sido implantada oficialmente no município, muitos/as profissionais pautam suas relações com as mulheres em alguns pressupostos dessa proposta, tal como o diálogo e a busca ativa do problema, mesmo sem dispor de estrutura decente para realizar tal abordagem. Diante disso, qual o lugar do acolhimento nesse espaço? Teixeira (2003) propõe que tem todos os lugares e o papel de tudo receber, tudo interligar, tudo mover por esse espaço de rede. É o elemento que conecta uma conversa à outra, interconecta os diferentes espaços de conversa. Em qualquer encontro trabalhador/a-paciente, em qualquer de nossas conversas, não cessamos de acolher novas demandas que, eventualmente, convidam o sujeito a frequentar outros espaços, e constituir outras conversas. O acolhimento dialogado tem a competência de manter todos esses espaços interconectados, oferecendo às pessoas as mais amplas possibilidades de trânsito pela rede. Assim, esse dispositivo faz com que as diferentes conversas se articulem em rede, formando um espaço coletivo de conversações. Teixeira (2003) ainda tece uma metáfora entre tais redes, com as redes neurais, pensando os pontos de conversa como as sinapses, ou momentos sinápticos de um fluxograma organizacional em rede, cujos fluxos multidirecionais, multicombinatórios e flexíveis interligam diferentes módulos de atenção. No caso das redes neurais, essa plasticidade favorece a ampliação da inteligência global do sistema e pode-se admitir

resultado similar neste caso, com módulos de atenção à saúde interligados, favorecendo diversas possibilidades combinatórias de abordagem.

Adicionalmente, Teixeira (2003) propõe que o acolhimento-diálogo, numa maneira de agenciamento sistêmico, também consiste no “como fazer”, ou seja, estabelecer “modos de comunicação”. Só então emerge com maior clareza as maneiras como são definidos os domínios de ação, emoções, significação e linguagem. Nessa direção, é colocado em relevo um gesto receptivo, pautado e delimitado pelo bom senso. Por meio do diálogo, se orienta uma busca de maior conhecimento das necessidades das pessoas e modos de satisfazê-las. O autor acrescenta como disposições prescritas ao acolhimento: o reconhecimento do/a outro/a como um/a legítimo/a outro/a; o reconhecimento de cada um/a como insuficiente; e que o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes. Em síntese, o autor traduz que:

“todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades” Teixeira (2003, p.107).

O caso ilustrado no início, relatado pela fisioterapeuta Carminha, estabelece um diálogo que ultrapassa a lógica hegemônica e se aproxima da noção que vem sendo proposta como acolhimento em saúde. Seria tal fator uma característica mais relacionada à subjetividade da profissional ou mais influenciada pelo sistema? Qual a importância do convívio rotineiro e constante com pacientes, que nesse caso é ilustrado tipicamente pela fisioterapia domiciliar, para que se estabeleça essa rede de diálogos e se concretize o acolhimento em saúde? E para polemizar mais: existem influências do gênero dos/as profissionais de saúde na busca de uma abordagem em saúde pautada no acolhimento?

Em relação ao convívio e comunicação entre mulheres e profissionais, outro significativo apontamento é o papel chave das ACS nesse processo. Ao visitarem constantemente as pessoas sob seus cuidados, adentrando no universo doméstico, o diálogo tende a se estabelecer espontaneamente e mais horizontalmente, embora nem sempre facilmente. Ao mesmo tempo, deve ser ponderado o fato de ACS geralmente pertencerem às comunidades, o que facilitaria o estabelecimento de relações mais empáticas e minimizaria questões de assimetria de poder, que existem predominantemente nas relações profissional de saúde-paciente. Outro ponto nevrálgico relaciona-se ao fato de ACS não necessitarem de uma formação específica em saúde, o

que torna suas consciências, de certa forma, não tão agenciadas por elementos da biomedicina, quando comparados/as às/aos outras/os profissionais de saúde. Constituem-se em corpos não tão disciplinados em pressupostos desse modelo. Ao visitarem rotineiramente as famílias e conversarem com as pessoas, podem ter uma visão geral das condições de saúde, contribuindo para sua sensibilização para as questões mais específicas de saúde/doença de suas/seus pacientes. Retomarei esse ponto de discussão a respeito das ACS um pouco mais adiante.

Como as divergências conceituais e atitudinais a respeito do acolhimento em saúde são evidentes tanto nesta, quanto em outras realidades, o Ministério da Saúde tentou recentemente estabelecer um “consenso” a respeito dessas práticas, por meio da Política Nacional de Humanização em Saúde, lançando a Política de “Acolhimento nas Práticas de Produção em Saúde” (Brasil, 2006). Tal política instituiu diretrizes para implantação de ações e estratégias de acolhimento nos serviços de saúde. Esta, desde que permeada por reflexões, pode constituir-se em uma estratégia de amparo às mulheres fragilizadas pela violência doméstica tanto crônica quanto aguda, pois se propõe a prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, enfim, produzir saúde, em uma ação de “estar com” e “estar perto de”.

Em teoria, tais ponderações parecem extraordinárias, mas percebe-se que na prática essa nem sempre corresponde à realidade, ou seja, persistem hiatos entre discursos e práticas. Afinal, como é possível que profissionais se solidarizem, escutem e se interessem apropriadamente pelas pessoas se recebem um mísero salário e se expõem a todo e qualquer tipo de infortúnio durante seu trabalho? Como organizar suas atividades e estabelecer diálogos consistentes com número reduzido de profissionais para dar conta de uma numerosa (e diversa) população, que inclusive as/os expõe a episódios de violência doméstica e urbana, como vem sendo relatado? Quais as implicações que o estabelecimento de relações de maior comprometimento entre profissionais e pacientes pode trazer para a própria saúde e segurança de profissionais? Analisando-se o prisma das/os profissionais de saúde, como é levar pra casa mazelas de familiares e doentes sem poder fazer nada, e pior, sem poder falar pra ninguém? A fisioterapeuta Carminha acrescenta algo que vem de encontro a essas questões, sobre o caso por ela conduzido:

*“No dia que essa senhora quase levou a facada... eu não dormi... Cheguei em casa, tomei um banho... Meu estado de nervos foi assim... um nervosismo... Depois caem todas as suas fichas, do que você fez... Do que você poderia ter sofrido, o que poderia ter acontecido... Eu poderia ter presenciado um assassinato... Ou poderia não estar aqui*

*conversando com você... Então, assim é um negócio que você... (...) Você sofre junto... O teu psicológico ele tem que estar muito bem estruturado. Então quando chegava o dia de ir na casa dessa senhora, geralmente era 5ª feira... 2ª e 3ª feira, era só festa! [risos] Atendia o Seu Antonio, com DPOC [doença pulmonar obstrutiva crônica], quando ele estava bem, ele ficava tocando viola... era uma festa! Ali no Tabuleiro é aquela coisa, você chega na entrada, na casa da Dona Maria e pergunta se o seu Joaquim, lá em cima do morro tava em casa. Porque eles sabem tudo da vida um do outro... E depois que eles começam a andar eles não param... Eu fazia tudo a pé, também. O PSF eu fazia tudo a pé. Assim você conhece muito mais as pessoas. Quando ia chegando a 5ª feira... ah. Na 4ª feira a noite eu já me conscientizava que eu ia pegar pauleira! Já não era mais a brincalhona! Tinha a brincadeira, que é natural meu... mas eu colocava o jaleco e parecia que eu tava pondo uma armadura... Quando tirava o jaleco e parecia que eu tava pondo em casa, juro... eu tirava minha roupa inteira, me enfiava embaixo do chuveiro e ficava mais de meia hora com água quente nos ombros... exausta! [relatava Carminha com pesar]. Nos outros dias, eu sempre dei aula em cursinho a noite... Nos outros dias voltava 11 horas e ainda tava ligada... Mas 5ª feira eu chegava em casa seis e pouquinho... oito e meia eu tava na cama. Desmaiada... e pesadelos, atrás de pesadelo. Aí eu também sou gente... Fui para o psicólogo, e ele começou a me pedir pra dividir as coisas... Tentar não trazer pra casa... Mas foi difícil de ser trabalhado isso, eu estava no início da carreira... Estava acostumada com hospital, com centro cirúrgico, bebe nascendo, mãe sorrindo, aquela coisa... (...) Então o PSF é bem mais diferente! Tanto que até hoje eu tenho essa história do jaleco. Aquele meu jaleco eu até aposentei... Não uso mais... Aquele jaleco, quando eu ponho, tenho uma sensação... um estigma... Então aposentá-lo me ajudou a dividir aquela situação tão delicada... Porque eu trazia pra casa e começava a falar e chorava, chorava, chorava... Então é desagradável.” (Carminha, fisioterapeuta)*

Tal relato demonstra de modo interessante, como encontros e desencontros em saúde afetam tanto pacientes quanto profissionais. Fato curioso é a maneira como isso reverberou na vida de Carminha e de que modo ela age para lidar com essa situação complexa em sua subjetividade. Diante disso, é possível indagar que, para acolher, seria necessária uma conjunção de aspectos como comprometimento, afeto, flexibilidade, além de doses de alteridade e altruísmo? A quem estamos nos referindo afinal: profissionais de saúde que trabalham em condições precárias ou seres etéreos imbuídos de personalidades angelicais?

Em relação a algumas dessas dimensões do acolhimento que vêm sendo debatidas, é possível ilustrar determinadas situações relatadas por profissionais, que se aproximam do que poderiam ser materializações de elementos de tal proposta, oriundas da realidade estudada:

*“Teve o caso de uma menina de 19 anos, 3 filhos... quer dizer, tava grávida, quando eu comecei, ela estava grávida, né. E ela apanha muito do marido. E assim, uma vez, a princípio, me chamaram e ela estava com dor e estava com... sangramento. Daí eu fui atrás de ambulância e não tinha ambulância. Aí depois, semanas depois eu fui saber que ele tinha batido nela. Tinha chutado a barriga dela, porque ela esqueceu um sabonete dentro da bacia quando tava dando banho no outro neném. Mais tarde fui conversar com ela... perguntar se ela não queria se defender... que ela tem seus direitos... que tem lei que protege ela. Ela falou: o que é que eu vou fazer com 3 filhos? Mãe, mora longe... não pode me ajudar. Tenho 3 crianças pequenas, uma recém-nascida...e não tenho profissão. Aqui não existe uma casa de apoio, não existe nada... que eu possa construir, reconstruir minha vida, minha família... estudar, pegar uma profissão, pra eu me virar. Eu tenho que ficar aqui [relatava a vítima]. E eu não tinha o que dizer. Realmente... é uma situação muito difícil. (...) Aí eu levei pra enfermeira. A enfermeira disse que não era para a gente se envolver nesse tipo de coisa, né... mas independente, a gente sempre se envolvia. Quer dizer, sempre uma palavra, sempre um carinho... eu não conseguia deixar passar. Eu tinha que falar alguma coisa, né.” (Sônia, ACS)*

Nesse relato, seguindo os aportes de Tesser *et al.* (2010) há um interesse por parte de Sônia no cuidado por meio de uma relação respeitosa, que avalia riscos e vulnerabilidades, buscando a eleição de prioridades. O acolhimento como iniciativa por parte dessa ACS pode ser destacado. Todavia, a falta de estrutura do sistema, falta de organização dos serviços em torno de um ideal de atenção à saúde e especialmente a ausência de abordagem interdisciplinar que conduza o caso adiante no sistema, demonstrou ser fator impeditivo ao encaminhamento e resolução do problema, por mais que a agente comunitária estivesse comprometida com sua paciente. A mesma ACS, Sônia, ainda acrescenta:

*“- No outro caso da moça lá que a gente foi e tirou, porque ela tinha ganhado um neném... aí era outra enfermeira, a Vivian. Ela ganhou o neném. O neném de baixo peso. Era uma criança... prematura. E foi para casa, o marido usava craque, tinha mais duas crianças, e estava apanhando, ele até trancou ela lá dentro. Essa enfermeira mais gordinha que eu, foi lá e nós fomos lá e tiramos ela, levamos para um hotel até arrumar uma casinha pra ela. Ela arrumou casinha, ela arrumou emprego, conseguimos... nós até ajudamos assim com... com comida, né, compramos cesta básica. Mas essa demorou uns três meses e ela voltou para o marido. Daí depois eu não soube mais dela. [questionei como conseguiram o hotel, se foi pela prefeitura]. Não, não... [respondeu a ACS], nós que pagamos. Nós que pagamos do nosso bolso. E assim, era um hotelzinho bem escondidinho onde nós podíamos manter ela escondida... até ela passar essa fase. É eu acho que o que sensibilizou mesmo foi a criança recém nascida né! Prematura, muito pequenininha... ela não tinha leite... então era... era uma situação... ela... de dieta. É uma fase que a mulher tem que está em recuperação... Eu acho que foi o que*

*mais pesou... e daí a gente não pensou muito para fazer. Mas não me arrependo... Valeu!” (Sônia, ACS)*

Nos relatos da agente comunitária ficam nítidas algumas dimensões daquilo que vem sendo proposto teoricamente como acolhimento em saúde. Além do diálogo sobre as necessidades das mulheres, estabelecido entre profissionais e mulheres, e também entre as/os próprias/os profissionais, conforme propõe Teixeira (2003) quando realça o acolhimento-diálogo, são observadas muitas das características propostas por Tesser *et al.* (2010). Destaca-se: o foco do trabalho a partir de problemas reais das mulheres, em abordagem personalizada, independente de possuir guias, encaminhamentos ou espaços na agenda; o interesse pela pessoa, em atitudes éticas e de cuidado; a abertura humana, empática e respeitosa à mulher, e que ao mesmo tempo considera avaliação de riscos e vulnerabilidades (violência doméstica), eleição de prioridades (o cuidado com a mulher e o bebê), percepção de necessidades (recuperação da mulher) e em abordagens interdisciplinares (agregando ACS e enfermeira). Por outro lado não foi uma abordagem sustentada pelo sistema, foram iniciativas das próprias profissionais, em atitudes, de certo modo paternalistas e arriscadas. O mesmo foi observado no caso relatado pela fisioterapeuta Carminha. Isso acaba, não desmerecendo, mas descaracterizando em certa medida o que vem sendo proposto, pois a estratégia deveria permear o sistema e não partir de ações isoladas e executada por indivíduos. As profissionais não podem acolher a todas, o que poderia acabar gerando frustração e desesperança para elas.

Com relação ao aspecto interdisciplinar do acolhimento, uma ACS propõe que a equipe toda esteja envolvida, embora ainda persistam dogmas de alguns traços biologizantes, permeados por visões mais fragmentadoras, condicionando neste relato a atuação da fisioterapeuta apenas para tratar fraturas e machucados:

*“... Não precisaria ser um profissional só, né... ou de uma área só... aí entra com psicologia, entra com ginecologia, entra com fisioterapeuta, que muitas vezes elas [mulheres] ficam com problemas, com sequelas... de uma fratura, de um machucado... Esse é o acolhimento, né... eu acho que é assim. Então seriam vários profissionais envolvidos. A assistência social para ver a situação das crianças e das famílias. O poder jurídico... Pra que a saúde encaminhar... ou a assistência social. Você vai em tal lugar. Ali vai ter um profissional pra te atender, ali vai ter outro profissional pra te atender.” (Sônia, ACS).*

Candib's (1995) desafia a abordagem tradicionalmente objetiva da saúde, encorajando as/os profissionais a usarem sua subjetividade, redefinindo a relação entre profissional de saúde e paciente como uma relação humana em que a conexão é altamente valorizada. Esta conexão pode ser em diferentes níveis: conectando conhecimento entre profissionais e pacientes, conectando cuidado e conectando empatia, descrevendo formas de reciprocidade como um cuidado relacional, que particularmente ocorre quando essa relação é de longo termo, promovendo vínculos. Para exemplificar, atentemos aos relatos de duas ACS:

*“...Quando a gente faz curso pra isso [ACS], eles já ensinam pra gente que a gente tem que fazer parte da família deles [pacientes]. É como se a gente fosse um membro da família. Então você acaba nem só cuidando da saúde deles. Você acaba, assim, entrando na vida particular deles. Muitos, assim, pegam você como um psicólogo. Tipo, não tem como conversar com alguém, eles não confiam num vizinho ou outra pessoa, e acabam depositando confiança em você. Então, isso aí, com certeza também, a gente ajuda eles nessa parte. Dando conselhos, né? Por exemplo.” (Nina, ACS)*

As características apontadas pela agente comunitária de saúde são bastante interessantes no que tange à discussão do vínculo entre profissionais de saúde e pacientes. A profissional utiliza expressões bastante intensas para caracterizar essa relação, especialmente quando se vê como parte da família, e como alguém em que as pessoas depositam confiança e aceitam orientações. Outra ACS também traz elementos sobre a questão do vínculo, e sua relação com a revelação das mulheres de sua situação como vítimas de violência doméstica:

*“...Normalmente a gente percebe [violência doméstica contra mulheres]. Dificilmente elas vêm e falam. Quando a gente começa a conviver com a família, a gente vai criando um vínculo. E esse vínculo é confiança... né. Se eu me deparava... como foi o caso da menina de 19 anos [vítima de violência doméstica], que eu deparei com ela. Eu vi que tinha problema ali... Eu comecei a comentar sobre outras coisas... sobre programas, sobre... porque ela não estudava. Eu saía fora do agente comunitário... Mas por que é que ela não voltava a estudar? Por que é que não... tal? E com isso ela foi criando confiança. Depois que ela veio... aí a própria pessoa vem e consegue conversar... Ou desabafar. Não é nem pedir ajuda, é desabafar. Porque a vergonha da mulher, que a mulher sente quando ela é espancada, é muito grande. Então a gente sente... quando a gente está conversando com elas, que elas estão magoadas, que elas estão feridas... Então elas não querem expor isso para ninguém... (...) Eu acho que se a gente tivesse mais condições... para onde a gente*

*encaminhar...porque o agente comunitário está dentro da família. Quanto mais tempo está, mais confiança a família tem.” (Sônia, ACS).*

A partir de relatos como esse, é possível perceber que ACS podem desempenhar um papel crucial no estabelecimento de vínculos que permitam às mulheres vítimas de violência doméstica dividir suas angústias e desabafar a situação que estão vivenciando, como relata a ACS Sônia. Tomemos mais um exemplo relatado por uma enfermeira, a respeito do vínculo e também do cenário da atenção primária como potencializadores do acolhimento:

*“Você tem mais intimidade com o pessoal [mulheres] na Unidade do que no hospital. Porque no hospital você chega no balcão, na frente de todo mundo. Todo mundo vai te olhar, vai questionar. Vai haver comentário. E até na Unidade, como a gente trabalha com visita domiciliar é mais fácil, elas podem se abrir mais.” (Dirce, enfermeira).*

Diferentemente dos ambientes áridos dos hospitais, caracterizados por relações esporádicas e breves, as visitas domiciliares estimulam o estabelecimento de vínculos, pois propõem uma ampliação do *lôcus* de intervenção em saúde, incorporando em sua prática os espaços domiciliar e comunitários diversos, como cenários de atenção à saúde. Para *Nunes et al. (2002)*, essa característica vem contribuindo para o fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde das equipes e a comunidade local. Portanto, com base nos relatos das/os profissionais é possível observar que o espaço da Unidade de Saúde e a atenção primária à saúde ensejam ambientes mais propícios para que as mulheres que queiram revelar sua condição de vítimas de violência doméstica possam fazê-lo com menos constrangimentos e mais privacidade. Tais espaços também são capazes de permitir o maior estabelecimento de vínculo, pois o contato entre profissionais e pacientes é rotineiro.

E foi pensando exatamente nessa noção de vínculo, que foi desenhada a pesquisa de campo deste estudo, dirigindo um maior foco de atenção em três categorias profissionais atuantes na atenção primária à saúde: enfermeiras, fisioterapeutas e agentes comunitárias de saúde. Devido a um contato mais próximo e frequente com a comunidade, tais profissões são caracterizadas, na realidade daquela Unidade, pelo estabelecimento de relações mais consistentes com pacientes, caracterizando maior vínculo entre profissional e mulher. Percebeu-se, todavia, tendências gerais à medicalização de problemas das mulheres em relação a alguns profissionais, especialmente um fisioterapeuta, um ACS (ambos homens) e duas enfermeiras. Já a

maioria esmagadora das ACS, outra enfermeira e uma fisioterapeuta, por maior contato com o contexto de vida das mulheres, manifestaram um potencial de ações muito mais amplo, trazendo elementos da vida familiar e social, de certa maneira favorecendo a desmedicalização, relativizando a abordagem biomédica tradicional e pautando as abordagens mais em torno daquilo que vem sendo delineado como acolhimento em saúde.

Evidências para isso foram descritas ao longo do texto, como no caso da fisioterapeuta que ajuda a dar o banho na mulher que apanha do filho, maquiando-a, penteando-a, zelando pelo seu bem-estar; ou da enfermeira e da ACS que levam a mulher que recém deu a luz, com seu bebê recém-nascido a um hotelzinho, primando pela segurança e minimizando os riscos; ou ainda da ACS que traz pílulas anticoncepcionais para a mulher, sem que o marido saiba, uma vez que ele a proíbe de utilizar métodos contraceptivos, pois são contra os dogmas da religião. Outras situações também podem ser evidenciadas, embora seja importante também reconhecer as limitações que o sistema impõe a tais profissionais:

*“Tem uma moça na minha área que o marido xingou, humilhou ela na minha frente... e se achando ainda. Ele comprou uma máquina de costura, e daí ela falou: Ah tem que pedir não sei pra quem pra mostrar como costurava. Daí eu falei: Isso eu sei. Minha mãe era costureira, eu tenho máquina de costura e eu falei: Eu te mostro como que faz. E ele não tava em casa. Aí que ele chegou. Quando eu já tinha mostrado, ele falou assim pra mim: Tu tens que mostrar pra mim. Quem tem que mexer com essa máquina sou eu, porque essa mulher aí é muito burra. [exclamou a ACS]. Então isso pra mim também é uma violência, porque como você se sentiria, na frente dos seus filhos. Que a tua companheira, o teu companheiro te chamasse assim. Alguém que vive junto com você, que diz que gosta de você. (...) Ele humilhou ela... não é só bater [a violência doméstica]. Até esses dias, quando eu fui lá de novo, eu conversei com ela... daí se eu desse um pouco de corda ela ia começar a chorar na minha frente. Ela quer separar mas ela não tem emprego. E ela tem seis filhos ainda. É e de repente se ela tivesse o seu emprego, as coisas mudariam também dentro de casa, de repente nem precisaria separar. (...). A gente não tem muita ajuda. Não tem ninguém que auxilia. A enfermeira Helga até tenta ajudar, mas tu vais fazer o que? Legalmente a gente não pode fazer nada... A nossa função é orientar. Eu posso dizer ó você poderia fazer isso... deveria tentar. Que nem... procurar um trabalho, tentar ser mais independente. Mas fazer uma coisa efetivamente... é complicado. A gente só pode orientar. (...) [suspiro...] Você quer resolver tudo né? [riso embaraçoso] Mas pra resolver a situação dela só arrumando um emprego pra ela e esse poder eu não tenho. Então, é que nem eu já te falei. O que eu falei pra ela é que ela teria que tentar arrumar um emprego, tentar ser mais independente. Não posso falar mal do marido dela, na frente dela dizer: Ah, porque o cara*

*não presta... Então isso não cabe. Pra ela, mesmo que ela estivesse de bem com o marido, seria melhor ela trabalhar. Então a gente gostaria de poder ajudar mais, mas fazer o que? (Solange, ACS).*

Novamente ficam realçadas questões como vínculo entre ACS e mulher vítima de violência doméstica, assim como as relações assimétricas entre os gêneros e também as limitações estruturais do sistema, relativas ao encaminhamento das mulheres que estão vivendo essa situação e que desejam mudar tal panorama. Essas limitações acabam por gerar angústias às/aos profissionais, uma vez que querem ajudar as mulheres, mas há poucos subsídios que sustentem essa intenção. A falta de uma estrutura de assistência social decente, que seja capaz de inserir essas mulheres no mundo do trabalho, para que possam adquirir independência financeira e optar por viverem sem seus cônjuges, é exemplo de uma lacuna destacada por muitas/os profissionais daquela realidade. Desse modo, as atividades acabam se restringindo a ações pontuais, desenvolvidas por iniciativa de apenas algumas profissionais, principalmente aquelas que mais se solidarizam com a situação, mais desenvolvem vínculos com pacientes e que estão mais imbuídas de ajudar. A ACS Sônia adiciona nessa direção:

*“- A enfermeira Vivian era... ela era muito humana. [fala em tom emocionado]. Então quando tinha uma coisa assim [mulher vítima de violência doméstica] ela se apegava mesmo, e até a fazer curativo todo dia. Mas... ela também não tinha pra quem recorrer. Porque eu a via ser xingada várias vezes... que não era da alçada dela ela estar se metendo nisso. Né, então não é tua obrigação você está se metendo onde não é chamado... eu ouvia. [questionei a respeito de quem afirmava isso] - Os outros profissionais, porque a gente tem uma escala hierárquica... então, eu cansei de ouvir isso. Eu escutava e ficava quietinha, né. Tadinha... e eu ficava até com pena dela. Então, determinadas coisas a gente fazia, até ninguém ficava sabendo, que era melhor não saber.” (Sônia, ACS).*

Esses relatos destacam, entre outros pontos, questões hierárquicas do sistema de saúde e falta de estrutura de suporte, que tolhem a possibilidade de estabelecimento de outras abordagens na condução do problema. Confrontando esses relatos com a literatura a respeito do acolhimento em saúde, também fica evidenciado o papel chave que profissionais de saúde, especialmente as ACS podem desempenhar para promoverem o que vem sendo assinalado como outros modos de cuidado em saúde de mulheres vítimas de violência doméstica. O fato de ACS serem pessoas que residem e trabalham no mesmo local, torna-as/os capazes de conviver com a realidade e as práticas de saúde do bairro de uma maneira muito mais próxima e com mais pertencimento. São profissionais formadas/os em certa medida a partir de alguns referenciais biomédicos, sendo portanto,

atores mestiços, que veiculam as contradições e ao mesmo tempo a possibilidade de um diálogo profundo entre diferentes saberes e práticas, sejam elas populares ou biomédicas. Desse modo, Nunes *et al.* (2002) colocam esse personagem como “híbrido e polifônico”. Híbridos, pois são capazes de conviver com essas diferentes óticas (saberes populares e saberes biomédicos) e ainda traduzir o discurso entre um grupo e outro, portanto, polifônicos. Veiculam as contradições e ao mesmo tempo a possibilidade de um diálogo profundo entre profissionais de saúde e pacientes. Uma das situações em que a ACS foi referida como elo entre mulher vítima de violência doméstica e o sistema de saúde foi descrito por uma enfermeira (ao mesmo tempo em que esta última se exime do caso):

*“Teve um caso de agressão física, por causa de bebida, droga. (...) Aí, quando a gente falou que eu ia fazer uma visita, ela [mulher] não quis, de vergonha. Porque ela falou pra agente e a agente me comunicou. Aí eu disse pra ACS: Fale pra ela [mulher] que eu vou fazer uma visita. Daí ela já falou que não, não quer. Deve ser o medo, vergonha... Na época passei pra assistente social, só que, eu não sei [sobre o desfecho]...”*  
(Dirce, enfermeira).

Os relatos sobre o potencial que as ACS podem exercer no que vem sendo apontado como acolhimento em saúde são diversos. Algumas ACS relataram que foram/são vítimas de violência doméstica, inclusive uma que sofreu estupro de seu ex-marido. Poderiam situações como essa, compartilhadas tanto por pacientes como por profissionais contribuir para o estabelecimento de confiança, vínculo e empatia entre estas duas personagens? Para Nunes *et al.* (2002) a/o ACS tem-se revelado o ator mais intrigante no que se refere à relação de trocas entre profissionais de saúde e pacientes, pois inscreve de forma privilegiada uma posição estratégica de mediador entre a comunidade e o pessoal da saúde, podendo funcionar ora como facilitador, ora também como empecilho nessa mediação. Por conseguinte, ocupa uma função de poder na comunidade, de acordo com o binômio amizade/inimizade, podendo ser positivamente interpretado em casos de aliança e de boa relação ou então pode ser rechaçado, no caso oposto.

Na realidade estudada, os principais empecilhos encontrados em relação à atuação de ACS foram relacionados às questões éticas e às fofocas, já mencionadas anteriormente. Muitas pessoas temem as fofocas de ACS, especialmente nas

comunidades onde todos se conhecem, fato inclusive relatado pelas/os próprias/os ACS e por uma enfermeira:

*“...A questão da ética é complicada... Porque as vezes [as/os ACS] sabem de um, sabem de outro, e acabam comentando né... a coisa é muito complicada... e município que é pequeno, todo mundo conhece todo mundo...”* (Helga, enfermeira).

Dentre as atribuições das/os ACS esquadrihadas pelo Ministério da Saúde (MS), duas merecem realce: “orientar as famílias para a utilização adequada dos serviços de saúde” e “informar os demais membros da equipe de saúde acerca da dinâmica social da comunidade, suas disponibilidades e necessidades” (MS, 1998, p. 18). Esse movimento bidirecional que ao mesmo tempo municia profissionais e o próprio sistema de saúde com elementos chave para compreensão das condições de saúde da população, também reverbera as vozes das pessoas da comunidade para dentro do sistema. Em outras palavras, o “leva e traz” característico desse *métier* carece de profundas reflexões éticas e bioéticas, uma vez que lida despudoradamente com informações particulares e muitas vezes sigilosas.

Nunes *et al.* (2002) alocam a/o ACS como tradutor/a no bojo do sistema de saúde, conforme o conceito de tradução proposto por Geertz (1983). Nesse caso, a/o ACS traduz para o universo popular, conhecimentos e práticas biomédicas, assumindo a figura de intermediador/a proveniente das classes populares, fundamentado na comunicação de saberes desenvolvidos em um universo técnico-científico específico, com aspectos fortemente influenciados por práticas presentes em outra camada social. A fala da ACS Mônica exemplifica algumas dessas noções:

*“A minha parte eu faço... Sempre todo e qualquer problema na minha área eu mando pra minha chefe [enfermeira Helga]. Daí vai dela mandar pra frente né... Porque eu muitas vezes até vou na Secretaria de Saúde... Só que eu não posso passar por cima dela [enfermeira]. Só que eu falo pra ela e já faço pressão pra cima dela... Eu fico ali que nem um tumor pra cima dela. [narra a ACS incisivamente]. E eu sou muito pelo povo né. Que nem eu falei... eu sou ACS, não é pelo salário, porque é defasado, mas pelas pessoas sabe, porque eu gosto do ser humano, eu gosto de poder ajudar. Tem uma moça na minha área que tem problema mental. E quando ela está sem remédio ela tira roupa na rua, ela bagunça... só que me dá dó, porque a família não tem condições nem de comprar pão pra comer. Então eu chego na Helga, porque ela tem acesso, né. Consegu*

*rapidinho. Daí ela me dá remédio para dois meses para menina. Então desde que eu comecei a trabalhar, a mãe não precisou vender nada da casa pra comprar os remédios. Eu falei para ela [Helga], eu preciso de você. Eu tenho ela como um exemplo. Eu batalho por eles [moradores/as], muitas vezes eu sofro junto. Muitas vezes eu vou pra casa e não descansei no fim de semana, eu fiquei pensando na menina que ia ficar sem remédio. Eu já fico com aquilo na cabeça... [demonstrando uma expressão de sofrimento]. Então eu me envolvo na vida e não adianta. Eu já quis mudar, mas não adianta. Eu sou assim... Então acabo me envolvendo. Eu não to ali pra pegar uma assinatura e ta bom, tchau. Não é esse o meu trabalho. O meu trabalho é ouvir e poder ajudar. Eu queria q todo mundo fosse assim... todo mundo que faz parte da saúde, né. O que eu queria que tivesse mais aqui em Matinhos era emprego. Pra não ter tanto problema com roubo, tráfico, violência, essas coisas.” (Mônica, ACS).*

Aqui fica enfatizado o comprometimento da ACS com a população sob seus cuidados, inclusive verbalizada pela preocupação com o povo e não apenas com o salário, ou com o mero preenchimento de fichas e outras atividades burocráticas. A relação entre ACS e enfermeiras também é fundamental nesse processo, pois cabe às/aos ACS trazerem as demandas, mas cabe às enfermeiras trazerem as soluções. A escalação de residentes da própria comunidade para compor a equipe de saúde desempenhando o ofício de ACS permite que as pessoas compartilhem um mesmo contexto social e cultural e um mesmo universo linguístico. Essa partilha facilitaria a identificação de fatores intervenientes no processo saúde-doença, como por exemplo, as interfaces locais entre violência e saúde, assim como estratégias mais eficazes para manutenção da saúde. Todavia é prudente que tais personagens também reflitam sobre sua atuação nas comunidades. Merece ser extrapolado o objetivo positivista que lhes é imposto, caracterizado pela vigilância e condução da população à adoção de hábitos e estilos de vida saudáveis. Tais implicações engendram uma normatização da vida, que passaria a ser exclusivamente enxergada por elementos do prisma biomédico, sem que haja um esforço de contextualização ou reflexão.

Ao mesmo tempo, ainda em relação às/aos ACS, outro ponto nevrálgico oriundo desse panorama é o parco investimento em formação, capacitação e qualificação desses profissionais. Tal fato também é relatado por diversos/as agentes comunitários/as:

*“... O que falta realmente é a formação para o ACS... a capacitação para o ACS. E dentro da capacitação você já tem que estar informando sobre isso [VDCM]. Porque a partir do momento que você tem uma capacitação, você tem como passar uma informação. Por exemplo, mês passado veio o pessoal do INSS e... não capacitou, mas informou sobre esse assunto. Foi muito bom, mas precisava... os ACS aprender a*

*continuar os seus estudos... e ensinar o ACS como se portar, como você abordar, chegar na casa do paciente, cliente, amiga... o que você vai conversar com a pessoa? Ou você vai chegar lá e dizer: Oi Dona Maria, tudo bem? Assine aí... [em tom de ironia]. Então não é por aí..."*  
(Giancarlo, ACS)

Para (Nunes *et al.*, 2002), a formação que ACS recebem, lhe dá um sentimento orgulhoso de diferenciarem o seu conhecimento em relação ao conhecimento popular que dispunham previamente, lhes conferindo então certo prestígio social. Isso porque o saber biomédico situa-se numa escala superior na hierarquia de saber da sociedade. Por outro lado, esse processo gera ansiedade no/a ACS quando este/a compara seu conhecimento com o de outros/as profissionais da equipe de saúde. Os autores também chamam atenção para a posição que ACS ocupam na equipe de saúde, que se revela mais crítica quando compara o seu salário com o de outros membros da equipe. Nesse caso é comum se sentirem insatisfeitos/as tanto em relação à valorização profissional quanto à educação que recebem.

Esse ponto remete a outro aspecto significativo observado, e citado há pouco, que foram as relações de poder(es) que se estabelecem no interior dos serviços de saúde. Algumas dessas relações se manifestam em escalas hierárquicas tanto entre profissionais quanto entre profissionais e pacientes. Além da hierarquia já estabelecida pelo sistema, centrada na figura dos/as médicos/as, figurou uma hierarquia entre ACS e demais profissionais de saúde. Também emergiram hierarquias de gênero em relação às categorias profissionais, em que os médicos da Unidade eram homens, as enfermeiras todas mulheres e a grande maioria das ACS também mulheres. Assim, assimetrias denunciadas pelos estudos de gênero ficaram aqui também realçadas no espaço da Unidade de Saúde: os cargos/profissões de menos prestígio são executados pelas mulheres e o salário delas é menor, enquanto os homens ocupam posições de maior importância, associadas ao poder e saber científico e que além de tudo são mais rentáveis. Tais aspectos só vêm a alertar sobre duas questões centrais no entendimento desta tese: as assimetrias de gênero e elementos da biomedicina que engendram relações assimétricas entre profissionais e entre profissionais e pacientes.

O sistema de saúde é assimétrico, reproduzindo o modelo de controle e desequilíbrio de poder presente nas relações de gênero, entre profissionais de saúde e entre profissionais e pacientes, por meio da defesa do conhecimento técnico. Agentes comunitárias/os de saúde, apesar de também afetadas/os por esse contexto, parecem não traduzir integralmente essa assimetria em suas relações com as mulheres, quando

comparados/as com outras/os profissionais de saúde. Por serem membros daquela comunidade, se colocam em posição hierárquica mais horizontalizada com relação às mulheres e homens de sua área de atuação.

Por fim, podemos considerar que o que se observou no campo de estudos são a presença de relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica que se tensionam entre pressupostos do atendimento tradicional, influenciado por alguns fatores da biomedicina, de caráter mais biologizante e medicalizante, e o acolhimento, que se pauta em abordagens mais subjetivas, tendo o diálogo e o estabelecimento de vínculo como eixos estruturantes. Tais abordagens coexistem e foram destacadas a partir da pesquisa de campo. Com base nas acepções teóricas foram realçadas ações executadas por alguns/as profissionais (mesmo que pontuais e informalmente) que convergem com os pressupostos daquilo que vem compondo o rol de particularidades do acolhimento em saúde. As vozes de profissionais que fazem ou ao menos se esforçam para tentar fazer a diferença naquela realidade tentou ser trazida à tona, sendo cotejada com literatura. Todavia, apesar das ações e iniciativas individuais e coletivas das/os profissionais, percebe-se que o sistema encontra-se alicerçado sobre bases sólidas de elementos da biomedicina, que poderiam ser repensadas para potencializar outros modos de cuidado de mulheres vítimas de violência doméstica pelas/os profissionais, e também repensar, de modo ampliado, o próprio sistema de saúde.

### **5.3 Extrapolando fronteiras em busca de outras abordagens: um retrato do cenário australiano**

Esta seção empreende uma breve descrição de outra realidade, proveniente de vivência acerca do tema, fruto do estágio-sanduíche no exterior. Nos parágrafos a seguir, será enfatizado um pouco do contexto australiano no que tange ao objeto de estudo desta tese. Não é intento aqui descrever com profundidade o cenário da Austrália concernente ao tema, pois isso por si só se configuraria na materialização de outra tese, com outros objetos e objetivos de estudo. Serão apenas trazidos, em poucos parágrafos, alguns elementos a partir daquela experiência, que podem contribuir no florescer de discussões nas primaveras daqui.

Durante os cinco meses de estágio-sanduíche na Austrália, sob a orientação da Prof<sup>a</sup>. Angela Taft do “*Mother and Child Health Research*”, vinculado à “*La Trobe University*”, em Melbourne, realizados ao longo do primeiro semestre de 2010, foi possível conhecer e compreender outros modos de refletir sobre o tema em relevo. Diferentes aportes teóricos, práticos e metodológicos foram descortinados e sem a intenção de julgar méritos ou compará-los com os ancores brasileiros, irei apenas descrevê-los, mesmo que resumidamente e em partes. Ressalto que durante o período não foi realizada pesquisa de campo de cunho etnográfico nem entrevistas em profundidade com profissionais de saúde, tampouco com mulheres vítimas de violência doméstica. Assim, as observações elencadas a seguir são fruto de pesquisas bibliográficas, sucessivas reuniões de discussão com pesquisadores e estudantes de pós-graduação, participação em eventos, diálogos com profissionais de saúde e visitas a campo.

Inicialmente cabe delinear sucintamente como se constitui o cenário da atenção primária à saúde na Austrália, para então tecer alguns comentários sobre como é a abordagem em saúde entre profissionais que integram a atenção primária e mulheres vítimas de violência doméstica. Na sequência, serão descritas em linhas gerais algumas das estratégias em saúde direcionadas às mulheres vítimas de violência doméstica, bem como serão expostos alguns enunciados a respeito de abordagens de atendimento em saúde preconizados pelo sistema de saúde daquele país.

Na Austrália a dicotomia entre sistema público e privado de saúde é menos evidente. O sistema público, denominado “*Medicare*” atende universalmente todos/as os/as cidadãos/ãs australianos e há alternativamente os planos de saúde. Assim, se uma pessoa demanda por serviços de saúde, pode aportar no sistema por meio da esfera pública, ou privada, neste último caso por meio dos convênios ou de procedimentos particulares. A atenção primária à saúde (*primary health care*) em nível público tem como cenários de prática os centros de saúde, e também consultórios de profissionais de saúde.

Os centros de saúde (“*Health Centres*”) são comunitários, ou seja, são localizados em diversos bairros das cidades e contam com os mais diversos serviços, tais como consultas, pequenos procedimentos, grupos de atividades, entre outros, todos executados de forma gratuita. Diversas categorias de profissionais de saúde podem trabalhar nesses centros, tais com os/as médicos/as clínico-gerais, denominados *GP’s* (“*General Practicionists*”), enfermeiros/as, fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos/as, etc. Já os centros especializados em saúde materno-infantil, denominados “*Maternal and Child*

*Health Care Centres*” oferecem atendimento totalmente gratuito para gestantes, mães, bebês e crianças, em locais também espalhados pela cidade. Nesses locais, atuam as “*Maternal and Child Health Care Nurses*” (MCHCN), que são enfermeiras especializadas no atendimento de gestantes e mães com filhos recém-nascidos até três anos de idade. A consulta com essas enfermeiras também é gratuita e obrigatória para todas essas mulheres durante esse período. Desse modo, esses centros especializados em saúde de crianças e mulheres gestantes e puérperas podem se configurar em importantes locais de ancoradouro de mulheres em situação de violência doméstica no sistema de saúde, sendo, portanto, alvo de recentes estudos (Taft *et al.*, 2009; Hegarty *et al.*, 2010).

O outro segmento da atenção primária à saúde na Austrália são os consultórios dos *GP*'s, que são médicos “clínico-gerais”, os quais atuam localmente nas comunidades. Outras denominações que esses profissionais também recebem, conforme coloca McNair *et al.* (2009) são: “*primary care physician*” (médico de cuidados primários), “*clinician*” (clínico), ou “*health care provider*” (provedor de cuidados à saúde), sendo que *GP* é o termo mais adotado na Austrália. Esses profissionais trabalham em consultórios ou clínicas, localizados em numerosos pontos das cidades, podendo haver a congregação de mais profissionais em um mesmo espaço. Os/as moradores/as de uma comunidade geralmente procuram por *GP*'s que atuem próximos a sua área de residência, seguindo, de certo modo, um modelo de territorialidade. Esses serviços não são totalmente gratuitos, uma parte é financiada pelo *Medicare*, enquanto outra é paga pelas/os usuárias/os. Após a/o usuária/o do serviço de saúde ser atendida/o pelo/a *GP*, este/a emite uma conta referente aos seus procedimentos, que é paga pelo/a indivíduo/a e posteriormente é restituída pelo governo. Em alguns casos, a conta é restituída integralmente, em outros, apenas uma porcentagem variável, de acordo com o cadastro sócio-econômico da pessoa. Interessante notar que os centros de saúde existem em número bem menor do que os consultórios de *GP*'s, sendo, portanto muito mais concorridos que estes últimos, dada sua natureza de tratar universalmente e gratuitamente todas as pessoas usuárias do sistema *Medicare*. Outras considerações pertinentes são que na atenção primária à saúde na Austrália, profissionais de saúde realizam predominantemente consultas individuais, seguindo uma lógica muito mais de atenção secundária à saúde com foco individualizado, do que ações coletivas de promoção de saúde e prevenção de doenças; também não há a presença de profissionais agentes comunitários/as de saúde, nem visitas domiciliares, exceto visitas feitas pelas *MCHCN*, para as gestantes e mães parturientes que recém deram a luz.

Em relação à violência doméstica contra mulheres na Austrália, de modo similar a outras partes do mundo, era vista inicialmente por profissionais de saúde como um problema privado das mulheres, se apresentando sob queixas e sintomas analisados sob componentes do prisma biomédico. A questão apenas adentrou com significado mais amplo na agenda da saúde após o movimento de mulheres militar incisivamente para que serviços sociais, de saúde e que o governo respondessem adequadamente ao problema (Roberts, 2006; McGregor e Hopkins, 1991).

Conceitualmente, na arena acadêmica australiana, o termo mais adotado para referir-se à violência doméstica praticada contra mulheres é “violência por parceiro/a íntimo/a” (*intimate partner violence* - IPV) (Hegarty, 2006). O termo também vem sendo aos poucos adotado no cenário brasileiro (Schraiber *et al.*, 2007; Barros *et al.*, 2011) e recomendado pela OMS (Krug *et al.*, 2002). As convergências e divergências entre os termos já foram elucidadas no capítulo 3. Entretanto convém destacar que nesta tese esse termo não foi adotado, porque a pesquisa de campo revelou que a violência doméstica que atinge mulheres inscritas na Unidade de Saúde do Tabuleiro não é apenas praticada por seus/suas parceiros/as íntimos/as. Os relatos envolvendo filhos, netos, pais e padrastos que também praticam atos de violência doméstica contra mulheres foram numerosos naquele contexto. Portanto, a decisão pela adoção do termo “violência doméstica contra mulheres” traz luzes também a essa faceta do problema, evidenciando que tais relações aparecem de modo associado às assimetrias de gênero. Ou seja, na realidade litorânea estudada, as relações conflituosas se deram majoritariamente entre homens e mulheres, seja entre parceiros íntimos, entre mães e filhos, avós e netos, filhas e pais/padrastos, entre outros.

Embora na pesquisa de campo não tenha sido observada nem relatada a violência doméstica contra mulheres praticada por outras mulheres, convém destacar que as políticas públicas Australianas contemplam esse tipo de configuração. Apesar de existir um hiato de estudos nessa área, tanto lá quanto aqui, cabe mencionar uma pesquisa realizada com a comunidade lésbica do Reino Unido, por Donovan *et al.* (2006). O estudo, que entrevistou uma amostra de 421 mulheres não-heterossexuais, revelou que cerca de 40% delas já evidenciaram violência por parceira íntima. Esses dados não podem passar despercebidos, e merecem mais atenção e estudos aprofundados, especialmente nas realidades ainda não pesquisadas. A violência nessas relações refletiria algum modelo de assimetria de gênero? Poderia reproduzir preceitos da heteronormatividade? A orientação sexual poderia contribuir ainda mais para a

invisibilidade do problema? Estariam as/os profissionais de saúde sensibilizados para essa questão? Ou poderiam contribuir para o agravamento da situação por meio de atitudes preconceituosas e lesbofóbicas?

Ciente de especificidades como essa (entre outras), foram editadas recentemente na Austrália duas importantes políticas de saúde para as mulheres, no tocante ao manejo da violência doméstica nos serviços de saúde: “*Time for action: the national council's plan for Australia to reduce violence against women and their children, 2009-2021*”(2009) e “*Family violence risk assessment and risk management: supporting an integrated family violence service system*”(2007). A abrangência de tais estratégias é de grande envergadura e o debate em torno dessas táticas é bastante vasto e rico. Obviamente não poderei explorar com muitos detalhes aqui, mas compete destacar que além de incluir em seus textos o respeito à diversidade sexual, tais políticas também chamam a atenção para o cuidado em saúde considerando outros aspectos relacionados às mulheres, tais como idiossincrasia, ambiente em que vivem as mulheres (rural/urbano), geração (jovens/idosas), deficiências e necessidades especiais, e diversidade étnica, levando em conta a miscelânea de etnias que compõem aquele país. Destaca-se de modo particular nesse mosaico de povos, as mulheres aborígenes, nativas daquela terra e que referem índices de violência doméstica cerca de três vezes maior do que a população não-indígena (Mouzos e Makkai, 2004). Outras prioridades de tais estratégias são o foco na prevenção, em abordagens integradas de suporte que envolvam todos os membros da família: mulheres, agressores/as e crianças (Taft *et al.*, 2004; Hegarty *et al.*, 2008; Taft e Shakespeare, 2006); o rastreamento e detecção precoce dos casos nos serviços de saúde, especialmente no âmbito da atenção primária (Ramsay *et al.*, 2002; Taft, 2001); capacitação e formação permanente de profissionais de saúde sobre questões relacionadas ao problema (Warshaw *et al.*, 2006; Taft *et al.*, 2009).

Aparte das especificidades de políticas e do sistema de saúde, talvez o fato mais significativo para esta tese é que na realidade australiana de cuidado à saúde, não existe a noção de acolhimento em saúde. Na verdade, tal noção não existe para os países de língua inglesa. Não há uma palavra em inglês que possa traduzir toda a amplitude de significados inscritos neste termo. Alguns pesquisadores brasileiros (Franco *et al.*, 1999; Tesser *et al.*, 2010; Brehmer e Verdi, 2010; Scholze *et al.*, 2009; entre outros/as) utilizam equivocadamente o termo “*user embracement*” no lugar de acolhimento, em traduções para o inglês de seus textos escritos originalmente em português. Entretanto tal termo não tem o mesmo sentido na língua inglesa, traduzindo-se em algo como “abraçamento do

usuário”. No entanto, outros rótulos são utilizados por lá para expressar propostas que têm interfaces com o que vem sendo apontado como acolhimento ao longo desta tese.

Nessa perspectiva, McNair *et al.* (2009) chamam a atenção para dois modelos de interação entre pacientes e profissionais de saúde difundidos na Austrália: “competência cultural” e “paciente-centrado”. Ambas as propostas aparecem em contraponto à abordagem da biomedicina tradicional centrada em aportes biológicos, incorporando aspectos sociais e psicológicos no cuidado às pessoas. Ambas também estão preocupadas com o endereçamento de agendas e expectativas de cuidado de pacientes e, além disso, chamam atenção para uma prática reflexiva. A competência cultural coloca a “cultura” de cada pessoa no centro do encontro em saúde. Nesse caso, as autoras usam amplamente a definição de cultura como o conjunto de crenças habituais, formas sociais e traços materiais de grupos étnicos, religiosos ou sociais da pessoa. Já o modelo “paciente-centrado” que é o predominante na base da educação em saúde na Austrália atualmente, focaliza a qualidade de atendimento individual, diferenciando-se da competência cultural, pois esta se expande buscando a qualidade do cuidado para grupos e setores populacionais menos favorecidos (Teal e Street, 2009). Poderia ser esta última proposta mais próxima de uma abordagem fundamentada em princípios da saúde coletiva? Que elementos tais propostas podem contribuir nas discussões desse campo?

Como definição de cuidado culturalmente competente<sup>49</sup>, observa-se que:

“Culturalmente apropriado refere-se a uma atitude imparcial e uma política organizacional que valoriza a diversidade cultural na população servida. Competência cultural reflete uma compreensão de diversas atitudes, crenças, práticas e padrões de comunicação que podem ser atribuídos à raça, etnicidade, religião, status socioeconômico, contexto histórico e social, capacidade física ou mental, idade, gênero, orientação sexual ou status geracional e aculturação. Isso inclui consciência de que diferenças culturais podem afetar a saúde e a efetividade do cuidado em saúde”. (Hunter e Baer, 2007, p. 659).

Basicamente esse modelo de cuidado, que emergiu principalmente de estudos com pessoas portadoras de HIV e também da comunidade LGBT, incorporando a dimensão orientação sexual no cuidado à saúde, sugere que quando profissionais de saúde incorporam essa perspectiva (competência cultural) e compreendem sua influência

---

<sup>49</sup> Tradução para o português efetuada pelo autor desta tese.

na vida das pessoas, eles/as podem ser capazes de prover cuidado mais apropriado e adaptado às diversidades da população. Assim, mulheres vítimas de violência doméstica poderiam ser consideradas como integrantes de um grupo com uma “cultura” particular, imbuída de conjunto de valores, crenças, comportamentos sociais e conexões com a realidade, que as colocam num determinado contexto social. Tal modelo é reconhecido nas políticas de saúde da Austrália e também pelo “*Royal Australian College of General Practitioners*”<sup>50</sup>, preconizando um cuidado respeitoso e culturalmente apropriado às/aos pacientes. Entretanto, tal expressão pode levantar uma série de indagações: ao se revelar como uma “atitude imparcial”, isso implicaria em profissionais indiferentes e neutros/as frente a problemas complexos, como a violência doméstica contra mulheres? Poderia tal termo estar apenas camuflando características que vem sendo preconizadas por abordagens fragmentadoras, que colocam a imparcialidade e o distanciamento entre profissional e usuária? De que modos seriam valorizadas tais diversidades culturais? A população realmente desejaria tal abordagem?

Já em relação ao “cuidado paciente-centrado”, proposto por Stewart *et al.* (1995) originalmente em inglês como “*patient-centred care*”, surgiu em contraponto ao modelo “médico-centrado”<sup>51</sup>, no qual o/a profissional é o “dominante” do encontro, tomando decisões que ela/ele acredita ser o interesse da/o paciente, sem levar em conta a subjetividade deste último. Enquanto isso, a abordagem paciente-centrada configura-se muito menos em controle pela/o profissional, encorajando a participação das/os pacientes e fomentando uma relação mútua entre paciente e profissional. O conceito de paciente-centrado vem ganhando destaque e sendo utilizado paulatinamente, porém ainda é pobremente entendido sob o prisma conceitual. Talvez seja muito mais comumente empregado como uma categoria não-tecnológico-centrada, não-médico-centrada, não-hospitalocêntrica ou não-patológico-centrada. (Stewart, 2001). É derivado das ideias de Rogers (1951), que utilizava a “teoria cliente-centrada”, a qual estimulava profissionais de saúde a adotarem um modelo de práticas biopsicossociais.

A abordagem paciente-centrada possui seis componentes fundamentais, conforme argumentam Stewart *et al.* (1995). São eles: explorar/avaliar a doença e a experiência da doença; integrar a avaliação com a compreensão da pessoa como um todo; encontrar um campo comum entre paciente e profissional de saúde; incorporar a prevenção e a

---

<sup>50</sup> Entidade máxima que congrega os profissionais GP’s na Austrália.

<sup>51</sup> Aqui se utiliza o termo “médico-centrado”, termo que pode ser considerado ápice da lógica biomédica, pois centraliza, reifica e resume a atuação em saúde ao profissional médico. Uma proposta seria minimamente extrapolar a abrangência do termo aos demais profissionais de saúde, que ainda não seria ideal, mas teria como resultado a expressão “profissional de saúde-centrado”.

promoção; construir uma relação duradoura entre paciente e profissional da saúde; e ser realístico/a, na alocação de recursos na prática.

Tais componentes mereceriam ser discutidos com mais profundidade, pois remetem a assuntos que já vêm sendo discutidos nesta tese, como a questão do vínculo profissional-usuária/o, buscando construir relações duradouras. Por outro lado, esses pressupostos também se nucleiam em aspectos da doença quando se propõem a explorar a experiência da doença. Buscam apenas “incorporar” ou em outras palavras “anexar” a prevenção e a promoção, sem que essas diretrizes sejam os pilares fundamentais do cuidado em saúde. Parece que a lógica do tratamento de doenças persiste neste modelo, além de tratar as pessoas como “pacientes”, passíveis de receber tal tratamento e não como sujeitos corresponsáveis pelo processo de saúde. Outros autores também destacam limitações da abordagem, como por exemplo, a viabilidade de implementar todos seus domínios na prática (Little *et al.* 2001).

Em relação ao emprego da expressão “pessoa como um todo”, subentende-se que esteja implícita a noção de integralidade do cuidado, devendo-se levar em consideração tanto a cultura da/o usuária/o do serviço de saúde quanto da/o profissional, numa via de mão dupla. Praticar a abordagem paciente-centrada também requer o desenvolvimento de orientações que provenham suporte não apenas para as/os profissionais de saúde, mas também para que as/os usuárias/os do sistema de saúde participem de seu próprio cuidado (Stewart *et al.* 1995).

Outro aspecto relevante concernente a esses temas é se as pessoas realmente desejam ser abordadas por meio dessas estratégias ou se anseiam por uma abordagem mais convencional, baseada em aspectos da biomedicina, como exames físicos, laboratoriais e prescrição medicamentosa. Um estudo desenvolvido por Little *et al.* (2001), explorou esse cenário por meio de aplicação de um questionário a 865 pacientes da atenção primária. O estudo evidenciou que grande parte dos pacientes tem preferência pela adoção desta estratégia (paciente-centrada), realçando três principais aspectos: comunicação, que inclui escuta, exploração dos interesses, necessidade de informações, relação paciente-profissional e explicações claras; a segunda foi parceria, incluindo aspectos da comunicação buscando convergir num campo comum, tais como discussão e concordância mútua sobre as ideias, problemas e tratamentos do paciente; por fim, a terceira foi a promoção da saúde, incluindo ações sobre como permanecer saudável e reduzir riscos de futuras doenças. Mead e Bower (2000) também conduziram um estudo de revisão de literatura sobre a categoria, identificando algumas dimensões comuns entre

eles, tais como: uma perspectiva biopsicossocial; paciente como uma pessoa; divisão de poder e responsabilidade; aliança terapêutica; e profissional como uma pessoa.

Outra perspectiva também em voga na realidade australiana provém de Beach e Inui (2006), que publicaram um artigo a respeito do “cuidado relacionamento-centrado”, sugerindo que a qualidade do **relacionamento** profissional-paciente é o cerne, mais do que puramente a questão da/o paciente como centro da abordagem. Essa categoria é baseada em quatro princípios, que são: reconhecer a personalidade de todos os atores no relacionamento; inclusão de necessidade de respostas autênticas; reconhecimento da importância das emoções e desafiando o tradicional distanciamento profissional-usuário/a; entendimento que todo relacionamento de cuidado em saúde tem influência recíproca e pode ser baseado na amizade; e que há valor moral em relacionamentos genuínos. Os autores sugerem que existem muitos benefícios no cuidado relacionamento-centrado, incluindo as/os usuárias/os se sentirem respeitadas/os, satisfeitas/os com isso e confiando em seu cuidador/a, aderindo ao tratamento.

O conceito de reciprocidade é fundamental no modelo de cuidado relacionamento-centrado e aparece principalmente relacionado à construção de confiança, conforme destacado pelo *Royal Australian College of General Practice*: “a relação profissional-usuária/o ideal envolve a colaboração baseada no respeito mútuo e responsabilidade mútua para a saúde da/o usuária/o” (RACGP, 2007, p. 43). Buetow (2005) vai além ainda nessa discussão, propondo o cuidado na atenção primária como “co-provisão”, que ele define como sendo um compromisso de cuidado recíproco e responsabilidade mútua, cujos ambos profissionais e usuárias/os se beneficiam.

Todas essas formas de cuidado buscam deslocar a centralidade da figura do/a médico/a ou de profissionais da saúde e são apenas mais alguns de muitos tipos de centralidade que tem aparecido na literatura nos últimos 50 anos. Hughes *et al.* (2008) revisaram a literatura sobre cuidado cliente-, família-, paciente-, pessoa- e relacionamento-centrado para comparar os conceitos e determinar seus valores individuais e coletivos. Eles observaram que conceitualmente cada tipo de centralidade contém os mesmos temas e alcançam os mesmos objetivos, visando tornar a biomedicina mais “humanizada” e focando no cuidado como um esforço mútuo. Por outro lado, os autores também advogam para manter cada um desses termos, pois se aplicam a diferentes contextos ou cenários de cuidado em saúde.

Fato importante para esta tese é que esses rótulos convergem, mesmo que parcialmente com a noção de acolhimento em saúde. A proposta brasileira, de modo

similar a esses enunciados, se distancia das bases mais tradicionais da biomedicina já comentadas (apelo biologizante, visão mecânica do ser humano, abordagens médico-centradas, etc.), se aproximando mais de abordagens que tomam a integralidade em ações de saúde como desígnio final. O acolhimento também objetiva deslocar a centralidade do cuidado dos/as profissionais de saúde para a centralidade na pessoa (paciente). O aspecto das relações entre profissional e paciente também é considerado como um dos pilares norteadores do acolhimento em saúde, sendo que o diálogo e estabelecimento de vínculos são partes essenciais para a efetivação da proposta. O sentido de co-provisão e co-cuidado das ações em saúde, em que tanto profissional quanto paciente são corresponsáveis pela efetivação da saúde, também está implícito nesta noção. Portanto, seria o acolhimento em saúde uma proposta que mereceria ser traduzida para as primaveras de lá?

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nestas últimas páginas, não caberia elaborar uma “conclusão” no *stricto sensu* da palavra, pois conclusão denota finalização, sendo que a conjuntura arquitetada neste estudo não está acabada, assim como a problemática retratada também está longe de seu fim definitivo. Se concluísse, estaria decretando o fim a um debate que merece e necessita ser continuado. Assim, compete nesses derradeiros parágrafos desenhar um *croquis*, contendo algumas considerações finais a respeito da singularidade vivida após ter sido iluminada pela pluralidade de aportes teóricos.

Como observamos neste estudo, a violência doméstica contra mulheres constitui tema extremamente complexo, que abrange discussões de diferentes campos disciplinares. Por meio da idealização deste texto busquei estabelecer um diálogo com o campo da saúde coletiva, tentando uma aproximação e bebendo de fontes das ciências humanas. Os estudos que vêm tratando das relações que se estabelecem nos cenários de saúde, entre profissionais e mulheres vítimas de violência doméstica, realçam que são muitos os desafios inerentes a esse panorama.

Desse modo, debruçar-se sobre a análise das relações que se descortinam entre esses atores, refletindo sobre o que é dito (e sobre o que não é dito também), assim como sobre o que é sentido, visto e ouvido, conjugadamente cotejado pela literatura, constitui-se em discussão e críticas fecundas, com intuito de levantar questionamentos que possam municiar o incremento de políticas e práticas de saúde.

Portanto, venho com esta tese assinalar que, do mesmo modo que as estações do ano resvalam entre momentos do frio congelante e calor escaldante, também as relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, são tensionadas e coexistem entre atendimentos e acolhimentos em saúde. O “atender”, fundamentado em determinadas características da biomedicina (médico-centrada, hierárquica, tecnocêntrica, hospitalocêntrica e medicalizante) engendra relações superficiais formais, pautadas em agendas, consultas, formulários e modelos burocráticos. Também agencia profissionais que operam (des)encontros em saúde com objetivo de extirpar lesões, tratar ferimentos, proceder curativos, fazendo com que o que é mais significativo muitas vezes não seja visto. Por outro lado, o “acolher”, encravado em pressupostos que (em teoria) são argumentados como interdisciplinar, paciente-, mulher-, relacionamento-centrado, valoriza as tecnologias leves e os espaços da atenção primária, concebendo relações pautadas em contextos mais dialogais, na busca de estabelecimento de vínculos, e na minimização

de hierarquias. Como vimos, o acolhimento é uma utopia de muitos dos profissionais de saúde e mesmo de parte de pesquisadores no campo da saúde coletiva. Como *u-topos*, o outro lugar, ele surge como uma meta, mas a realidade vivenciada parece ainda aquém daquilo que preconiza a literatura e os ideais.

Apesar de características tão sedutoras envolvidas na proposta de acolhimento, que são preconizadas por políticas públicas e descritas teoricamente em trabalhos acadêmicos da área de saúde coletiva, evidenciou-se que na rotina dos serviços de saúde, nem sempre tais adjetivos correspondem totalmente realidade. Ou seja, que há um hiato entre os discursos propostos pela academia e as práticas realizadas nos serviços. Apesar de as/os profissionais de saúde de Matinhos citarem muitas vezes o acolhimento em seus discursos e de terem sido identificados, com base na literatura da área, muitos exemplos de elementos que vêm compondo o rol dessa proposta, a noção do que é acolhimento muitas vezes é distante das percepções de profissionais de saúde. Outra observação se refere ao fato de que nem sempre tal abordagem parece ser condizente com os anseios da população, que em muitas circunstâncias, preferem medicamentos, exames, etc. Muitos desafios persistem em torno do debate sobre a temática. Como, por exemplo, a possibilidade de as/os profissionais “acolherem” pacientes com um salário ultrajante, ou com condições insuficientes de segurança? Como pensar em um cuidado centrado nas mulheres se o próprio sistema é centrado nos/as profissionais, especialmente nos/as médicos/as? Como efetivar o acolhimento, ouvindo, dialogando e criando vínculo, se existem poucos/as profissionais para dar conta de uma vasta população?

Não proponho a adoção (ou não) do acolhimento como alternativa às abordagens vigentes. Sugiro sim, que tal qual em um mesmo local existem os extremos de frio e calor ou de umidade e secura, e entre esses extremos existem infinitas matizes de combinações climáticas, possam existir também as mesmas ilimitadas oscilações e coabitações nesses casos. Os encontros, as relações, as abordagens e as pessoas podem pendular e coexistir, num processo dinâmico e fluido e não em arranjos cristalizados e estanques. Em outras palavras, há um tensionamento que engendra situações e relações que merecem ser relativizadas.

Como ponto-chave para compreensão da violência doméstica contra mulheres no espectro da saúde, deve ser apontada a necessidade de considerar-se não apenas a ordem biológica envolta no problema, mas as diferentes condições sociais, econômicas, culturais, psicológicas e ambientais, realçadas em diversos momentos ao longo deste

manuscrito. Os estudos de gênero também, e acima de tudo, se constituem em aportes imprescindíveis e foram confrontados com ditames do campo. Entretanto todo esse conjunto muitas vezes é desestimado por alguns componentes da biomedicina. Contudo, a biomedicina também não pode ser crucificada, pois todos e todas sabemos da importância de recursos tecnológicos sofisticados e do conhecimento altamente especializado para a área da saúde. Não se trata de adotar um modelo em detrimento ao outro, mas de valorizar as potencialidades e reconhecer as limitações de cada um.

Vivemos, seja concretamente conscientes ou cegamente inconscientes de que não podemos negar nem a biomedicina nem a configuração generificada de nossa sociedade. Mesmo se quiséssemos, não poderíamos negar esses intrincados sistemas que se apropriam dos nossos corpos, definem nosso estado de saúde, nossos relacionamentos e agenciam nossas consciências. Também não podemos negar experiências de gênero e de biomedicina que atuam coletivamente como centros disciplinadores, que policiam outros significados e outras relações de poder na vida em sociedade.

Algumas vertentes da biomedicina tendem a medicalizar, reduzindo os eventos em categorias que podem ser manipuladas e controladas. A necessidade de controlar e reduzir é característica desse campo científico e epistemológico. No caso de mulheres vivendo situações de violência doméstica, meramente expandir aportes biológicos para incluir a categoria patologizante “*battered women*” possivelmente não garantirá êxito da condução do problema no âmbito da saúde. O que pode ser de grande importância são os modos como se operam os relacionamentos entre mulheres e profissionais de saúde: uma mulher que é compreensivelmente circunspeta sobre (não) revelar o abuso, e um/a profissional de saúde que não seja relutante em conhecer, e que esteja alerta aos códigos e mensagens que tais mulheres empregam para sinalizar (sem necessariamente verbalizar) sua condição. Mas talvez, o aspecto mais significativo sejam as negociações necessárias entre profissionais e mulheres, dialogando, e principalmente, ouvindo as expectativas e anseios das mulheres.

As vozes, brados e clamores oriundos do campo demonstraram distintas materializações de relações de poder: seja entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica, entre mulheres e homens, entre famílias, entre profissionais (médicos e enfermeiras, enfermeiras e agentes comunitárias de saúde), entre mulheres e agentes comunitárias de saúde, entre vizinhos/as, entre pacientes e o

sistema de saúde, e por que não aludir também, mesmo que metaforicamente, o “poder” das estações do ano sobre os modos de vida daquela população?

Instrumentalmente, tais relações de poder também se manifestaram nas mais diversas conformações: desde a força física, passando pela roupa branca, até o poder das fofocas. As assimetrias nas relações de gênero engendram na realidade bosquejada mecanismos de poder que reverberam em distintas situações, tais como a proibição das esposas de frequentarem os espaços da Unidade Básica de Saúde; a manutenção a todo custo de casamentos nem tão “felizes para sempre”; a sustentação do alcoolismo, que alimenta o vício e nutre a violência intrafamiliar; a ingestão camuflada de anticoncepcionais à revelia do marido; entre tantas outras configurações.

Embora esses elementos sejam vislumbrados por profissionais de saúde, o contexto generificado que opera por detrás desses mecanismos na maioria das vezes não foi percebido. Em outras palavras, houve uma tendência geral à naturalização das questões de gênero. No caso da violência doméstica contra mulheres essa assertiva é traduzida em falas como *“jamais extrapolar sua atividade e entrar na intimidade de um casal”* ou a já tão desgastada *“em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher”*.

Os estudos de gênero também iluminaram observações do campo a respeito de dicotomias entre masculino e feminino que também são reproduzidas nas relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas. Enquanto profissionais de saúde homens referiram preferir não se envolver, ou apenas deixar que a polícia resolva, as profissionais mulheres trouxeram a baila a questão, incorporando-a como uma demanda de saúde. Observou-se que há uma rede informal de cooperação composta por agentes comunitárias de saúde, enfermeiras, fisioterapeuta, e outras profissionais de saúde, todas mulheres. Essa rede, apesar de não existir oficialmente, de não ser institucionalizada e talvez nem percebida pelas profissionais como sendo uma rede, compõe um mecanismo legítimo, interdisciplinar, contra-hegemônico, centrado nas necessidades das mulheres e pautado no diálogo entre profissionais e vítimas. Essas observações da realidade da Unidade de Saúde remetem a alguns questionamentos, tais como: Qual a importância de institucionalizar (ou não) tal rede e as ações oriundas dela? O que dizer sobre o aspecto exclusivamente feminino relacionado à composição dessa rede? Quais os significados traduzidos pela não aderência de homens nesse grupo?

Sobre o que pensam os/as profissionais de saúde a respeito da violência doméstica contra mulheres, observou-se nessa realidade, que esta é vislumbrada sob diferentes prismas: desde a violência física, passando pela violência psicológica, até a

violência verbal e a curiosa violência patrimonial, sendo esta última com repercussões pouco exploradas em pesquisas acadêmicas. Profissionais relataram saber quem são os perpetradores, incluindo nessa categoria tanto cônjuges quanto filhos, netos, pais, padrastos, sempre destacando relações conflituosas baseadas em binarismos de gênero (homem e mulher).

Uma questão que chamou atenção, corroborada por outros estudos, é que poucas mulheres verbalizaram sua condição de vítima de violência doméstica diretamente às/aos profissionais. O mais comum na realidade pesquisada foi a existência de uma espécie de rede de comunicação, que denominarei de “telefone sem-fio”: entre “vizinhos/as-ACS-enfermeiras”. Em outras palavras, os/as vizinhos/as são a fonte primordial de informações a respeito de casos de violência doméstica, que inicialmente transmitem os relatos para as/os ACS. Estas/es se configuram no principal *input* de informações, internalizando os casos para o sistema de saúde. Conseqüentemente referem os casos adiante, noticiando às enfermeiras responsáveis por cada área geográfica. Cabem às enfermeiras decidir a respeito dos encaminhamentos da questão no âmbito da saúde. Alternativamente, podem elas investigar o problema, muitas vezes agindo por sua própria conta e risco, conforme relatado em algumas circunstâncias; referir para outros/as profissionais, como assistentes sociais ou psicólogos/as, embora não exista uma rede oficialmente instituída; ou menosprezar o relato, negligenciando o problema; dependendo tal decisão substancialmente dessa profissional.

Nesse mote é que eclode o papel-chave de algumas agentes comunitárias de saúde: elas cobram das enfermeiras os devidos encaminhamentos dos casos, na busca de soluções ou alternativas para a situação as mulheres. Podem ficar *“em cima das enfermeiras, igual a um tumor fazendo pressão”*, conforme descrito por uma ACS anteriormente. As/Os ACS são pessoas geralmente da própria comunidade e conhecem o cotidiano das pessoas que habitam a sua área. Por essa conjuntura, vêm sendo considerados como atores híbridos, polifônicos e tradutores, pois traduzem discursos entre dois universos: o universo do sistema de saúde, permeado pela biomedicina, e o universo da população, permeado pelo saber popular e pelo senso comum, veiculando, por conseguinte, um diálogo bidirecional entre essas entidades, exemplificado no “telefone sem-fio” supracitado.

Adicionalmente não há como não considerar que outras categorias profissionais também podem desempenhar funções-chave na condução do cuidado à saúde de mulheres vítimas de violência doméstica. Um caso emblemático foi reportado por uma

fisioterapeuta, em que o que mais figurou foi a complexidade com que situações desencadeadas durante atendimentos domiciliares podem representar, tanto para as mulheres quanto para as/os próprias/os profissionais. Também cabe apontar os riscos com que profissionais de saúde estão expostos durante as atividades da atenção primária à saúde: tanto no âmbito doméstico, durante visitas domiciliares, quanto nas ruas, como vítimas da violência urbana. E especialmente quando se envolvem com questões tão delicadas, denunciando os abusos, ficando muitas vezes marcadas/os pela comunidade, como foi mencionado.

O recorte regional deste estudo também revelou diversas particularidades, que não podem passar incólumes nessas considerações finais. Possivelmente os dois aspectos que mais chamaram atenção nesse quesito foram: 1) o abismo sócio-econômico e urbanístico entre os dois distintos bairros que compõem a área geográfica de abrangência da UBS. Tal delimitação se reflete em discrepâncias em termos de necessidades e demandas de saúde concernentes às respectivas realidades. Enquanto de um lado da avenida, predominam problemas relacionados às doenças crônicas de uma população pouco numerosa, composta majoritariamente por idosos que vieram viver suas aposentadorias no balneário, do outro lado imperam a falta de saneamento básico e de higiene, condições precárias de moradia, e diversos problemas, dentre eles as distintas manifestações de violências, em especial a violência doméstica contra as mulheres, abarcando quantidade de pessoas significativamente mais expressiva; 2) o outro ponto realçado na dinâmica regional foi a questão da sazonalidade. A temporada de verão influencia os modos de vida, de trabalho e de relações entre as pessoas que habitam o local analisado. Enquanto durante o verão, grande parte das pessoas vinculadas à UBS tem trabalho e renda e, portanto interagem pouco com o sistema de saúde, com a chegada do outono, os turistas e veranistas se vão e os trabalhos e recursos se tornam escassos. Conseqüentemente as pessoas ficam mais ociosas, recorrem mais aos serviços de saúde e, chovendo mais nesse período, há tendência de permanecer mais tempo no espaço doméstico. Profissionais de saúde relatam que fora da temporada as pessoas recorrem mais ao uso do álcool e também são maiores os relatos de violência doméstica contra mulheres, embora se saiba que não há uma relação mandatória entre alcoolismo e produção de violência doméstica. Também questiono o fato de que seria realmente maior a quantidade de casos de violência doméstica contra mulheres fora da temporada ou seria essa prevalência igual à da temporada, sendo apenas esses casos não vislumbrados pelos/as profissionais, uma vez que não assistem as mulheres

apropriadamente durante o verão? Portanto, a sazonalidade se transforma em grande desafio para o planejamento de ações de saúde, que nem sempre é considerada, mas que necessita urgentemente ser pensada, buscando a efetividade das ações de saúde.

Outro ponto instigante que se constitui em um dos pilares deste estudo é a (in)definição a respeito do rótulo de acolhimento em saúde. Tal noção vem sendo intensamente utilizada no campo da saúde coletiva, entretanto não se encontra totalmente lapidada. Carece de aportes teóricos e empíricos, sendo considerada uma proposta e não uma categoria consolidada. As reflexões acerca de algumas nuances envolvidas nesse enunciado, trazidas à tona por meio de vivências do campo, cotejadas com literatura, podem também contribuir no debate a respeito do tema.

O acolhimento em saúde configura-se em proposta genuinamente brasileira, que se manifesta essencialmente por meio de relações humanas, também denominadas tecnologias-leves, que tem como fio condutor o estabelecimento de diálogo e vínculo, operando um sistema em rede interdisciplinar capaz de buscar resolver as necessidades das pessoas. Nesta tese buscou-se refletir sobre convergências e divergências entre essa proposta e os modos como profissionais de saúde atendem mulheres vítimas de violência doméstica.

Cabe ponderar como considerações finais a respeito de uma não-reificação do acolhimento em saúde. Muitos/as acadêmicos/as e alguns profissionais de saúde em seus discursos acabam idealizando essa noção como uma entidade capaz de promover quase que miraculosamente a resolução de todos os problemas das pessoas. Entretanto, percebeu-se tanto nos discursos das/os profissionais quanto no diálogo com aportes teóricos que há muitas lacunas, controvérsias e incertezas em torno dessa proposta. Ao mesmo tempo, é imperativo advogar também sobre uma não-condenação da biomedicina tradicional. Apesar dos muitos desabonos abordados em torno do tema ao longo desse texto, tal modelo possui características que o tornam indispensável, tais como as tecnologias duras altamente sofisticadas, que são capazes de salvar, manter e até mesmo gerar vidas.

Para finalizar, cabe tecer um comentário, emprestando o termo “glocal”, utilizado por Edgar Morin e colegas (2003). Para os autores, é imprescindível “pensar local/agir global e ao mesmo tempo pensar global/agir local” (Morin *et al.*, 2003). Nesse sentido, busquei refletir sobre um panorama local, tentando encontrar aportes globais, em diferentes literaturas, explorando distintos campos disciplinares e inclusive tendo o privilégio de dispor de um período de vivência em outro país. Como conseqüência, um

dos apontamentos mais significativos que venho a fazer, fruto do conjunto dessa experiência é a respeito da necessidade de estudos em saúde coletiva com foco em cenários regionais. Não se pode pensar que o estabelecimento de relações entre profissionais de saúde e mulheres vítimas de violência doméstica incida da mesma maneira em Matinhos, São Paulo ou Austrália. Também merece ser levado em conta que essas relações variam com o tempo. Num país tão vasto quanto o Brasil, composto por um mosaico de paisagens, climas, etnias e culturas tão diversas, é imperioso que se desenvolvam estudos com focos regionais, e que estes se reflitam em ações que também levem em conta essas diversidades, afinal de contas, não meramente “mudaram as estações... Tudo mudou!”.

## 7. REFERÊNCIAS

- ADAMS, C. As populações caiçaras e o mito do bom selvagem: a necessidade de uma nova abordagem interdisciplinar. **Rev. Antropol.**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 145-182, 2000.
- ADEODATO, V. G.; CARVALHO, R. R.; SIQUEIRA, V. R.; SOUZA, F. G. M. Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 108-113, fev. 2005.
- AGUADO, A. Violencia de Género: Sujeto Femenino y ciudadanía em la sociedad contemporánea. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher: uma visão multidisciplinar**. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 23-34.
- ALPERT, E. J. Violence in Intimate Relationships and the Practicing Internist: New "Disease" or New Agenda? **Annals of Internal Medicine**, v. 123, n. 10, p. 774-781, nov. 1995.
- ALVES, J. E. D. **Mulheres no poder no Brasil e no mundo**. Disponível em <<http://www.scribd.com/doc/41758987/Mulheres-no-poder-no-Brasil-e-no-mundo>>, acesso em 15/12/2010.
- ARNEIL, B. **Politics & feminism**. Oxford (UK)/Malden (USA): Blackwell, 1999.
- ATKINSON, B.; HAMMERSLEY, M. Ethnography and participant observation. In: Denzin, N. K.; Lincoln, Y. S. (Eds.) **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.
- AUAD, D. **Relações de gênero nas práticas escolares: da escola mista ao ideal de co-educação**. Tese de doutorado. 223p. Programa de Pós-Graduação em Educação. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.13, n. 3, p.16-29, set./dez. 2004.
- BANDEIRA, L. M.; ALMEIDA, T. M. C. A Violência contra as Mulheres: do acolhimento à (in) tolerância. In: BANDEIRA, L.; ALMEIDA, T. M. C.; MESQUITA, A. **Violência contra as mulheres: a experiência de capacitação das DEAMs da Região Centro-Oeste** Brasília: Cadernos Agende, 2004. v. 5, p. 53-78. Disponível em <<http://www.agende.org.br/docs/File/publicacoes/cadernos/CadernoAgende5.pdf>>. Acesso em 02/02/2009.
- BARROS, C.; SCHRAIBER, L. B.; FRANCA-JUNIOR, I. Associação entre violência por parceiro íntimo contra a mulher e infecção por HIV. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 2, Apr. 2011. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000200015&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000200015&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04/04/2011.
- BAUM, F. Researching public health: behind the qualitative-quantitative methodological debate. **Social Science and Medicine**. v. 40, n. 4, p.459-68, 1995.
- BEACH, K. P.; INUI, T. Relationship-centred care: a constructive reframing. **J Gen Intern Med**, 21 Suppl 1 S3-8, 2006.
- BERNARD, H. **Research methods in cultural anthropology**. Beverly Hills: Sage Publications, 1988.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.

BIGARELLA, J. J. **Matinho: homem e terra reminiscências...** 3a ed. Curitiba: Fundação Cultural de Curitiba, 2009.

BRASIL. Decreto-lei nº 11.340, de 7 de agosto de 2006. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil/\\_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm)>, acesso em 28/07/2007.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004. Disponível em <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/Gm/2406.htm>>, acesso em 12/05/2009.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.3. p. 3569-3578. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900032&lng=en&nrm=iso)>, acesso em 29/03/2011.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista Brasileira de Educação**, n. 19, p. 20-28, jan./abr. 2002.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

BUETOW, S. A. To care is to coprovide. **Annals of Family Medicine**, vol. 3, n. 6, p. 553-555, 2005.

BUTLER, J. **Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. A biomedicina. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 7, n. 1, p. 45-68, 1997.

\_\_\_\_\_ **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica**. São Paulo: Hucitec, 2003.

\_\_\_\_\_ Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003a. p. 35-44.

\_\_\_\_\_ As muitas vozes da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 11-15.

CAMARGO JÚNIOR, K. R.; *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 24, sup 1, p. S58-S68, 2008.

CANDIB'S, L. M. **Medicine and the family: a feminist perspective**. New York: Basic Books, 1995.

CAPUTI, J.; RUSSELL, D. E. H. Femicide: Speaking the Unspeakable. In: RADFORD, J.; RUSSELL, D. E. H. **Femicide: The Politics of Woman Killing**. New York: Twayne Publishers, 1992.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde. In: Campos, G. W. S.; Minayo, M. C. S.; Akerman, M.; Júnior, M. D.; Carvalho, Y. M. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

- CAVALCANTI, M. L. T. Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais da saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 4, n. 1, p. 193-200, 1999.
- CECCIM, R.B.; MERHY, E.E. Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. **Interface – comunicação, saúde e educação**. v.13, supl.1, p.531-42, 2009.
- CHAUÍ, M. Participando do debate sobre a mulher e a violência. In: **Perspectivas Antropológicas da Mulher - 4** – sobre mulher e violência. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.
- COHEN, S.; DE VOS, E.; NEWBERG, E. Barriers to physicians identification and treatment of family violence: lesson from five communities. **Acad Med**. v. 72, n. 1, p. S19-25, jan. 1997.
- COHN, A. *et al.* **A saúde como direito e como serviço**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 1999.
- CORTI, L.; THOMPSON, P. Secondary analysis of archived data. In: Seale, G.; Gobo, G.; Gubrium, J. F.; Silverman, D. (eds.) **Qualitative research practice**. London: Sage Publications, 2004.
- COVOLAN, N.T. **Corpo vivido e gênero**: a menopausa no homoerotismo feminino. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Ciências Humanas. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005, 214p.
- COVOLAN, N.T.; SIGNORELLI, M.C.; OLIVEIRA, D.C. Violência doméstica contra mulheres no litoral do Paraná: olhares a partir um projeto de ensino/pesquisa/extensão. In: DENARDIN, V.F.; ABRAHÃO, C.M.S.; QUADROS, D.A. (Orgs.) **Litoral do Paraná**: reflexões e interações. Matinhos: Ed. UFPR Litoral, 2011. 250 p. (no prelo).
- DA MATTA, R. As raízes da violência no Brasil. In: PAOLI, M. C.; BENEVIDES, M. V.; PINHEIRO, P. S.; DA MATTA, R. **A violência brasileira**. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- DAS, V. Fronteiras, violência e o trabalho do tempo: alguns temas Wittgensteinianos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v.14, n. 40, p. 31-42, jun. 1999.
- DAS, V. Violence, gender and subjectivity. **Ann Rev Anthropology**. v. 38, p. 283-299, 2008. Disponível em <<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.anthro.36.081406.094430?journalCode=anthro>>, acesso em 05/04/2009.
- DEBERT, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. v. 23, n. 66, p. 165-185, fev. 2008.
- Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs. **Time for action: the national council's plan for Australia to reduce violence against women and their children, 2009-2021**. Canberra. 204 p. Disponível em: <<http://www.apo.org.au/research/time-action-national-councils-plan-australia-reduce-violence-against-women-and-their-childr>>, acesso em 13/07/2010.
- DEEKE, L.P.; BOING, A.F.; OLIVEIRA, W.F.; COELHO, E.B.S. A dinâmica da violência doméstica: uma análise a partir dos discursos da mulher agredida e de seu parceiro. **Saúde Soc**. São Paulo, v.18, n.2, p.248-258, 2009.
- DELPHY, C. **Close to home**: a materialist analysis of women's oppression. London: Hutchinson, 1984.
- DESLANDES, S.F.; GOMES, R.; SILVA, C.M.F.P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. **Cad Saúde Pública**. v. 16, p.129-37, 2000.

DICKSTEIN, L. J. Practical recommendations for supporting medical students and faculty in learning about family violence. **Acad Med**, v. 72, n. 1, p. S105-9, jan. 1997.

DONOVAN, C., HESTER, M., HOLMES, J.; MCCARRY, M. **Comparing domestic abuse in same sex and heterosexual relationships**. Bristol: University of Sunderland, University of Bristol; 2006.

EMERSON, R. M.; FRETZ, R. I.; SHAW, L. L. **Writing ethnographic fieldnotes**. Chicago: University of Chicago Press, 1995.

Family Violence Coordination Unit. **Family violence risk assessment and risk management: supporting an integrated family violence service system**. Melbourne 2007. 93 p. Disponível em: <[http://www.women.vic.gov.au/web12/rwpgslib.nsf/GraphicFiles/FinalRiskAssessmentandRiskManagementFramework/\\$file/FinalRiskAssessmentandRiskManagementFramework.pdf](http://www.women.vic.gov.au/web12/rwpgslib.nsf/GraphicFiles/FinalRiskAssessmentandRiskManagementFramework/$file/FinalRiskAssessmentandRiskManagementFramework.pdf)>, acesso em 13/07/2010.

FEMENÍAS, M.L. Cuerpo, poder y violencia: algunas intersecciones. In: TORNQUIST, C.S.; COELHO, C.C.; LAGO, M.C.S.; LISBOA, T.K. (Orgs.) **Leituras de resitência: corpo, violência e poder**. Vol. I. Florianópolis: Mulheres, 2009.

FAVRET-SAADA, J. **Ser Afetado**. Trad. Paula Siqueira. In: Cadernos de Campo, FFLCH/USP, São Paulo, n.13, p.155-161, 2005.

FETTERMAN, D. **Ethnography: step by step**. Newbury Park: Sage Publications, 1989.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. 2ª ed. Porto Alegre: UFRGS, 2004.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003.

\_\_\_\_\_ **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 36ª ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FREUND, K. M.; BAK, S.M.; BLACKHALL, L. Identifying domestic violence in primary care practice. **J Gen Intern Med**, v. 11, p. 44-6, 1996.

FRIEDAN, B. **Mística Feminina**. Petrópolis: Vozes, 1971.

GARCIA-MORENO; C.; JANSEN, H. A. F. M.; ELLSBERG, M.; HEISE, L.; WATTS, C. H. (On behalf of the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women study team). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. **The Lancet**, v. 368, n. 7, p. 1260-9, oct. 2006.

GEERTZ, C. **Local knowledge**. New York: Basic Books, 1983.

\_\_\_\_\_ **The interpretation of cultures**. New York: Basic Books, 1973.

GIDDENS, A. **Sociologia do corpo: saúde, doença e envelhecimento**. In: GIDDENS, A. Sociologia, 4ª ed., Porto Alegre: Artmed, 2005.

GOMES, R. A mulher em situação de violência sob a ótica da saúde. In: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (Org.) **Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GOMES, M. C. P. A.; PINHEIRO, R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.9, n.17, p.287-301, mar/ago 2005.

GOMES, P.N.; DINIZ, N.M.F.; ARAÚJO, A.J.S.; COELHO, T.M.F. Compreendendo a violência doméstica a partir das categorias gênero e geração. **Acta Paul Enferm**, v. 20, n. 4, p.504-8, 2007.

GOVER, A.R.; KAUKINEN, C.; FOX, K.A. The relationship between violence in the family of origin and dating violence among college students. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 23, n. 12, p. 1667-1693, 2008.

GREENHALGH, T.; TAYLOR, R. How to read a paper – papers that go beyond numbers (qualitative research). **British Medical Journal**, v. 315, n. 7110, p. 740-743, 1997.

GREGORI, M. F. **Cenas e queixas**: um estudo sobre as mulheres, relações violentas e prática feminista. Rio de Janeiro: Paz e Terra: 1993.

GROSSI, M. P. Rimando amor e dor: reflexões sobre a violência no vínculo afetivo-conjugal. In: PEDRO, J. M. e GROSSI, M. P. (Org.) **Masculino, feminino e plural**: o gênero na interdisciplinaridade. Florianópolis: Mulheres, 1998, p. 293-313.

HAMMERSLEY, M. Deconstructing the Qualitative-Quantitative Divide. In: BRANNEN, J. (ed.) **Mixing methods**: qualitative and quantitative research. Aldershot: Avebury, 1992.

HARTMANN, H. Capitalism, patriarchy and job segregation by sex. In: JACKSON, S.; SCOTT, S. **Gender**: a sociological reader. London: Routledge, 2002.

HEGARTY, K. What is intimate partner abuse and how common is it? In: ROBERTS, G.; HEGARTY, K.; FEDER, G.S. (Eds.) **Intimate partner abuse and health professionals**: new approaches to domestic violence. London, Churchill Livingstone; 2006. p.19-40.

HEGARTY, K.; TAFT, A.; FEDER, G.S. Violence between intimate partners: working with the whole family. **Brit Med J** v. 337, p. 346-351, 2008.

HEGARTY, K.; GUNN, J.M.; O'DOHERTY, L.J.; TAFT, A.; CHONDROS, P.; FEDER, G.S; ASTBURY, J.; BROWN, S. Women's evaluation of abuse and violence care in general practice: a cluster randomised controlled trial (WEAVE). **BMC Public Health**, v. 10, p. 1-12, 2010.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde, doença**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HERRERA, C.; AGOFF, C. Dilemas del personal médico ante la violencia de pareja en México. **Cadernos Saúde Pública**, v. 22, n. 11, p. 2349-57, 2006.

HUGHES, J.; BAMFORD, C.; MAY, C. Types of centredness in health care: themes and concepts. *Medicine*, **Health Care and Philosophy**, v. 11, n. 4, p. 455-463, 2008.

HUNTER, J.; BAER, J. HIV Prevention and care for gay, lesbian, bisexual and transgender youths: "best practices" from existing programs and policies. In: MEYER, I. H.; NORTHBRIDGE, M. E. (Eds.) **The Health of sexual minorities**. Public health perspectives on lesbian, gay, bisexual and transgender populations. New York: Springer, 2007.

ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO MUNICIPAL SEGUNDO OS MUNICÍPIOS DO PARANÁ - 1991/2000 - IPARDES – Instituto Paranaense de Desenvolvimento Social e Econômico. Disponível em < [http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/idh\\_estados.pdf](http://www.ipardes.gov.br/pdf/indices/idh_estados.pdf)>, acesso em 25/10/2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo 2010: resultados preliminares. Disponível em <[http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros\\_dados\\_divulgados/index.php?uf=41](http://www.censo2010.ibge.gov.br/primeiros_dados_divulgados/index.php?uf=41)>, acesso em 03/02/2011.

IZUMINO, W. P.; SANTOS, C. M. **Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil.** Disponível em <<http://www.nevusp.org/downloads/down083.pdf>>, acesso em 18 out. 2010.

JORDÃO, F. P. **Percepções e reações da sociedade sobre a violência contra a mulher – Análise de pesquisa.** São Paulo: Instituto Patrícia Galvão, 2006.

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B. **Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais.** Disponível em <[http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2407](http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2407)>, acesso em 12/06/2008.

KOIFMAN, L.: O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. **História, Ciências, Saúde.** v. 8, n.1, p. 48-70, mar.-jun. 2001.

KRUG, E. G.; DAHLBER, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B.; LOZANO, R. **World report on violence and health.** Geneva: World Health Organization, 2002.

LAQUEUR, T. **Making sex: body and gender from the greeks to Freud.** Cambridge, MA: Harvard UP, 1992.

LEITE, J.C.A.; MAIA, C.C.A.; SENA, R.R. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 52, n. 2, p. 161-8, 1999.

LEVCOVITZ, E. **Transição x consolidação: o dilemma estratégico da construção do SUS.** Um estudo sobre as reformas das políticas de saúde – 1974 – 1976. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

LÉVI-STRAUSS, C. Place de l'anthropologie dans la Science sociales et problèmes posés par son enseignement. In: Lévi-Strauss, C. **Anthropologie Structurale.** Paris: Plon, 1958. p. 377-418.

LIAMPUTTONG, P.; EZZY, D. **Qualitative Research Methods.** 2a. Ed. Melbourne: Oxford, 2005.

LITTLE, P.; EVERITT, H.; WILLIAMSON, I.; WARNER, G.; MOORE, M.; GOULD, C.; FERRIER, K.; PAYNE, S. Preferences of patient centred approach to consultation in primary care: observational study. **BMJ** v. 322, p. 1-7, February, 2001.

LOURO, G. L. **O corpo educado: pedagogias da sexualidade.** 2ª ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2000.

LOURO, G.L. Teoria queer – uma política pós-identitária para a educação. **Estudos Feministas.** v. 9, n.2, p.6, 2001.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: Novos paradigmas em saúde no fim do século XX. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

MACEDO, A.C.; PAIM, J.S.; SILVA, L.M.V.; COSTA, M.C.N. Violência e desigualdade social: mortalidade por homicídios e condições de vida em Salvador, Brasil. **Rev Saúde Pública.** v. 35, p. 515-22, 2001.

MACHADO, L. Z. **Entre o inferno e o paraíso: saúde, direitos e conflitualidades**. Série Antropologia UNB. Brasília, 2003. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie342empdf.pdf>>, acesso em 27/10/2008.

\_\_\_\_\_**Sexo, estupro e purificação**. Série Antropologia UNB. n. 286. Brasília, 2000. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie286empdf.pdf>>, acesso em 27/10/2008.

\_\_\_\_\_**Masculinidades e violências: gênero e mal-estar na sociedade contemporânea**. Série Antropologia UNB. n. 290. Brasília, 2001. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie290empdf.pdf>>, acesso em 27/10/2008.

\_\_\_\_\_**Matar e morrer no feminino e no masculino**. Série Antropologia UNB. Brasília, 1998. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie239empdf.pdf>>, acesso em 27/10/2008.

MACHADO, L. Z.; MAGALHÃES, M. T. B. Violência conjugal: os espelhos e as marcas. In: SUÁREZ, M. E BANDEIRA, L. (Org.). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

MAGNANI, J.G.C. O (velho e bom) caderno de campo. **Sexta-feira**, São Paulo, n. 1, maio 1997, p. 8-11.

MARQUES, F. **Violência dentro da família é uma lacuna na formação dos profissionais de saúde**. Agência Fiocruz de Notícias. Disponível em <[http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from\\_info\\_index=101&infoid=1121&sid=9&tpl=printerview](http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?from_info_index=101&infoid=1121&sid=9&tpl=printerview)>, acesso em 30/09/2007.

MATTOS, R.A. Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 45-59.

\_\_\_\_\_**Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos**. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MCCAULEY, J.; KERN, D. E.; KOLODNER, K.; DILL, L.; SCHROEDER, A. F.; DECHANT, H. K.; RYDEN, J.; BASS, E. B.; DEROGATIS, L. R. The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. **Annals of Internal Medicine**, v. 123, n. 10, p. 737-746, nov. 1995.

MCGREGOR, H.; HOPKINS, A. **Working for change: the movement against domestic violence**. North Sydney, NSW: Allen & Unwin; 1991.

MCNAIR, R. P.; TAFT, A.; HEGARTY, K. Same-sex attracted women and their relationship with GPs: identity, risk and disclosure. Tese de Doutorado. Department of General Practice, University of Melbourne, 2009.

MEAD, N.; BOWER, P. Patient-centredness: a conceptual framework and review of empirical literature. **Social Science and Medicine**, v. 51, n. 7, p. 1087-1110, 2000.

MEDEIROS, M. C. Unidos contra a violência. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher: uma visão multidisciplinar**. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 100-103.

MENEZES, M. C. I. Quando o risco está em casa: violência e gênero na França na virada do século. In: In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher: uma visão multidisciplinar**. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 185-191.

MERCY, J. A.; KRUG, E. G.; DAHLBER, L. L.; ZWI, A. B.; Violence and health: the United States in a global perspective. **American Journal of Public Health**, v. 92, n. 12, p. 256-261, Feb. 2003.

MERHY, E. E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio pra o público. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 197-228.

\_\_\_\_\_ **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W. S. & CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MINICHIELLO, V.; ARONI, R.; TIMEWELL, E.; ALEXANDER, L. **In-depth interviewing principles, techniques, analysis**. 2<sup>nd</sup> ed. Melbourne: Longman, 1995.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: MS, 1998.

MORIN, E.; CIURANA, E.R.; MOTTA, R.D. **Educar na era planetária**: O pensamento complexo como método de aprendizagem no erro e na incerteza humana. São Paulo: Cortez, 2003.

MOUZOS, J.; MAKKAI, T. **Women's experiences of male violence: findings from the Australian component of the international violence against women survey (IVAWS)**. Canberra: Australian Institute of Criminology, 2004.

NICHOLSON, L. Interpretando o gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 8, n. 2, p. 9-41, 2000.

NUNES, M.O.; TRAD, L.B.; ALMEIDA, B.A.; HOMEM, C.R.; MELO, M.C.I.C. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, nov-dez. 2002.

OLIVEIRA, E. M. Fórum: violência sexual e saúde. Introdução. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 455-458, fev. 2007.

OLIVEIRA, E. M.; BARBOSA, R. M.; MOURA, A. A. V. M.; KOSSEL, K.; MORELLI, K.; BOTELHO, L. F. F.; STOIANOV, M. Atendimento às mulheres vítimas de violência sexual: um estudo qualitativo. **Revista de Saúde Pública**. v. 39, n. 3, p. 376-82, 2005.

OLIVEIRA, S. "Nem homem gosta de bater, nem mulher de apanhar"- Fortalecendo a rede de proteção. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher**: uma visão multidisciplinar. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 234-238.

OLIVEIRA, M. S. A.; SANI, A.I. A intergeracionalidade da violência nas relações de namoro. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*. Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa. 6 (2009) 162-180. Disponível em <[https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1325/1/162-170\\_FCHS06-6.pdf](https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1325/1/162-170_FCHS06-6.pdf)>, acesso em 05/04/2011.

ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS. Convenção Interamericana para prevenir, punir e erradicar a violência contra a mulher - "Convenção de Belém do Pará". **Relatório da Assembléia Geral**. 13p. Belém, 9 Jun. 1994. Disponível em < [http://www.fd.uc.pt/igc/enciclopedia/documentos/instrumentos\\_regionais/america/convencao\\_america\\_violencia\\_mulheres.pdf](http://www.fd.uc.pt/igc/enciclopedia/documentos/instrumentos_regionais/america/convencao_america_violencia_mulheres.pdf)>, acesso em 14/05/2008.

- PATTON, M. **Qualitative research and evaluation methods**. 3a ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2002.
- PEDRO, J. M. Traduzindo o debate: o uso da categoria gênero na pesquisa histórica. **História**. São Paulo, v. 24, n. 1, p. 77-98, 2005.
- PEREIRA, P. P. G. Corpo, sexo e subversão: reflexões sobre duas teóricas *queer*. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 12, p. 499-512, 2008.
- PEREIRA, P. P. G. Violência e tecnologias de gênero: tempo e espaço nos jornais. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 485-505, maio-ago, 2009.
- PEREIRA, P. P. G. Violência, gênero e cotidiano: o trabalho de Veena Das. **Cadernos Pagu**, v. 35, p. 357-369, jul-dez, 2010.
- PEREIRA, S.D. **Conceitos e definições da saúde e epidemiologia usados na vigilância sanitária**. Disponível em <[http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid\\_visu.pdf](http://www.cvs.saude.sp.gov.br/pdf/epid_visu.pdf)>, acesso em 06/04/2011.
- PERISTIANY, J. G. (Org.). **Honra e Vergonha**: valores das sociedades mediterrâneas. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1965.
- PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 6ª ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ – CEPESC/ABRASCO, 2006.
- PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2003. p. 7-34.
- PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/ABRASCO, 2001. p. 65-111.
- PINKER, S. **Como a mente funciona**. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.
- PORTELLA, A. P. Novas faces da violência contra as mulheres. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher**: uma visão multidisciplinar. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 93-99.
- RAMOS, D. D.; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, jan./fev. 2003.
- RAMSAY, J.; RICHARDSON, J.; CARTER, Y.H.; DAVIDSON, L.L.; FEDER, G.S. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. **Brit Med J**, v. 325, p.1-13, 2002.
- RICHARDSON, J.; COID, J.; PETRUCKEVITCH, A.; CHUNG, W. S.; MOOREY, S.; FEDER, G. Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. **BMJ**; v. 324, n. 274, p. 1-6, 2 feb. 2002.
- ROBERTS, G. The history of intimate partner abuse and health professionals. In: Roberts, G.; Hegarty, K.; Feder, G.S. (Eds.) **Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence**. London, Churchill Livingstone; 2006. p.3-17.

ROGERS, C. **Client-centered therapy: its current practice implications and theory**. Cambridge: Riverside, 1951.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

ROSENBERG, M. L.; FENLEY, M. A.; JOHNSON, D.; SHORT, L. Bridging prevention and practice: public health and family violence. **Acad Med**. v. 72, p. S13-8, 1997.

ROYAL AUSTRALIAN COLLEGE OF GENERAL PRACTITIONERS (RACGP). **Standards for general practices**. 3rd edition. South Melbourne: RACGP, 2007.

RUIZ-PÉREZ, I.; PLAZAOLA-CASTAÑO, J.; RÍO-LOZANO, M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. **European Journal of Public Health**, v. 17, n. 5, p. 437-443, 2007

SAFFIOTI, H. I. B. Gênero e patriarcado: a necessidade da violência. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro, violência contra mulher: uma visão multidisciplinar**. Brasília: Presidência da República/Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 35-76.

\_\_\_\_\_ Violência doméstica: questão de polícia e da sociedade. In: CORRÊA, M. (Org.). **Gênero e cidadania**. Campinas: Núcleo de Estudos de Gênero – Pagu, 2001.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T.; HANADA, H.; KISS, L. B.; DURAND, J. G.; PUCCIA, M. I.; ANDRADE, M. C. Violência contra mulheres entre usuárias de serviços públicos de saúde da Grande São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n.3, p. 359-367, jun. 2007.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; DINIZ, S.; PORTELLA, A. P.; LUDERMIR, A. B.; VALENÇA, O.; COUTO, M. T. Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 797-807, 2007.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **World health organization multi country study on women's health and domestic's violence against women in Brazil**. São Paulo: Relatório Preliminar de Pesquisa, 2002. Mimeo.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F.P.L.; FALCÃO, M.T.C.; FIGUEIREDO, W.S. **Violência dói e não é direito**: a violência contra as mulheres, a saúde e os direitos humanos. São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. **Violência contra mulheres: interfaces com a Saúde**. 1999. Disponível em <<http://www.interface.org.br/revista5/ensaio1.pdf>>, acesso em 31/10/2007.

SCHRAIBER, L.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M.T. Violência e saúde: estudos científicos recentes. **Rev Saúde Pública**, v.40, n. Esp., p.112-20, 2006.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos das mulheres em situação de violência doméstica**. 2.ed. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, 2003. Disponível em: <[http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha\\_violencia.pdf](http://www.mulheres.org.br/violencia/documentos/cartilha_violencia.pdf)>. Acesso em: 14/04/2008.

SCHRAIBER, L.B.; D'OLIVEIRA, A.F.P.L. Romper com a violência contra a mulher: como lidar desde a perspectiva do campo da saúde. **Athenea Digital**, n. 14, p. 229-236, Otoño 2008.

SCHRAIBER, L.B. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, Feb. 2003. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100004&lng=en&nrm=iso)>, acesso em 05/04/2011.

SCHOLZE, A.S.; DUARTE JUNIOR, C.F.; SILVA, Y. F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade? **Interface Botucatu**, 2009, v.13, n.31, p. 303-314. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006&lng=en&nrm=iso)>, acesso em 29/03/2011.

SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil para a análise histórica**. Recife: SOS Corpo, 1996.

SCOTT, J. Gender: A Useful Category of Historical Analysis. **The American Historical Review**, v. 91, n. 5, p. 1053-75, dec. 1986.

SEGATO, R. L. **Las estructuras elementares de la violencia**. Bernal: Universidad Nacional de Quilmes, 2003.

\_\_\_\_\_. **Territorio, soberanía y crímenes de segundo estado**: la escritura en el cuerpo de las mujeres asesinadas en Ciudad Juárez. *Série Antropologia UNB*, n. 362, Brasília, 2004. Disponível em <[www.unb.br/ics/dan/Serie362empdf.pdf](http://www.unb.br/ics/dan/Serie362empdf.pdf)>, acesso em 27/10/2008.

\_\_\_\_\_. **Que és um feminicídio. Notas para un debate emergente**. *Séria Antropologia UNB*, n. 401, Brasília, 2006. Disponível em <[www.unb.br/ics/dan/Serie401empdf.pdf](http://www.unb.br/ics/dan/Serie401empdf.pdf)>, acesso em 27/10/2008.

SILVA JÚNIOR, A. G. Lógicas de programar ações de saúde. In: BARBOZA, P. R. (Org.). Curso de especialização autogestão em saúde: guia do aluno. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2001. p. 81-107. In: CAMARGO JR, K. R. *et al.* Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, sup. 1, p. S58-S68, 2008.

SILVA JÚNIOR, A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). **Construção da integralidade**: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro, UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p 113-128.

SOARES, B. M. A Antropologia no executivo: limites e perspectivas. In: CORRÊA, M. (Org.). **Gênero & cidadania**. Campinas: PAGU/UNICAMP, 2002.

SOARES, L. **Sair do armário e entrar na gaveta**. Homossexualidades, cultura e política. Nuances. Porto Alegre: Salina, 2002a.

SOARES, L. E.; *et al.* **Violência e política no Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Iser, 1996.

SOUZA, E. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E. R.; PENNA, L. H. G.; FERREIRA, A. L.; *et al.* El tema violencia intrafamiliar en currículos de pregrado en enfermería y medicina. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n.1, p.13-19, ene./mar. 2008.

SOUZA, P. A.; ROS, M. A. Os motivos que mantêm as mulheres vítimas de violência no relacionamento íntimo. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 40, p. 509-527, Outubro, 2006.

STEWART, M.; BROWN, J. B.; WESTON, W. W.; MCWHINNEY, I. R.; MCWILLIAM, C. L.; FREEMAN, T. R. **Patient-centred medicine: transforming the clinical method**. Thousand Oaks: Sage, 1995.

STEWART, M. Towards a global definition of patient-centred care. **BMJ**. v. 322, p. 444-5, February, 2001.

STOLLER, R. J. **Masculinidade e feminilidade**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

SUÁREZ, M.; SILVA, A. P.; FRANÇA, D.; WEBER, R. **Reflexões sobre a Noção de Crime Sexual**. Série Antropológica. n. 178. Universidade de Brasília. Brasília, 1995. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie178empdf.pdf>>, acesso em 27/10/2008.

SUÁREZ, M. E BANDEIRA, L. (Org.). **Violência, Gênero e Crime no Distrito Federal**. Brasília: Paralelo 15, 1999.

TAFT, A. To screen or not to screen – is this the right question? **Women against violence**, v. 10, p. 41-46, 2001.

TAFT, A.; BROOM, D.H.; LEGGE, D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. **Brit Med J**, v. 328, p. 618-621, 2004.

TAFT, A.; SMALL, R.; HEGARTY, K.; LUMLEY, J.; WATSON, L.F.; GOLD, L. MOSAIC (MOthers' Advocates In the Community): protocol and sample description of a cluster randomised trial of mentor mother support to reduce intimate partner violence among pregnant or recent mothers. **BMC Public Health**, v. 9, n.159, p.1-13, 2009.

TAFT, A.; SHAKESPEARE, J. Managing the whole family when women are abused by intimate partners: challenges for health professionals. In: ROBERTS, G.; HEGARTY, K.; FEDER, G. S. (Eds.) **Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence**. London: Churchill Livingstone, 2006. p.145-162.

TEAL, C.R.; STREET, R. L. Critical elements of culturally competent in the medical encounter: a review and model. **Soc Sci Med**. v. 68, n. 3, p. 533-543, 2009.

TEIXEIRA, C. C. **O preço da honra**. Série Antropologia UNB, n. 253, Brasília, 1999. Disponível em <<http://www.unb.br/ics/dan/Serie253empdf.pdf>>, acesso em 21/01/2009.

TEIXEIRA, R. R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. (Org). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 89-111.

TESSER, C. D.; POLI NETO, P.; CAMPOS, G. W. S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**. 2010, v.15, suppl.3, p. 3615-3624, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000900036&lng=en&nrm=iso)>, acesso em 28/03/2011.

UNITED NATIONS. **Report of the commission on the status of women on its thirty-seventh session**. 95p. Vienna, 17-26 March, 1993. Disponível em <<http://www.un.org/esa/gopher-data/esc/cn6/1986-93/e1993-27.en>>, acesso em 12/05/2008.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; JÚNIOR, M. D.; CARVALHO, Y. M. (Org.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

VILLAGÓMEZ, E. Los costes económicos y sociales de la violencia contra la mujer em Andalucía, España. In: CASTILLO-MARTÍN, M. & OLIVEIRA, S. **Marcadas a Ferro: violência contra mulher - uma visão multidisciplinar**. Brasília: Presidência da República / Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005. p. 192-198.

WASELFISZ, J. J. **Mapa da violência dos municípios brasileiros – 2008**. Brasília: Ministério da Saúde/Ministério da Justiça, 2008.

WARSHAW, C. Domestic violence: changing theory, changing practice. In.: Monagle, J. F.; Thomasma, D. C. **Health care ethics: critical issues for the 21<sup>st</sup> century**. Gaithersburg (MD): Aspen Publishers, 1998.

\_\_\_\_\_ Limitations of the medical model in the care of battered women. **Gender & Society**. vol 3; n.4, 506-517, December, 1989.

WARSHAW, C; ALPERT, E. Integrating Routine Inquiry about Domestic Violence into Daily Practice. **Annals of Internal Medicine**. v. 131, n. 8, p. 619-620, oct. 1999.

WARSHAW, C.; TAFT, A.; MCCOSKER-HOWARD, H. Educating health professionals: changing attitudes and overcoming barriers. In: ROBERTS, G.; HEGARTY, K.; FEDER, G. S. (Eds.) **Intimate partner abuse and health professionals: new approaches to domestic violence**. London, Churchill Livingstone; 2006. p.61-78.

ZINK, T.; REGAN, S.; GOLDENHAR, L.; PABST, S.; RINTO, B. Intimate partner violence: what are physicians' perceptions? **J Am Board Fam Pract**, v. 17, n. 5, p. 332-40, Sep./Oct. 2004.

## 8. ANEXOS

### Anexo 1

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Vossa Senhoria está sendo convidado (a) a participar de um estudo de tese de doutorado pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, intitulado “**DO ATENDIMENTO AO ACOLHIMENTO EM SAÚDE: PROFISSIONAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DO LITORAL PARANAENSE E AS MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**”.

É por meio das pesquisas acadêmicas que ocorrem os avanços importantes em todas as áreas, e sua participação é fundamental. O objetivo deste estudo é investigar como se dá o processo de atendimento de profissionais de saúde às mulheres vítimas de violência doméstica.

Caso você decida participar do estudo, serão realizadas entrevistas semi-estruturadas, que serão gravadas com gravador MP4, transcritas e analisadas por meio de metodologia qualitativa. As entrevistas se darão em local de sua preferência, respeitando o conforto e a privacidade.

Como em qualquer procedimento de pesquisa, se você se sentir desconfortável em participar do estudo, durante a realização das entrevistas, ou a qualquer momento, você poderá deixar de participar da mesma.

Deve-se ressaltar que a participação neste estudo não traz riscos nem agravos à saúde, nem custos ou despesas ao participante. Também não existem restrições para a participação no mesmo. A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de se recusar a participar ou, se aceitar participar, retirar seu consentimento a qualquer momento.

A equipe de pesquisa compromete-se a manter a confidencialidade sobre os dados coletados nas entrevistas, bem como a privacidade de seus conteúdos, como preconizam os Documentos Internacionais e a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e o Código Penal Brasileiro. Os resultados obtidos neste estudo serão publicados em eventos científicos e periódicos acadêmicos. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a **confidencialidade** e o anonimato sejam mantidos.

Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro. As informações existentes neste documento são para que vossa senhoria entenda perfeitamente os objetivos desse estudo, e saiba que a sua participação é espontânea. Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pessoalmente por um dos pesquisadores que conduzem o estudo.

**Pesquisador Responsável:** Prof MsC Marcos Claudio Signorelli

**Telefone para Contato:** (41) 9153-8166 / (41)3473-1710

**Pesquisadores Participantes:** Pedro Paulo Gomes Pereira e Daniela Auaud  
(Professores orientadores da Universidade Federal de São Paulo)

**Telefone para Contato:** (11)9263-4648, (11)8769-9191

**Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo:** Rua Botucatu, 572 - 1º andar conj. 14 – Vila Clementino – São Paulo – SP

**Telefones:** (11) 5571-1062 / (11) 5539-7162

Estão garantidas todas as informações que você queira, antes, durante e depois do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, CPF, \_\_\_\_\_, li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo e os procedimentos. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação no estudo a qualquer momento sem justificar minha decisão.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Data, \_\_\_\_\_, Local \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Marcos Claudio Signorelli  
Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Prof<sup>a</sup>. Dra. Daniela Auad  
Co-orientadora da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Pedro Paulo Gomes Pereira  
Orientador da Pesquisa