



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Processo de trabalho e violência de gênero: a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”

por

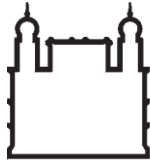
Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

Tese apresentada com vistas à obtenção do título de Doutor em Ciências na área de Saúde Pública.

Orientador principal: Profa Dra Maria Helena Barros de Oliveira –
ENSP/FIOCRUZ

Segunda orientadora: Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva –
PPGMDS/UFPB

João Pessoa, 2013.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta tese intitulada

“Processo de trabalho e violência de gênero: a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família”

Apresentada por

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

Foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Maria Cristina Rodrigues Guillam– ENSP/FIOCRUZ

Profa. Dra. Edméia de Almeida Cardoso Coelho – PPGENF/UFBA

Profa. Dra. Maria Aparecida Ramos de Menezes – PPGSS/UFPB

Profa Dra. Nilza Maria Cunha Maciel de Oliveira– DESPP/CCS/UFPB

Profa. Dra. Maria Helena Barros de Oliveira – Orientadora principal Profa. Dra.

Segunda orientadora: Profa. Dra. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva –
PPGMDS/UFPB

Suplentes:

Prof. Dr João Euclides Fernandes Braga – DESPP/CCS/UFPB

João Pessoa, 2013.

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

F866 Freitas, Waglânia de Mendonça Faustino e
Processo de trabalho e violência de gênero: a perspectiva
dos profissionais da estratégia saúde da família. / Waglânia de
Mendonça Faustino e Freitas. -- 2013.

188 f.

Orientador: Oliveira, Maria Helena Barros de
Silva, Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da
Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública
Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

1. Identidade de Gênero. 2. Trabalho. 3. Saúde da Mulher.
4. Violência Doméstica. 5. Violência contra a Mulher.

I. Título.

CDD – 22.ed. – 362.8292

*Família é uma semente,
Que é preciso cuidar
Bota amor, bota amizade,
Bota tudo que der pra botar:
Bota lágrima e gritaria.
Mas mesmo assim, fica a alegria
De sempre se ajuntar.
Família é o encontro,
é melodia, é canção
Todos juntos e unidos
Em uma só inspiração:
Amar e ser amado
Na família esta é a maior lição!
Waglânia Freitas*

*Á minha mãe, Severina e meu pai, Faustino
por me mostrarem o caminho.
A meu companheiro Ricardo por caminhar comigo
A meus filhos, Arthur e Ananda
por aumentarem o meu prazer em ser mãe neste percurso,
Dedico*

AGRADECIMENTOS

Foi uma jornada de quatro anos, na qual muitas pessoas participaram de diversas maneiras: orientando, aconselhando... me acolhendo! Assim, agradecer é muito pouco para o muito que recebi.

Escrever uma tese é experimentar um misto de solidão e muita companhia. Solidão, por que a escrita é minha, com minhas impressões e produtos do meu aprendizado!

Por outro lado, não é possível escrever uma tese somente por minhas mãos.

A tessitura da tese requer pessoas em fios, cujos bordados foram feitos pelos encontros, pelas relações, pelos aprendizados que deram sentido às transformações que me ocorreram como mulher e profissional.

Ao término desta jornada, o sentimento que fica é gratidão.

A cada um... a todos...

Com mãos cingidas e bem apertadas, O-BRI-GA-DA:

À Deus pela energia vital, Luz espiritual! De braços abertos e olhos fitados, sentindo Teu calor.

À minha Orientadora da ENSP Professora Dra Maria Helena Barros de Oliveira por sua valiosa contribuição para a conclusão desta tese.

À minha orientadora da UFPB Professora Dra Ana Tereza Medeiros, pela confiança, generosidade, parceria, disponibilidade e apoio no desenvolver trabalho.

Aos membros da banca, Professoras Dra Cristina Guillam, Dra. Elaine Nascimento, Dra. Aparecida Ramos, Dra Edméia Coelho pela disponibilidade, contribuições e sugestões valiosas.

Aos membros suplentes, Professores Dr João Euclides Braga e Dra Nilza Cunha em aceitar o convite e pelas contribuições.

Ao Professor Dr Willer Baumgarten Marcondes pelas sugestões e contribuições, valiosas na banca de qualificação e pela parceria durante todo o processo de desenvolvimento da pesquisa.

À Professora Dra Katia Reis pelas sugestões na banca de qualificação.

À (os) professoras(res) do DINTER pelas trocas, aprendizados e partilhas.

Aos profissionais dos serviços de saúde por, gentilmente, participarem do processo de produção do material empírico, sem o qual esta tese não teria se concretizado.

À Gerência do IV Distrito Sanitário de Saúde pelo apoio e receptividade.

Às (aos) amigas(os) que fiz nesta trajetória e àquelas(les) que pude conhecer melhor: Claude, Nilza, Ângela, Cristiane, Anubes, Gigliola, Cristina, Anna Luiza, Zé da Paz, Josineide, Aurilene, Bianca, Liza, Jorge, Climério, Wanesca, Suelma, Ana Suerda e a Phoenix Soninha (*in Memoriam*): *É preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã...* (R.Russo).

À quem me nutre com amor e carinho e, muitas vezes, com colo, minha família, meu porto seguro: Ricardo, Arthur, Ananda, Severina, Faustino, Wagna, Jackeline, Wagner, Ana Carolina, Iohan. Especialmente às crianças que me completam com suas alegrias: Igor, Ítalo, Maria Eduarda.

Às irmigas -irmãs e amigas-: Kalina, Socorro, Kalígia, Verônica e Lucia Driensks (*In memoriam*), pela companhia, alegria e celebrações. *Minha mão na tua mão, tua mão na minha mão!*

À Tia irene, Tio Damião, Clayton, Sabrina, Thiago e a pequena Beatriz, pela acolhida na cidade maravilhosa, pela presença nas horas de solidão, de alegrias e de tristezas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Nível Superior – CAPES, pelo financiamento do DINTER.

Ao Conselho Nacional de Pesquisa – CNPq pelo financiamento da pesquisa.

À Pró-reitoria de Pós-Graduação da UFPB por ter apoiado o projeto DINTER.

À Chefia do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria da DESPP/UFPB, Profa Simone Coutinho, pelo apoio.

Às colegas do DESPP: Claudia, Djair, Socorro, Cintia, Edilene e Semiramis, que assumiram as disciplinas que ministramos na minha ausência.

A todas e todos que, direta ou indiretamente, participaram da concretude deste sonho. Poetizo para vocês, tirando do saco de letras, palavras rimadas que juntas, expressam a fraternidade e a gratidão por ter chegado até aqui! Valeu a pena!

CIRANDA DE ENCONTROS E SABERES

Gira mundo... roda vida,	Foram muitos momentos que quero guardar
Nesta ciranda encontrei pessoas queridas:	Tenho certeza de reencontrar
Umás mais próximas, outras nem tanto	Cada um de vocês, noutra lugar
Porém, todas juntas por um mesmo sonho:	Com seus projetos...ideias na mente
Pesquisar a saúde para garantir a integralidade	Faremos parcerias entre “caraca” e “oxente”
Lutar por direitos, impedir inequidades!	
	Continuemos buscando a transformação
Nesta luta estamos juntos,	A ciranda da vida, não para não!
Desnaturalizar para mudar o mundo.	Fazer a diferença esta é nossa missão
Agentes sociais das diversas categorias	Como pesquisadores, por um mundo são.
Pensando um SUS sem alegorias.	
Saúde é direito. Viver será garantia!	Um beijo sincero, lágrimas no rosto
Se cada um de nós agirmos no dia a dia.	Conhecer vocês me deu muito gosto!

Na selva do saber, me ajudaram a atravessar.

Te agradeço por poder compartilhar

Conversas... estudos... dúvidas... ideias...

A tese é fruto desta panacea.

Waglânia Freitas

FREITAS, W.M.F. e. Processo de trabalho e violência de gênero: a perspectiva dos profissionais da Estratégia Saúde da Família [Tese]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2013.

RESUMO

A violência de gênero perpetrada contra mulheres no espaço doméstico constitui um sério problema de saúde pública reverbera em alijamento do exercício de direitos humanos fundamentais. Pressupomos que o trabalho em saúde tem potencialidade para contribuir para a transformação da violência de gênero, mediante processos de trabalho. Trata-se de uma investigação qualitativa sobre o saber de gênero no processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência doméstica que teve como objetivo geral analisar o saber que norteia o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência e a sua efetivação por meio das práticas profissionais, na Estratégia Saúde da Família (ESF). O estudo foi realizado com 26 profissionais de diversas áreas que desenvolviam suas atividades em duas unidades de saúde da ESF do município de João Pessoa – PB. O material empírico foi produzido por meio de entrevistas e analisado pela Técnica de Análise Crítica do Discurso, à luz das categorias Gênero e Trabalho. Nesse processo revelaram-se temas que permitiram a construção de duas categorias analíticas *Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero e o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação*, que apontam as interfaces entre o caráter ideológico da violência doméstica contra mulher como problema de ordem individual e o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família. A análise dos depoimentos revelou que os processos de trabalho ainda permanecem ancorados em concepções biologicistas do modelo de saúde pública tradicional, divergindo no âmbito das intenções da política de saúde da mulher vigente, de modo que a emancipação da opressão de gênero, enquanto direito humano ainda se apresenta na perspectiva de conquista de necessidades sociais de saúde ainda não alcançadas. A superação do modelo biologicista de atenção à mulher em situação de violência carece de rever criticamente, à luz do enfoque de gênero, os processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família com fins a contemplar a superação da violência de gênero no campo da saúde.

Palavras-Chave: Gênero, Processo de trabalho, Violência contra a mulher.

FREITAS, W.M.F. e. Work Process and gender violence: Family Health Strategy Professionals' Perspective (Thesis). Rio de Janeiro: Public Health National School; 2013.

ABSTRACT

Gender violence against women in domestic space is a serious public health problem and corresponds to a denial in the exercise of basic human rights. We assume that health work has the potential to contribute for the transformation of gender violence, by means or work processes. This paper is about qualitative investigation on gender knowledge in the work process of women's care, in cases of domestic violence. It had as general aim, the understanding of articulation between the guidelines of today's policies on women's care in case of violence and its realization by means of professional practices here understood as work processes in Family Health Strategy (FHS). The study was conducted in two Health Units of FHS in the city of João Pessoa – PB. The empirical material was produced through interviews and was analyzed by the Critical Discourse Analysis Technique, in the light of Gender and Labor categories. In the process, themes were revealed that allowed the construction of two analytical categories *Patriarchal contributions in maintenance gender violence and work process of women's care, in cases of domestic violence: limits and perspective for transformation*, that point to interfaces between the ideological character of domestic violence against women, as a problem of individual kind, and the work process in Family Health Strategy. The analysis of interviews showed that work processes still remain based upon only biological conceptions of traditional public health models, differing from intentions of women's health policies in vigor, so that, emancipation of gender oppression as a human right, is still presented as social needs of health to be conquered. Vanquishing this biological model of women's care in case of violence needs to critically review, under the gender focus, the work processes in the Family Health Strategy, in order to promote the vanquishing of gender oppression in the realm of health.

Key words: Gender, Work process, Violence against Women.

LISTA DE SIGLAS

CNPq	Conselho Nacional de Pesquisa
CCS	Centro de Ciências da Saúde
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
ASB	Agente de Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
SUS	Sistema Único de Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
CEDAW	Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
RFS	Rede Feminista de Saúde
SEPM	Secretaria Especial de Políticas para Mulheres
CRMEB	Centro de Referência da Mulher Ednalva Bezerra
MS	Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
DSS	Distritos Sanitários de Saúde
UIS	Unidade Integrada de Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa

*Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas,
que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos
caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o
tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos
ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.*

Fernando Pessoa

SUMÁRIO

Apresentação	14
1. Introdução	19
1.1 Construindo o objeto	20
1.2 Objetivos	28
1.2.1 <i>Objetivo Geral</i>	28
1.2.2 <i>Objetivos Específicos</i>	28
2. Bases teóricas e pressupostos conceituais	29
2.1 Violência de Gênero e patriarcado	30
2.2 Interfaces entre violência de gênero, patriarcado e saúde da mulher	36
2.3 Políticas públicas de atenção à saúde da mulher e sua relação com a violência doméstica contra mulher	49
3. Referencial teórico-metodológico	65
3.1 Acepções e considerações históricas sobre a abordagem de gênero	66
3.2 O Processo de trabalho em saúde	71
3.3 Percurso metodológico	84
3.3.1 <i>Caracterização do estudo</i>	84
3.3.2 <i>Cenário do estudo</i>	85
3.3.3 <i>A fonte do material empírico</i>	87
3.3.4 <i>Produção do material empírico</i>	89
3.3.4.1 <i>Aproximação com o campo de estudos</i>	89
3.3.4.2 <i>Participantes da pesquisa.</i>	91
3.3.4.3 <i>Procedimentos para a produção do material empírico</i>	92
3.3.5 <i>Análise do material empírico</i>	93
3.4 Aspectos éticos da pesquisa	97

	13
4. As Categorias empíricas	98
4.1 Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero	99
4.1.1 <i>Concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra mulher</i>	101
4.2 O processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação	118
4.2.1 <i>O objeto de trabalho no enfoque curativista da medicina tradicional</i>	121
4.2.2 <i>O predomínio do saber biologicista como instrumento do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência</i>	135
4.2.3 <i>A finalidade do processo de trabalho sob o enfoque do patriarcalismo</i>	151
5. Considerações finais	159
Referências	168
Apêndices	181
<i>Apêndice I - Termo de consentimento livre e esclarecido</i>	182
<i>Apêndice II - Roteiro de entrevista</i>	185
Anexos	186
<i>Anexo 1 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa</i>	187
<i>Anexo 2 – Termo de anuência</i>	188

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a questão da violência doméstica deu-se no desenvolvimento de minha dissertação de mestrado, que tratou do tema paternidade analisado à luz da abordagem de gênero (FREITAS, 2004). Naquela oportunidade, ao realizar a produção do material empírico, pude conhecer histórias de vida de mulheres que vivenciavam a violência e eram atendidas pelo serviço público de saúde.

Mais tarde, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFPB, ao acompanhar alunos em campos de estágio, pude perceber que o tema da violência doméstica contra mulher era permeado de tabus, não sendo incluído no diálogo entre os profissionais e usuárias. Ao mesmo tempo, nas oportunidades em que fazia intervenções educativas em sala de espera, testemunhei por várias vezes relatos tristes e chocantes de mulheres que vivenciavam situações de violência doméstica.

As duas situações ocorriam em espaços físicos tão próximos, porém divididos por uma parede quase intransponível: a parede da desigualdade de gênero. Estas situações me passavam a impressão de descompasso entre o que se anunciava no plano da política de atenção integral à saúde da mulher e o que se efetivava no plano das práticas em saúde.

A partir dessas experiências pude perceber que as ações de saúde desenvolvidas por profissionais, relativos à assistência à mulher em situação de violência, estavam subordinadas à referenciais de gênero relacionados com o modo de assistir as mulheres para atender suas necessidades sociais nos diversos contextos históricos. Foi a sensação

de contradição entre o plano teórico e o plano prático, bem como minha indignação como mulher, enfermeira e docente diante do sofrimento daquelas usuárias que motivaram a escolha do saber sobre violência contra a mulher inscrito no processo de trabalho como objeto de pesquisa de doutorado.

No mesmo período em que estudava sobre o trabalho em saúde, o Grupo de Estudos em Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Gênero do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba/NESC-CCS-UFPB, do qual sou membro, estava desenvolvendo a pesquisa intitulada *O trabalho das práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica e sua relação com a emancipação da opressão de gênero* (CNPq 402349/2010-5).

Em consonância com a pesquisa desenvolvida pelo Grupo, pude desenvolver minha pesquisa de doutorado, de modo que o produto ora apresentado é parte deste projeto maior e se desdobra no sentido de compreender as articulações entre os elementos do processo de trabalho na ESF na atenção à mulher em situação de violência, identificando o saber em gênero, enquanto um dos seus instrumentos.

Pressupomos que as práticas profissionais estão subordinadas às visões de mundo dos sujeitos que as executam de modo a reproduzir, nos processos de trabalho, referenciais de gênero com caráter conservador ou emancipador da opressão de gênero.

Defendemos o argumento de que as práticas profissionais possuem potencial para fomentar a transformação da atenção à mulher em situação de violência, à luz do enfoque de gênero. Esse potencial é possível de ser investigado nas bases teóricas que norteiam o processo de trabalho, razão pela qual escolhemos as categorias gênero como referencial teórico e a categoria trabalho como referencial teórico-metodológico para subsidiar a reflexão contida neste estudo sobre as práticas profissionais na ESF.

Convido a(o) leitora(or) a uma primeira aproximação com a temática da violência e do processo de trabalho. Nas páginas iniciais aponto algumas reflexões sobre violência de gênero - enquanto fenômeno que percorre a história das mulheres na humanidade sendo tratado como um evento normal da vida privada - e processo de trabalho enquanto um dos pilares do modelo de atenção à saúde. Apresento brevemente os elementos do processo de trabalho e como eles se articulam para atender necessidades. Ainda nesta seção dialogo brevemente sobre as intenções transformadoras

advindas com o SUS, enunciando algumas possíveis razões que dificultam a efetivação das políticas públicas destinadas às mulheres relativas ao processo de trabalho, bem como os objetivos da pesquisa.

O capítulo seguinte corresponde ao referencial teórico. Este capítulo está subdividido duas partes. A primeira discorre sobre gênero, enquanto categoria analítica, resgatando a discussão da construção social dos papéis masculinos e femininos baseados no sexo, e como esta construção é determinante para a produção e perpetuação da violência doméstica contra mulher. Na segunda parte do referencial teórico exponho uma análise histórica das políticas públicas de saúde da mulher à luz da abordagem de gênero, desde a perspectiva materno-infantil até o PNAISM.

A reflexão sobre o processo de trabalho em saúde é desenvolvida no capítulo que trata do referencial teórico-metodológico. Neste, desenvolvo os argumentos da escolha metodológica da Categoria Trabalho, por compreender que o trabalho enquanto práxis é transversal na formação societal, pois o trabalho produz valores e modos de ser no mundo, com potencialidade dialética de transformação social. Apresento também o caminho metodológico percorrido para alcançar a produção da categoria empírica de análise.

O capítulo seguinte corresponde às categorias empíricas produzidas mediante a análise dos depoimentos dos sujeitos. No subcapítulo *Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero*, apresento as concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra mulher à luz do patriarcalismo e como essas concepções incutem no processo de trabalho em saúde.

No subcapítulo *O processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação* desenvolvo a análise do processo de trabalho na atenção à saúde da mulher em situação de violência à luz do patriarcado. Nesta, apresento os elementos do processo de trabalho identificados no material empírico: objeto, instrumento e finalidade. É importante esclarecer que, embora tenha optado didaticamente por apresentar os elementos separadamente, cada um desenvolvido em um subitem, estes só existem em inter-relação. Ou seja, só é possível recortar um objeto, se há uma finalidade para transformá-lo por meio de instrumentos específicos. Mas essa discussão será melhor desenvolvida *a posteriori* nesse capítulo.

Encerrando, apresento algumas considerações sobre a pesquisa, enunciando as contribuições do estudo para a reflexão sobre a articulação entre as diretrizes das políticas de atenção à mulher em situação de violência e a sua efetivação por meio do processo de trabalho. Enuncio os limites do estudo e suas fragilidades, ao tempo em que proponho uma agenda para o desenvolvimento de pesquisas futuras, com fins a preencher as lacunas deixadas.

Acredito, por fim, que as reflexões realizadas neste estudo sobre as duas categorias empíricas de análise, gênero e trabalho, são particularmente importantes para a atenção básica à saúde, especialmente para aqueles que atuam na ESF, por concorrer para a discussão do trabalho em saúde enquanto práxis, de modo a oferecer contribuições para o alcance da transformação da atenção à mulher em situação de violência com fins a superação da opressão de gênero e a garantia dos direitos humanos das mulheres.

1 INTRODUÇÃO

*De tudo ficaram três coisas:
A certeza de que estamos começando,
A certeza de que é preciso continuar e
A certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar
Fazer da interrupção um caminho novo,
Fazer da queda um passo de dança,
Do medo uma escola,
Do sonho uma ponte,
Da procura um encontro,
E assim terá valido a pena existir!*

Fernando Sabino, do livro Encontro marcado

1.1 Construindo o objeto

O fenômeno da violência de gênero contra mulheres constitui-se um sério problema presente em todas as classes sociais e culturas que, devido à sua frequência no cotidiano doméstico, torna-se evento banal, recebendo status de normalidade. Este fenômeno está baseado em referenciais de gênero historicamente construídos e moldados pelo patriarcalismo, que contribuem para o sofrimento e adoecimento das mulheres e demais pessoas que estão no seu entorno, testemunhando ou participando dos episódios violentos.

De acordo com Minayo (2005), a violência doméstica por si só não se constitui em um problema de saúde pública porque na construção sócio-histórica da humanidade sempre esteve presente independente da cultura, crença, raça/etnia, porém torna-se uma questão de saúde ao produzir adoecimentos e agravos tanto no plano individual quanto no coletivo, impedindo a pessoa que sofre de desenvolver seu potencial como ser humano. Trata-se de uma das principais formas de violação dos direitos humanos das mulheres, atingindo-as em seus direitos à vida, à saúde e à integridade física (BRASIL, 2004b).

De acordo com Gomes (2005), a violência contra as mulheres em idade reprodutiva mata mais que o câncer, os acidentes de trânsito e as guerras. Os agressores

são em sua maioria parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes de estado (SCHRAIBER, 2002).

Dados do Anuário das Mulheres Brasileiras (DIEESE, 2011), revelaram que o espaço doméstico corresponde ao local com maior frequência de agressões físicas em mulheres (43%), ao tempo em que os homens sofrem violência em vias públicas (56,4%). Isso implica em considerar que, para as mulheres, o lar pode não corresponder a um ambiente “doce” e de convívio agradável. Ainda de acordo com dados do DIEESE (2011), para as mulheres, as vias públicas e a residência correspondem ao espaço de escolha para perpetrar a violência. São nesses dois cenários que cerca de 80% dos casos de agressão física a mulheres acontecem, o que aponta para a seriedade com que deve ser tratada a violência de gênero contra mulheres na sociedade brasileira, devendo ser objeto de pesquisas pela academia e de políticas públicas com fins a promover a erradicação da violência contra a mulher e consequente igualdade de direitos.

Estudo realizado pela Fundação Perseu Abramo (2001) estimou, para aquele ano, que cerca de 6,8 milhões de brasileiras já tenham sofrido violência física pelo menos uma vez na vida. A pesquisa projetou que, cerca de 2,1 milhões de mulheres são espancadas por ano no Brasil e cuja proporção equivale a 1:5, ou seja 1 em cada cinco brasileiras sofre algum tipo de violência. Esses dados assustam pelas cifras e apontam para considerar a violência de gênero como uma epidemia no século XXI no Brasil, especialmente porque as agressões ocorrem com maior frequência no ambiente doméstico e são praticadas por parceiros (53%) e, por serem consideradas um problema de cunho privado, as mulheres não buscam ajuda para superar a violência, exceto quando há risco iminente de morte.

No tocante ao testemunho da violência, Assis et al (2011) asseveram que crianças e jovens que assistem a eventos violentos entre os pais acabam por naturalizar um fenômeno que tem uma base social, de modo que ao crescerem poderão reproduzir essas situações por a terem incorporado como próprias do convívio doméstico. Essa realidade nos remete a considerar a transcendência e magnitude deste fenômeno para perpetuar desigualdades contra mulheres.

Assim, mulheres que sofrem violência, ao incorporarem a concepção naturalista do destino de gênero para o sofrimento, podem passar anos vivenciando situações

violentas sem perceber que essas situações compreendem o alijamento de seus direitos como seres humanos (SENNA; D'OLIVEIRA, 2000).

Na atenção à mulher em situação de violência as dificuldades em superar o fenômeno da violência também vêm associadas ao saber técnico e histórico-social adquirido ao longo da vida e utilizado pelo profissional, de acordo com o objeto por ele recortado. Os saberes vêm balizados pelas concepções patriarcais sobre a condição feminina na sociedade e contribuem para, além da delimitação do objeto, a seleção dos meios e instrumentos para transformá-lo.

No contexto do processo de trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência, se o profissional tem sua visão de mundo alicerçada pelo arcabouço patriarcal, ainda que ele reconheça a violência como potencial para o adoecimento e morte da mulher que a vivencia, o seu processo de trabalho não ultrapassará a assistência da lesão, se esta for visível ao profissional ou relatada pela mulher.

Neste sentido, a violência contra a mulher e a violência em geral produzem custos materiais, sociais e emocionais elevados para o setor saúde, bem como para a segurança pública. Estes custos, segundo Minayo (2005) se traduzem em faltas no trabalho que prejudicam o desenvolvimento econômico e, mais especificamente na saúde, em gastos com serviços especializados, medicamentos, atendimentos em emergências e urgências.

De acordo Oliveira (2011), as ações de saúde na maioria das vezes estão centradas na solução do problema agudo (lesão), sem, contudo, alcançar o atendimento da necessidade da mulher para além da agressão física, compreendendo que a violência contra a mulheres constitui uma violação de direitos humanos fundamentais, portanto com potencial para produzir sofrimento e comprometer a vida social e política de quem a sofre.

Neste sentido, para alcançar a superação do modelo curativo e consequente a transformação paradigmática do modelo de atenção integral à mulher, há de se considerar a complexidade de gênero intrínseca à violência contra a mulher, bem como refletir sobre as visões de mundo dos sujeitos baseadas em referenciais de gênero que contribuem para a construção do saber que subsidia as práticas em saúde, pois é na ação concreta do trabalho que se modificam as estruturas sociais.

Na direção de contemplar os princípios do SUS (equidade, universalidade e integralidade) traduzidas em ações concretas na atenção à mulher em situação de violência, quanto maior a capacidade reflexiva dos profissionais acerca dos fenômenos que envolvem e interferem nas condições de vida das mulheres vítimas de violência, maior será a capacidade de formular processos de trabalho com potencial para despertar motivações nas mulheres a lutar pela superação da opressão de gênero.

Superar o reformismo caracterizado por Silva (2003) como medidas racionalizadoras e não transformadoras da realidade na área da saúde é um dos desafios do SUS na atualidade. Nessa direção, a tendência de superar o modelo clássico de atenção à saúde da mulher se manifesta no reconhecimento das limitações do modelo de Saúde Pública tradicional, marcado por processos de trabalho orientados, sobretudo, pelo enfoque biológico, fragmentado e individual. A proposta do SUS, e nela a política de atenção à mulher, incorpora um conceito de saúde ampliado, que comporta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença na qual o ser humano é compreendido como sujeito que se determina, também, na esfera da vida social (GUEDES et al., 2009).

Essa nova configuração do trabalho em saúde advinda no projeto político ideológico do SUS, no qual o adoecimento está intimamente relacionado à inserção social dos indivíduos, exige a utilização de novos instrumentos para operar o trabalho em saúde. Estes instrumentos são construídos no cotidiano da relação entre trabalhadores e usuários dos serviços de saúde e exige do trabalhador de saúde uma visão ampliada sobre o contexto de vida dos usuários, articulação com outros setores sociais e a corresponsabilização com os problemas da comunidade assistida.

No contexto atual, a efetivação da política de atenção à saúde da mulher implica considerar tanto as categorias que expressam as diferenciações existentes na sociedade, a partir da posição de sujeito social na produção da vida material, como outras igualmente importantes, a exemplo da categoria gênero e da categoria trabalho (FONSECA, 2005; CHAUI, 2006; ANTUNES, 2011). Essas duas categorias expressam desigualdades e relações de poder no espaço social e se relacionam também com o processo saúde-doença, consequentemente interferem nos processos de trabalho em saúde da mulher.

O contexto de vida das mulheres usuárias dos serviços de saúde e a visão de mundo dos profissionais contribuem para a compreensão da violência como um problema de saúde pública ou como um problema do espaço privado, pois é por meio desta visão de mundo que os profissionais definem seu olhar para violência usando as lentes da naturalização ou da violência como constructo social.

Nesta seara, a abordagem de gênero considera a diversidade dos processos de socialização de homens e mulheres. Contrapõe-se ao entendimento do enfoque hegemônico clássico que *naturalizou* as desigualdades entre os sexos, gerando condições que impactam a vida e as relações dos seres humanos, tanto no plano individual quanto no coletivo, distanciando a mulher de sua emancipação social. Sobre esse entendimento, Barbosa e Giffin (2007) argumentam que o conceito de gênero denuncia que a condição de submissão das mulheres tem causas históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais definidas e podem, portanto, ser transformada.

Neste sentido, gênero enquanto categoria analítica é importante para compreender a interação e a cumplicidade com que se constroem as relações entre homens e mulheres, ambos marcados por uma cultura machista e patriarcal (GOMES, 2011).

No enfoque da construção social como resultado da ação humana, um dos grandes desafios das políticas públicas relativas à mulher é o de transformar a intenção revolucionária da política em gesto que lhe corresponda na ação de práticas profissionais com potencial para fomentar a emancipação da opressão de gênero. Na área da saúde, isso significa que o processo de trabalho adquire maior importância por ser determinante na contribuição para a transformação paradigmática do *Modelo de Atenção à Saúde* da mulher no Brasil.

A categoria *Modelo de Atenção à Saúde* é compreendida, neste estudo no enfoque defendido por Mendes-Gonçalves (1992), como um conceito que tem suporte em três pilares: a) as intenções da política; b) a organização dos serviços e, c) os processos de trabalho. As intenções da política dizem respeito ao processo de tomada de decisão e aos documentos que regulamentam e informam a política de atenção à mulher. Estas intenções orientam a organização e a estruturação dos serviços que visam atender necessidades por meio de processos de trabalho.

Decerto, são inegáveis os avanços que o advento do SUS possibilitou para a elaboração das intenções da política de saúde da mulher como também a nova organização dos serviços destinados a esse fim. Porém esses avanços parecem que não foram igualmente acompanhados por novos processos de trabalho, pois o que predomina no cotidiano do trabalho em saúde da mulher é a reprodução do modelo curativo dos séculos passados cuja intervenção prioriza as repercussões da violência, e não a violência enquanto determinante social para a saúde. Desse modo o que se concretiza na assistência é a predominância da reparação do dano físico sem se considerar, do mesmo modo, o empoderamento da mulher para superar a violência.

Não obstante, a complexidade do fenômeno da violência de gênero contra mulher que atinge todos os pilares do modelo de atenção à saúde em geral e da mulher, além da importância de um dos elementos que orienta todo o processo de trabalho – o saber que manifesta os conteúdos de gênero – motivou este recorte da investigação porque ele informa a qualidade das práticas profissionais e a incorporação ou não do enfoque de gênero na produção de processos de trabalho, razão que justificou o desenvolvimento deste estudo e que intenciona contribuir na produção de saberes que poderão ser utilizados por profissionais de saúde e de outras áreas adjacentes para o enfrentamento da violência de gênero contra mulheres.

Assim, a investigação sobre o saber em gênero apontou os limites e as possibilidades de mudanças qualitativas dos serviços e processos de trabalho em saúde, além de constituir uma oportunidade para visibilizar as alterações que os qualificam, considerando que os serviços realizam as intenções da política por meio de práticas profissionais ou processos de trabalho estéreis/potentes para a transformação do *status quo* (KISS et al., 2007, BRASIL, 2005).

O processo de trabalho, estudado nesta pesquisa tem por referência os estudos de Mendes-Gonçalves (1992, 1994) sobre processo de trabalho na saúde na perspectiva do Materialismo Histórico e Dialético. Ricardo Bruno Mendes-Gonçalves (1992, 1994) considera o processo saúde-doença e as práticas de saúde na sociedade como processos dinâmicos e articulados à totalidade social, portanto o trabalho é uma categoria que tem potencial analítico para orientar a crítica e a discussão neste estudo.

A mudança no modo de concretizar as políticas de atenção à mulher corresponde a uma necessidade social da área da atenção básica à saúde, da qual a

Estratégia Saúde da Família - cenário deste estudo - faz parte. No sentido de sua efetivação, a ideia pressupõe um trabalho cujo processo realize a perspectiva da política vigente, objetivando-a em ações de saúde por meio do trabalho que se desenvolve nos serviços públicos de atenção à mulher em situação de violência. De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), o sentido tecnológico do trabalho corresponde a apreender o objeto de trabalho, tendo como finalidade um produto final que satisfaça necessidades sóciohistoricamente determinadas, dispondo de meios para transformá-los nesta direção.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992, p. 34) é importante considerar que as necessidades são construídas também pela lógica hegemônica, que nem sempre representam “necessidades” necessárias¹: *aquilo que precisa ‘necessariamente’ ser satisfeito para que esse ser continue sendo um ser* (MENDES-GONÇALVES, 1992, p. 34). Na lógica capitalista, as necessidades são produzidas para atender, sobretudo, à demanda de mercado e são incorporadas como necessidades do coletivo.

No caso específico da violência doméstica contra mulher, a medicalização da violência produz demandas por medicamentos, entre os quais antidepressivos, hipertensivos, distúrbios endócrinos, como também uso de álcool e outras drogas pela mulher e seu agressor, gerando despesas para a família e para o Estado. Pesquisas apontam correlação positiva entre violência contra a mulher e uso de álcool e drogas lícitas e ilícitas (VIEIRA et al., 2011; ZILBERMAN; BLUME, 2005). Essa realidade aponta para a complexidade da violência de gênero contra mulher, bem como a importância de considerar a abordagem de gênero no saber que fomenta as ações de saúde.

Portanto, pressupomos que os processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência estão norteados por visões de mundo dos profissionais arrimadas

¹ Nota explicativa: o autor faz distinção entre “necessidade” e necessidade. A “necessidade” (entre aspas)- em inglês necessity- refere-se a dever obrigatório. O homem, por ser um ser natural é dotado de “necessidades” (assim como outros animais) e poderes (para transformar a natureza e atender suas necessidades). Essas mesmas necessidades não são fixas, mas variam, *ampliando-se e diversificando-se com a ampliação e a diversificação do domínio das forças naturais que se objetivam nos objetos dessa necessidade* (p. 35). O termo necessidade (sem aspas) – em inglês need- refere-se a carecimento, impulso, desejo; que não sendo atendido, o ser continua sendo um ser. Tanto “necessidade” quanto necessidade são histórica e socialmente determinadas, portanto dinâmicas (MENDES-GONÇALVES, 1992 p. 33-35).

em referenciais de gênero, de modo a produzir ou não práticas profissionais com potencial para superar a violência de gênero vivida pelas usuárias em seu cotidiano.

Creemos que o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência desenvolvido sob as lentes da abordagem de gênero, tem potencial para desenvolver transformações necessárias para a superação da violência doméstica contra mulher. Esse potencial é possível de ser investigado nas bases teóricas que norteiam o processo de trabalho.

Diante do exposto e no sentido de analisar o saber que norteia o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência e a sua efetivação por meio das práticas profissionais, este estudo assume importância por pretender compreender como as visões de mundo dos profissionais baseadas em referenciais de gênero contribui para o recorte do objeto de trabalho, seleção dos meios para efetivá-los por meio de práticas profissionais nos serviços da Estratégia Saúde da Família, no município de João Pessoa – PB, cuja oferta de serviços abrange, entre outras ações, a atenção à mulher em situação de violência. Nesses serviços, a função social é determinada pelos fundamentos filosóficos dos Direitos Humanos, entre eles o princípio da dignidade humana, o qual permite a uma pessoa afirmar sua condição humana e participar plenamente da vida (PEQUENO, 2011).

Desse modo, os princípios do SUS estão orientados pelos princípios fundamentais dos direitos humanos, que por sua vez devem se objetivar no cotidiano do trabalho em saúde através de ações que conduzam ao empoderamento das mulheres e a ampliação da qualidade de vida.

Outrossim, pode, ainda, sinalizar sobre a necessidade de produção de novos saberes e práticas, necessários para o reconhecimento de que a área da saúde da mulher apresenta uma aproximação ou um distanciamento com os princípios e diretrizes emancipatórios que a teoria de gênero defende e o atual sistema de saúde comporta.

Convém esclarecer que, nesta pesquisa, o objeto investigado corresponde ao saber que orienta os processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência, ou seja, um dos instrumentos do processo de trabalho. Para tanto, é necessário compreender os três elementos do processo de trabalho (objeto, instrumentos e finalidade). Diferente deste, o objeto que compreende um dos elementos

do processo de trabalho, descrito por Mendes-Gonçalves (1992 e 1994), corresponde àquilo que o profissional quer transformar.

Diante da problemática apresentada, questionamos qual saber sobre a violência doméstica contra a mulher que norteia as práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral:

Analisar o saber que norteia o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência e sua efetivação por meio das práticas profissionais, compreendidas como processos de trabalho na Estratégia Saúde da Família - ESF.

1.2.2 Objetivos Específicos:

1. Identificar os elementos dos processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: objetos, finalidades e instrumentos.
2. Identificar os conteúdos sobre violência doméstica contra a mulher e as bases que o sustentam nos processos de trabalho instituídos para atender à mulher em situação de violência na Estratégia Saúde da Família no município de João Pessoa.
3. Analisar os conteúdos que conformam o saber que norteia os processos de trabalho à luz do enfoque de gênero.
4. Analisar os limites e as possibilidades da reorientação das práticas profissionais de atenção à mulher em situação de violência, à luz da abordagem de gênero.

Em síntese, busca compreender as articulações entre os elementos do processo de trabalho, identificando os conteúdos de gênero como o saber, por ser este um dos instrumentos que pode atribuir o estatuto de qualidade da atenção à mulher em situação de violência.

2. BASES TEÓRICAS E PRESSUPOSTOS CONCEITUAIS

*No princípio eu era a Eva
 Nascida para a felicidade de Adão.
 E meu paraíso tornou-se trevas porque ousei libertação.
 Mais tarde fui Maria.
 Meu pecado redimiria.
 Dando à luz aquele que traria a salvação.
 Mas isso não bastaria para eu encontrar perdão.
 Passei a ser Amélia.
 A mulher de verdade para a sociedade.
 Não tinha a menor vaidade, mas sonhava com a igualdade.
 Muito tempo depois decidi:
 Não dá mais!
 Quero minha dignidade.
 Tenho meus ideais!
 Hoje não sou só esposa ou filha.
 Sou pai, mãe, arrimo de família.
 Sou caminhoneira, taxista, piloto de avião.
 Policial feminina, operária em construção.
 Ao mundo peço licença para atuar onde quiser.
 Meu sobrenome é competência.
 O meu nome é Mulher!!!*

Pérola Negra, ser mulher

2.1 Violência de Gênero e patriarcado

A abordagem de gênero corresponde a uma categoria analítica na qual a violência doméstica contra mulher é compreendida como fruto de um processo social no qual as desigualdades de gênero se legitimam como naturais. Esse modo de operar as desigualdades, que se concretizam na violência contra a mulher, estão presentes nos diversos cenários sociais, inclusive no setor saúde nas relações hierárquicas de poder entre profissionais e usuários e no predomínio de ações de saúde com foco no aspecto reprodutivo da mulher.

Neste sentido, o uso da abordagem de gênero para refletir as desigualdades entre homens e mulheres que levam ao adoecimento e à violência contra as últimas constitui um *locus* fértil para elucidar relações de opressão que são, muitas vezes, invisíveis aos sujeitos sociais porque são naturalizadas pelos modelos ideológicos de gênero, cuja base é orientada pelo androcentrismo.

Entretanto, a articulação entre violência contra as mulheres e violência de gênero não se constitui um tema consensual entre pesquisadoras(res) e feministas. O que se delimita como consenso no campo da violência contra a mulher é a compreensão da violência como fenômeno complexo, multifacetado, presente em todas as culturas e

tempos históricos. No tocante ao conceito de violência contra a mulher também é consenso a compreensão da violência para além da dimensão biológica impressa no corpo por meio da lesão.

Minayo (2011) argumenta que a dificuldade em conceituar a violência

provém do fato de se tratar de um fenômeno da ordem do vivido (no qual se inclui também quem tenta teorizar sobre ela) e cujas manifestações provocam uma forte carga emocional em quem a comete, em quem a sofre e em quem a presencia (MINAYO, 2011 p. 26)

Minayo (2011) ainda defende que, embora a academia tenha conceitos fundamentados teoricamente, a violência também é dirigida pelo julgamento social, delimitando o que é compreendido como violência. Assim, a violência não é única, mas múltipla. Sua origem latina vem da palavra *vis* que significa força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física do outro.

Ao analisar o sentido material da violência, pela análise de Minayo (2011), o termo pode parecer neutro, porém essa neutralidade torna-se inexistente quando se analisa os eventos violentos e seus contextos, pois neles é possível identificar os conflitos de autoridade, a busca pelos domínios de poder, o desejo de aniquilamento do outro e cujas manifestações violentas são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas de acordo com normas sociais mantidas pelos aparatos legais da sociedade ou por usos e costumes naturalizados (Minayo, 2011 p. 25).

No tocante aos estudos sobre o fenômeno da violência, Santos e Izumino (2005) ao analisar a produção sobre violência contra as mulheres no Brasil, identificaram que as pesquisas sobre violência contra as mulheres entre os anos 1980 e 1990 tinham como objetivo dar visibilidade à violência, que antes fazia parte do ambiente privado, bem como promover discussões que levassem ao combate da violência contra a mulher mediante intervenções sociais, psicológicas e jurídicas.

Nas pesquisas sobre violência contra a mulher das últimas décadas do século XX, predominavam três correntes teóricas: a *dominação masculina* decorrente da anulação da autonomia da mulher, cuja violência correspondia à expressão de dominação da mulher pelo homem, sendo a mulher concebida tanto como vítima quanto como cúmplice e tem em Marilena Chauí uma de suas referências.

A segunda corrente teórica é a *dominação patriarcal*, construída sob influência do marxismo e do feminismo, na qual Heleieth Saffioti é a pesquisadora de referência. Nesta corrente ideológica, a violência correspondia a uma expressão do patriarcado e a mulher era considerada como sujeito social autônomo, porém vitimizada pelo controle social masculino historicamente constituído.

A terceira corrente teórica, inaugurada por Maria Filomena Gregori, era *relacional* porque relativizava a dominação masculina e a vitimização feminina, de modo que a violência contra a mulher era compreendida como uma forma de comunicação e um jogo no qual a mulher não é vítima, mas cúmplice do seu algoz (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Com a introdução da categoria gênero nos estudos sobre violência, uma nova terminologia é proposta para discutir a violência como fenômeno social. Desta seara, sobressai a expressão violência de gênero sem, contudo, abandonar a noção de patriarcado nas análises sobre o fenômeno (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Dentre as teóricas da violência contra as mulheres baseada na dominação masculina, Marilena Chauí (1985) concebe a violência contra as mulheres como fruto de relações hierarquicamente desiguais produzidas e reproduzidas por homens e mulheres com fins a dominar, oprimir e explorar mulheres (e também grupos sociais e algumas classes oprimidas) destituídas de autonomia.

De acordo com Chauí (1985), a cumplicidade frente à violência é fruto do modo de socialização das mulheres, pois se a liberdade é autonomia, as mulheres estão impedidas de exercer sua liberdade pela própria definição de seu lugar social, que as coloca na qualidade de dependentes, *de seres para os outros e não com os outros* (CHAUÍ, 1985 p. 47) e em uma relação de inferioridade relativa ao homem. Assim, no contexto da violência, a mulher é objeto de seu algoz porque perde sua autonomia, sua capacidade de *autodeterminação para pensar, querer, sentir e agir* (p. 36). Desse modo, a cumplicidade não é uma escolha dentre as opções possíveis, mas uma construção subjetiva mediada pela heteronomia que torna as mulheres objetos de violência dos homens e instrumentos de violência para outras mulheres (CHAUÍ, 1985).

Saffioti (1979, 2001, 2009, 2011) em seus estudos sobre violência contra a mulher apoia-se na teoria da *dominação patriarcal* para explicar a violência enquanto fenômeno. A autora enuncia a violência de gênero como um conceito amplo, no qual se

inclui a violência contra as mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos (SAFFIOTI, 2009). De acordo com a autora, as relações desiguais tem uma base material de exploração da mulher pelo homem. Essa exploração tem implicações que vão além da dominação, visto que na dominação, a relação desigual de poder recai no campo ideológico da construção de subjetividades e no campo político, na delimitação dos papéis sociais masculinos e femininos. Na exploração, além dos campos ideológico e político, as relações desiguais ocorrem baseadas na economia, base do capitalismo e, portanto na base da sociedade contemporânea.

No tocante ao trabalho e à aquisição de bens Saffioti, (1979) argumenta que, embora a mulher nunca tenha ficado alheia ao trabalho – pois sempre contribuiu dentro e fora do espaço doméstico para a subsistência familiar e para produzir riqueza social, quer pelo trabalho não remunerado, quer pelo trabalho remunerado – *ela sempre foi considerada menor e incapaz, necessitando da tutela de um homem, marido ou não* (SAFFIOTI, 1979 p. 33).

Nesse contexto, a mulher não é cúmplice, pois

Para que [mulheres] pudessem ser cúmplices, dar seu consentimento às agressões masculinas precisariam desfrutar de igual poder que os homens. Sendo detentoras de parcelas infinitamente menores de poder que os homens, as mulheres só podem ceder, não consentir (SAFFIOTI, 2011).

Essa reflexão é plausível de ser observada nas situações de violência doméstica nas relações afetivas quando é, por vezes, necessário intervenção externa para romper com o ciclo da violência (SAFFIOTI, 2011). Assim, no exercício da função patriarcal, homens têm o poder de determinar a conduta social, sendo autorizados ou tolerados pela sociedade da qual fazem parte para punir ou extinguir aquelas e aqueles que saem da norma social.

A última corrente desenvolvida por Maria Filomena Gregori e analisada por Santos e Izumino (GREGORI, 1993 apud SANTOS; IZUMINO, 2005) trata da relativização da dominação masculina e vitimização feminina. De acordo com a pesquisadora, os relacionamentos conjugais são de parceria e a violência pode ser uma forma de comunicação, ainda que perversa, entre os parceiros (GREGORI, 1993 apud SANTOS; IZUMINO, 2005). Nessa concepção, a mulher é protagonista da violência, sendo concebida como cúmplice do seu agressor e cuja violência corresponde a um jogo

relacional e não uma luta pelo poder. Assim, Gregori reafirma a condição da mulher como sujeito que agride e é agredida neste jogo afetivo.

Todavia, a autora enuncia o medo como um elemento que contribui para a cumplicidade. Debert e Gregori (2008) chamam a atenção para a necessidade de compreender os contextos em que se dão a violência e os significados que esses contextos assumem para que o fenômeno prospere. Para Debert e Gregori (2008)

o significado de violência – que atribui o sentido de danos, abusos e lesões a determinadas ações – é constituído historicamente e depende do poder de voz daqueles que participam do jogo democrático. É, portanto, de importância fundamental empreender distinções entre os significados de processos de violência e daqueles processos que criminalizam os abusos (GREGORI; DEBERT 2008 p. 166).

Dito isto, Debert e Gregori (2008) enfatizam que as expectativas das mulheres relacionadas às queixas-crimes podem – e são muitas vezes – diferentes das expectativas dos operadores da justiça e da segurança pública. Para as autoras, as mulheres são ativas no processo de judicialização da violência doméstica seja pela amenização da queixa no decorrer do processo levando o agressor a absolvição, seja pela ênfase dada aos episódios de violência cuja judicialização finaliza-se com a condenação do autor.

Na análise de Santos e Izumino (2005), a relativização é necessária para que os contextos sejam investigados, tirando o foco apenas da vítima. As autoras em tela estão em conformidade com as afirmações de Debert e Gregori (2008) no tocante ao contexto das ações de violência:

examinar as articulações entre violência e gênero permite avançar a análise sobre as dinâmicas que configuram posições, negociações e abusos de poder nas relações sociais, constituindo um campo vigoroso para desafiar as dificuldades sugeridas (DEBERT; GREGORI, 2008 p. 176).

Contudo, não se pode, com a teoria da relativização, pormenorizar a violência que é sentida individualmente pela mulher, deixando quem a sofre em um plano secundário de análise.

Além das teorias que subsidiam a análise da violência contra a mulher, a partir dos anos 1980, se desenvolvem conceitos sobre os diversos modos de exercício da violência contra as mulheres, a partir da perspectiva de gênero enunciada por Joan Scott em seu estudo datado de 1986. Entre estes conceitos, desenvolveram-se os conceitos de

violência de gênero, violência doméstica e violência intra-familiar. Saffioti (2011) argumenta que violência de gênero é um conceito amplo, abrangendo a violência doméstica e a violência intra-familiar.

Na violência de gênero inclui-se como vítimas não só as mulheres, mas as crianças e adolescentes de ambos os sexos devido ao seu ancoramento no conceito aberto de gênero. Todavia, a direção mais comum da violência de gênero é no sentido do homem contra a mulher, tendo a falocracia como caldo de cultura (SAFFIOTI, 2011).

De acordo com Saffioti (2011), a violência familiar corresponde àquela que envolve membros de uma mesma família extensa ou nuclear, cuja relação está baseada na cosanguinidade e afinidade, podendo ocorrer no domicílio ou fora dele, sendo mais comum no primeiro caso. A violência doméstica possui pontos de sobreposição com a violência familiar, entretanto pode ser incorporada a esse conceito, a violência que atinge pessoas que não fazem parte da família, a exemplo de agregados e empregadas domésticas.

Para Oliveira (2011), a violência intrafamiliar corresponde a um fenômeno estrutural de gênero que influencia sobremaneira os processos de vida das mulheres em todas as sociedades. Entretanto, D'Oliveira (2000) argumenta que, por ser a violência intrafamiliar produto das desigualdades de gênero, é um equívoco considerar que todos os membros da família estejam em igualdade de condições. Na perspectiva feminista, não se pode tratar todos os membros da família como se estivessem em situação de igualdade, pois a violência cometida e sofrida por homens e mulheres tem significados políticos e sociais diversos que a violência intrafamiliar não contempla.

Ao discutir a violência contra a mulher à luz da violência intrafamiliar, sem considerar a perspectiva feminista de gênero, sua explicação é baseada nas questões sociais como desemprego, alcoolismo, más condições de trabalho e problemas de saúde, sem apontar para a importância da desigualdade de poder existente entre homens e mulheres (D'OLIVEIRA, 2000). Para D'Oliveira (2000), de um modo geral, as pesquisas que recorrem ao uso do termo violência de gênero se orientam pelo referencial feminista e descartam a violência intrafamiliar baseada em situações sociais que a justificam.

Neste trabalho, optamos por utilizar a teoria patriarcal da análise sobre a violência e o conceito de violência de gênero e violência doméstica contra mulheres. Esta escolha será melhor abordada no subcapítulo a seguir.

2.2 Interfaces entre violência de gênero, patriarcado e saúde da mulher

O processo de socialização humana traz consigo perspectivas e expectativas inerentes à categoria homem e mulher que acabam por reproduzir percepções de mundo pré-estabelecidas e aceitas pelo coletivo, ficando os sujeitos pautados em um processo de formatação do feminino e do masculino (LOURENÇO, 2004) e cujo sujeito que foge à regra social é considerado transgressor.

Essa *formatação social* incide, de acordo com Safiotti (2009), na construção de várias gramáticas sociais que norteiam o comportamento dos sujeitos nela inseridos:

1. A gramática sexual ou de gênero regula as relações entre homens e mulheres, entre homens e entre mulheres, compreendendo a base do patriarcado e delimitando comportamentos e concepções específicas quanto ao sexo.
2. A gramática da raça/etnia que define as relações de poder e hierarquia entre as raças, com predominância para a relação de opressão de brancos contra negros.
3. A gramática de classe social, que delimita espaços a partir da relação de dominação-exploração, dividindo a sociedade em classes.

Neste sentido, gênero, raça/etnia e classe social constituem a base da sociedade capitalista vigente, sendo gênero a classe gramatical, na qual o patriarcado tem a sua base.

Baseado na análise de Marcondes (2007) sobre o conceito de gênero, o autor afirma que o aparato biológico interage com o aparato social na construção dos sentidos e valores sociais de modo relacional, considerando o contexto social em que essas relações ocorrem. Acrescenta ainda que por serem relacionais, a interação biológica e social são também históricas e, portanto dinâmicas trazendo *a marca dos modos como as pessoas produzem suas condições de vida e as modificam* (MARCONDES, 2007, p. 48).

Nessa concepção, a construção histórica dos papéis sociais masculinos e femininos baseada nas diferenças sexuais, atribui ao sexo masculino um valor positivo à sua condição biológica e um valor negativo às características biológicas da mulher. Essa atribuição de valores permitiu as desigualdades que se produziram nas relações sociais entre os sexos, de modo a serem vistas como naturais, existentes em si e por si, e não como resultados da ação humana, o que dá o caráter de naturalização, portanto, imutável (CHAUÍ, 2005).

Tendo como base a concepção de desigualdade *natural*, os espaços a serem ocupados por homens e mulheres vão se delimitando, de modo que o que se apresenta no campo biológico é apropriado pelo campo sociológico para justificar essas desigualdades e injustiças. Para Saffiotti (2004), o entendimento de que a diferença pertence ao reino da natureza e a igualdade é fruto do domínio político constitui o caldo ideológico para a normatização da relação de dominação-submissão. Nessa lógica, o par da diferença é a identidade e o par da igualdade, a desigualdade, de modo que

a naturalização do feminino como pertencente a uma suposta fragilidade do corpo da mulher e a naturalização da masculinidade como estando inscrita no corpo forte do homem fazem parte da tecnologia de gênero que normatizam condutas de homens e mulheres (SAFFIOTTI, 2004, p. 77).

Nesse contexto, a força da ordem masculina que estrutura a ordem social androcêntrica não precisa ser justificada para ser aceita. Esta força é concebida como neutra e estrutura esquemas de pensamento objetivos no modo de agir e ser na sociedade, bem como esquemas subjetivos na forma de perceber e apreciar o mundo a partir do espaço social que cada um ocupa, constituindo-se uma *matriz de percepções e apreciações* presentes nos espaços público e privado (BOURDIEU, 2002).

Na cultura hegemônica, a rígida divisão sexual da vida social implica na existência de um mundo masculino, cuja base é o poder e o reconhecimento social, enquanto o mundo feminino é relegado à invisibilidade e a falta de valor social (BORRELL; ARTAZCOZ, 2009). Na atualidade, a contradição de gênero é uma das três grandes contradições produzidas na sociedade. As outras duas, são referentes à classe e a raça/etnia (FONSECA, 2005).

O sexismo, produto desse modo de socialização e base do patriarcado, é estruturado por elementos de duas categorias sociais: a desigualdade e a exclusão. A

desigualdade implica em um sistema hierárquico de integração social, cuja pertença se dá pela integração subordinada. Enquanto que a exclusão apoia-se em um sistema de hierarquia dominado pelo princípio da exclusão (SANTOS, 1999). Esses dois sistemas constituem a base do dispositivo de normalidade, que é usado na manutenção do *status quo* e legitimam as práticas sociais, as ideologias e as atitudes combinando não só a exclusão e a desigualdade, mas também a pertença subordinada e o interdito.

Sobre esses sistemas Santos (1999, p. 2) defende que *a desigualdade e a exclusão são dois sistemas de pertença hierarquizados*, próprios das sociedades modernas, sem os quais não seria possível a existência do capitalismo. Esses sistemas, para existirem são justificados e mascarados na sociedade moderna, uma vez que produziram uma contradição entre os princípios da emancipação e da regulação.

O princípio da emancipação foi produto da Revolução Francesa que fez reconhecer a igualdade, liberdade e cidadania como legítimos da vida social. Ao contrário deste, os princípios de regulação são produzidos narcisisticamente pelo próprio processo de desenvolvimento do capitalismo, porque são necessários para garantir o projeto desenvolvimentista e, contraditoriamente, são os responsáveis pelas desigualdades. Conseqüentemente, os processos de regulação desempenham a função de gerir os processos de desigualdades.

Segundo Santos (1999, p. 2)

Se a desigualdade é um fenômeno sócio-econômico, a exclusão é, sobretudo, um fenômeno cultural e social, um fenômeno de civilização. Trata-se de um processo histórico através do qual uma cultura, por via de um discurso de verdade, cria o interdito e o rejeita. Estabelece um limite para além do qual só há transgressão, um lugar que atira para outro lugar, a heterotopia, todos os grupos são atingidos pelo interdito social (SANTOS, 1999, p.2)

De acordo com Santos (1999), na desigualdade de gênero – sexismo -, o princípio da exclusão apoia-se na distinção entre o espaço público e privado, ou seja, quem está em um, não pode estar em outro; e o princípio desigualdade, no papel da mulher na reprodução da força de trabalho no ambiente familiar e, fora do espaço privado, na desvalorização da força de trabalho feminino como *menos trabalho*.

Nesse pensamento, a pertença, a inclusão da mulher na sociedade burguesa, se efetiva por um modo de integração subordinada, parcial, porque se mantém sua exclusão dos processos decisórios. Nesse caso, a exclusão acontece pela recusa, ou

rejeição ao reconhecimento de sua igualdade por meio do discurso de verdade (SANTOS, 1999).

Desse modo a desigualdade e a exclusão são categorias nas quais as mulheres sempre foram protagonistas, tendo como pano de fundo da exclusão a distinção entre espaço público e privado, sendo este último o espaço feminino *a priori* e como princípio de desigualdade o papel social da mulher na reprodução da força de trabalho na família e, no espaço público explicitamente observada pela diferença salarial entre homens e mulheres no mundo do trabalho formal.

Assim, a desigualdade e a exclusão correspondem à base do dispositivo de normalidade que é usado na manutenção do *status quo*, por meio dos quais as práticas sociais, as ideologias e as atitudes são legitimadas combinando não só a exclusão e a desigualdade, mas também a pertença subordinada e o interdito. Por meio desta sistemática, o sistema patriarcal organiza ainda na atualidade a dinâmica das relações de gênero, bem como os instrumentos de dominação que atuam em toda a sociedade através de leis e costumes, da dinâmica da economia, das formas de organização social e de todas as dimensões da vida política e cultural (CAMURÇA, 2008).

Contudo, a realidade da sujeição patriarcal pela qual a mulher, enquanto membro social vive, não ocorre de modo arbitrário, mas com certo controle para que tanto a exclusão quanto a desigualdades não sejam extremas, levando-as ao aniquilamento, de modo a manter-se a integração subordinada dentro dos limites da *normalidade* hegemônica, de modo a não pôr-se em risco o patriarcado e o androcentrismo.

A abordagem de gênero caminha na contramão do modelo hegemônico de socialização, que tem o androcentrismo como eixo estruturante, o qual considera a mulher pela perspectiva biológica (reprodutora e cuidadora), dificultando sua emancipação e infundindo na sua identidade subjetiva a sujeição patriarcal (OLIVEIRA, 2011).

Nessa lógica, gênero é o pano de fundo onde o patriarcado foi sendo produzido intermediado pela cultura, mesclando-se com o racismo e com o capitalismo, de modo a favorecer algumas classes sociais em detrimento de outras. Assim, o patriarcado não é somente um sistema de hierarquização da relação homem-mulher no espaço privado. Mais que isso, este sistema tem uma base material, cuja relação

dominação-exploração envolve a pertença de poder e a capacidade de tomar decisões políticas e econômicas no campo do macro e micro poderes.

Segundo Kergoat (2000) a divisão sexual do trabalho, que tem por característica a destinação prioritária dos homens à esfera produtiva (trabalho remunerado) e das mulheres à esfera reprodutiva (cuidados com a família e a casa), agrega a cada um dos sujeitos, um valor social mediante suas funções. Assim, aos homens cabem as funções de forte valor social agregado, enquanto às mulheres o trabalho doméstico é considerado não-trabalho.

Esta forma de divisão social do trabalho está presente nas diversas formações societárias e tem por base dois princípios organizadores: o *princípio de separação*, no qual existem trabalhos de homens e trabalhos de mulheres; e o *princípio de hierarquização*, em que o trabalho masculino *vale* mais que o trabalho feminino.

Estes princípios podem ser aplicados graças a um processo específico de legitimação, a ideologia naturalista. Este processo empurra gênero para o sexo biológico, reduz as práticas sociais a “papéis sociais” sexuados, os quais remetem ao destino natural da espécie. No sentido oposto, a teorização em termos de divisão sexual do trabalho afirma que as práticas sexuadas são construções sociais, elas próprias resultado de relações sociais (KERGOAT, 2000 p. 1).

Com base nessa reflexão e considerando a explicação hegemônica sobre a naturalização essencial do feminino e do masculino, a desigualdade sexual produzida nos primórdios da história mantém-se, na atualidade, por meio de interesses sociais igualmente naturalizados, constituindo uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade.

Portanto, a existência da relação patriarcal, ainda que mitigada, incide não somente na hierarquização entre os sexos, mas na contradição de seus interesses, pois ao homem é necessária a manutenção do *status quo*, enquanto que para a mulher, a luta é da busca pela igualdade entre os sexos (SAFIOTTI, 2009).

Na perspectiva da ideologia patriarcal, a apresentação das diferenças como naturais constitui-se em uma necessidade, sem a qual, o uso da diferença não alcançaria a eficácia política (SAFFIOTI, 1994), ou seja, para manter o capitalismo é necessário o interdito da igualdade entre os gêneros baseada na natureza por esta ter caráter imutável. Saffioti (2011) recorrendo a Pateman (1993) enuncia que o contrato civil

entre homens e mulheres instituído pela formulação do pacto original criou para os homens a liberdade e para as mulheres a sujeição, pois *a dominação dos homens sobre as mulheres e o direito masculino de acesso sexual regular a elas estão em questão na formulação do pacto original* (PATEMAN 1993 apud SAFFIOTI, 2011, p. 53).

Por meio do pacto original, a liberdade civil não é universal, por ser um atributo masculino dependente do direito patriarcal. Neste sentido, o pacto original além de ser um contrato sexual é também um contrato social, por ser baseado na concepção patriarcal, além de criar o acesso sistemático do homem ao corpo da mulher, também cria o direito político do homem sobre a mulher. Assim o contrato original, por meio do qual o patriarcado se constitui, é de caráter exclusivo masculino cujo objeto corresponde às mulheres (SAFFIOTI, 2011).

Desse modo, as relações de gênero estão fortemente presentes no exercício da sexualidade masculina concretizando, por meio da virilidade, relações desiguais de poder com favorecimentos ao masculino. Nesse contexto, o homem imbuído de sua virilidade, estabelece as regras na relação, enquanto a mulher, sob o estereótipo de passividade, submete-se ao domínio do parceiro, com poucas possibilidades de negociação (SILVA; COELHO, 2011).

Ademais, na construção das identidades de gênero, a sociabilidade exerce papel estruturante no que vem a se constituir homem ou mulher, pois não apenas os modelos de masculinidade e feminilidade constituem o ser humano, mas também as relações intersubjetivas próprias da sociabilidade mediam a constituição de modelos de modo a produzir ou reconstituir modelos de acordo com as situações e as especificidades sociais (NASCIMENTO et al, 2009).

Nesse processo de socialização, os modelos funcionam como matizes sociais e historicamente construídas e se traduzem em *habitus* que são incorporados não só pelos homens, mas por seus pares. (NASCIMENTO et al., 2009). Assim, no processo de socialização dos meninos, a violência tem *locus* privilegiado contribuindo para a construção de uma identidade violenta no homem adulto.

A desigualdade de gênero e conseqüentemente o patriarcado são incorporados como normalidade trazendo prejuízos individuais e coletivos para a sociedade gerando, dentre outros males, a violência de gênero, que por derivar de uma organização social

de base patriarcal, privilegia o masculino legitimando-o no exercício do poder, além de perpassar todas as instituições (SAFIOTTI, 2009), entre elas as instituições de saúde.

Para Saffioti (2011), a diferença sexual é convertida em diferença política, cujo patriarcado é a forma de expressão desse poder. Neste sentido, ao eleger as categorias gênero e patriarcado como base teórica é possível discutir situações que, embora pareçam individuais, a exemplo da violência sofrida pelas mulheres no espaço doméstico, na realidade são necessidades coletivas por terem a sua base nas desigualdades de gênero, confirmando a máxima feminista de que *o pessoal é político*.

Outrossim, a violência de gênero não se refere apenas às mulheres, mas implica a violência contra as mulheres, crianças e adolescentes de ambos os sexos, cuja base é o modelo de sociedade patriarcal. Na sociedade patriarcal que persiste na atualidade, no exercício da função patriarcal, os homens têm o poder de determinar a conduta hegemônica. Aqueles e aquelas que se desviam dessa conduta sofrem a violência que é permitida ou tolerada pela sociedade. *A execução do projeto de dominação-exploração da categoria social homens exige que sua capacidade de mando seja auxiliada pela violência* (SAFFIOTI, 2002, p.2). Embora forte, *a ideologia de gênero é insuficiente para garantir a obediência das vítimas potenciais aos ditames do patriarca, tendo este a necessidade de fazer uso da violência* (SAFFIOTI, 2002, p. 2).

Assim a ordem patriarcal constitui o caldo de cultura no qual a violência de gênero opera, edificando diversas desigualdades sujeitando não só as mulheres, mas as crianças, adolescentes e idosos de diversas faixas etárias. Desse modo, a sociedade vai se construindo além de androcêntrica, adultocêntrica.

A correlação desigual de forças presente na manutenção das desigualdades nas relações de gênero está além da violência física. A violência simbólica instituída por meio da adesão e coação impregna o corpo e a alma fornecendo esquemas cognitivos de reprodução dessas mesmas desigualdades (BOURDIEU, 2002). Com isso, as mulheres além de sofrerem com a violência também são veículos do processo de dominação-exploração androcêntrica ainda que o façam de modo involuntário.

Este mesmo esquema de dominação de gênero acompanha os modos de dominação exercida nos processos de colonização dos povos. Isto significa que as ideias de desigualdade são veiculadas pela cultura, difundindo-se por meio de contos,

palavras, poemas, livros, canções, etc. Esse discurso hegemônico desqualifica o colonizado quando impõe a ideologia do colonizador como verdade absoluta (BOFF, 1997).

Na dominação de gênero, os contos infantis e algumas músicas veiculam a desigualdade de poder, valores inferiores às mulheres e por vezes a naturalização da violência. Desse modo, a identidade humana vai se construindo utilizando-se também essas informações, que são subliminarmente introjetadas como verdades. Na construção da identidade feminina, a opressão de gênero alimenta concepções de valores sociais inferiores para as mulheres, atribuindo-lhes qualidades como fragilidade, sensibilidade, docilidade, que vão se afirmando como *naturais* e ganham status de verdade.

Nessa construção, as próprias mulheres reproduzem ideias de desigualdade de gênero, contribuindo também para o fortalecimento do machismo. Assim, na construção da identidade social, as mulheres são impedidas de fazer suas escolhas, de tomar as decisões que podem construir sua própria história. Desse modo, a opressão de gênero compreende uma ferramenta de alienação e manutenção do *status quo*, principalmente nas situações de violência, na qual alienação de gênero opera condicionantes para manter a mulher em cárcere emocional e psicológico, dificultando-a de ser dona da sua própria história e mudar os rumos da sua vida.

No tocante às desigualdades de gênero presentes no espaço público, onde se configura o trabalho formal, também são marcadas por desigualdades e assimetrias nas relações de poder e cujo saber não está aquém da abordagem dessas desigualdades.

O trabalho, enquanto categoria social, não existe em si, isoladamente, mas compreende um fazer dentro de uma relação social, cuja imagem feminina é *a priori* instituída por condicionantes sociais baseados na ideologia da desigualdade de gênero, que modela as atividades femininas no espaço doméstico, ocultando a transcendência e o impacto social que elas produzem tanto no espaço público como no espaço privado (MACÊDO, 2003).

No cotidiano, essa realidade se traduz na concepção de trabalho doméstico como não-trabalho, retirando da mulher a autonomia de decidir sobre sua vida por ser dependente economicamente do companheiro e se submetendo, por vezes, a atos de violência de gênero justificada pela ausência de emprego formal. Essa concepção

permeia não só os homens, mas também as mulheres, trabalhadoras formais e informais.

No trabalho em saúde, os modelos de gênero e suas repercussões no plano dos cuidados sinalizam os processos de produção e (re)produção de diversas formas de violência –institucional, simbólica, psíquica, entre outras- desenvolvidas na construção desigual das relações de poder nos diversos cenários. Isto implica considerar que o saber científico e o saber de gênero são parte de uma mesma teia, que alicerça ações e práticas em saúde.

Além disso, na atenção à saúde da mulher, os múltiplos papéis desempenhados por elas e a ausência da apropriação masculina por papéis valorados como femininos (tarefas domésticas, cuidados com os filhos, por exemplo) agravam a exposição ao risco de adoecimento, discriminação sexual e violência doméstica. Para Freitas et al. (2007) a construção social do ser mãe e esposa e do ser pai e marido são diferentes e chegam a ser opostas, pois à medida que as mulheres se envolvem com o espaço doméstico, os homens se distanciam gerando conflitos e sobrecarga para elas.

Todavia, nem sempre esses riscos são considerados no processo de trabalho em saúde. Essa *desconsideração* dos profissionais na atenção à mulher é fruto de referenciais hegemônicos de desigualdade baseados no sexo e serão determinantes para ajudar a mulher a buscar ou não soluções para os conflitos de gênero. Neste sentido, a qualidade da atenção dada à mulher também é determinada por referenciais de identidade de gênero apreendidos pelo(a) profissional e pela usuária ao longo da vida, que poderão contribuir para a emancipação da opressão de gênero e determinarão o caráter da violência como natural ou social.

Sobre esse aspecto, a violência doméstica sofrida por mulheres tem consequências físicas e psicológicas mais graves e por mais tempo que aquela sofrida por homens. Safiotti (2004) denuncia que a violência doméstica dilacera a alma feminina:

1. Por ocorrer em uma relação afetiva, a mulher ocupa um papel de co-dependência, com saídas e entradas da relação. Desse modo, a ruptura demanda de intervenção externa, o que, pode levar à mulher a ser tratada como não-sujeito;

2. As mulheres lidam bem com micropoderes, porém, em decorrência do seu alijamento histórico, grande parte delas não lida com macropoderes, pois elas pouco conhecem sobre suas histórias e as histórias de suas lutas. Todavia, uma vez apropriadas desses processos, conseguem transformar as instâncias de poderes;

3. A violência de gênero é produto da organização social de gênero, que privilegia o masculino;

4. Gênero não se refere apenas a relações interpessoais, mas também a relações estruturais de poder. *Gênero é estruturante da sociedade, do mesmo modo que a classe social e a raça/etnia* (p. 82).

5. O mecanismo de patologização, não raro atribuído ao fenômeno da violência, desconsidera as hierarquias e as contradições sociais e funciona de modo semelhante à culpabilização, dificultando o empoderamento feminino. A violência doméstica não respeita fronteiras, classe social ou cultura;

6. O poder apresenta duas faces: a potência e a impotência. As mulheres são socializadas para a impotência, ao passo que os homens são preparados para o exercício da força.

A desigualdade de gênero é fator *a priori* para definição e busca de solução do problema da violência contra a mulher, pois a explicação da violência baseada na diferença de gênero aponta que as mulheres sofrem consequências físicas e psicológicas mais graves que os homens.

A violência cometida e sofrida por homens e mulheres tem significados políticos e sociais muito diversos, sendo construída no interior das consciências e das subjetividades, de modo que não se pode tratar a violência como uma força externa aos indivíduos, como algo produzido pelo outro (MINAYO, 2011b), mas um fenômeno produzido e legitimado pela sociedade que precisa ser analisado de forma multifacetária, por apresentar características externas (quantitativas) e internas (qualitativas), coletivas e subjetivas cuja finalidade é reter ou conquistar o poder, posses e privilégios (DENISOV, 1986 apud MINAYO, 2011b).

Com base na compreensão da violência como fenômeno multicausal, também é importante refletir que esse fenômeno não tem seu apogeu na morte, pois esta

suprime o objeto mesmo da violência, mas na tortura por ser esta modalidade a que associa vítima ao agressor (MINAYO, 2011).

Assim, no processo de trabalho no campo da saúde a prevenção da violência deve ter como foco evitar a exposição das diversas formas de tortura, entre elas a tortura psicológica, por ser esta a que traz maiores danos à saúde mental das mulheres cidadãs.

Nesse sentido, o trabalho é um fazer dentro de uma relação social, na qual a imagem da mulher é instituída ora como vítima ora como culpada por meio da identidade de gênero incorporada no imaginário do senso comum do qual o profissional faz parte. Por meio da ideologia dominante as atividades da mulher são modeladas no terreno do privado, ocultando com isto a transcendência e o impacto da violência em suas vidas. Romper esse imaginário e produzir ações para melhorar a qualidade de vida das mulheres e de sua autodeterminação são condições para mudar o cenário da violência contra a mulher no Município de João Pessoa.

Concordamos com Villela e Monteiro (2009) ao refletir que as ações em saúde, ao serem dirigidas a sujeitos e grupos sociais, deveriam trazer incorporada a ideia de que o ser humano não existe fora das tramas do gênero, eixo organizador da cultura. Contudo, a saúde coletiva, que teve sua origem nos saberes da biomedicina, abstrai ou minoriza a dimensão subjetiva e a singularidade de cada ser humano, especialmente das mulheres. Desse modo, os atravessamentos do gênero na constituição do sujeito tornam-se invisíveis para a área da saúde (VILLELA; MONTEIRO, 2009).

Concordamos com Senna e D'Oliveira (2000) que essa invisibilidade efetivada nos serviços de saúde por meio de ações dirigidas preponderantemente à dimensão reprodutiva que é reduzida ao aspecto biológico do corpo feminino, embora cruciais à luz da racionalidade epidemiológica também possuem conteúdo *violento*:

“Violento” por que essas ações não questionam a reprodução da desigualdade nas relações de gênero, traduzidos no desrespeito à integridade corporal e autonomia das mulheres; ao contrário, reafirmam que o núcleo do sofrimento feminino está sediado em sua anatomia, que determina o seu “destino natural” de ser humano incompleto (D'OLIVEIRA; SENNA, 1996, p. 88).

Não se quer, com isso, negar a importância das ações de controle de doenças como parte do alcance da atenção integral à saúde, mas chamar a atenção para o fato de que a manutenção do modo de operar ações de saúde na atenção à mulher reproduz significados opostos ao que é defendido pela política de atenção à saúde da mulher vigente.

Neste sentido, a incorporação da abordagem de gênero como produto de socialização humana, nos processos de trabalho é um dos caminhos para a autodeterminação (empowerment) da mulher e para a compreensão da violência de gênero como negação de direitos humanos. É fundamental a conexão entre saúde coletiva e direitos humanos para que as políticas públicas vigentes sejam eficazes em seus objetivos.

No campo da saúde da mulher, a relação entre direitos humanos e saúde está presente nos documentos oficiais, porém ainda é latente essa relação nas práticas em saúde no cotidiano dos serviços. Essa realidade dificulta a emancipação da opressão de gênero e contribui para a manutenção do *status quo*.

Para que a integração entre gênero e políticas públicas alcance o campo das práticas, é importante reconhecer que o sistema de saúde, ao ser comprometido com as necessidades práticas e estratégicas de homens e mulheres, deve levar em consideração, na elaboração das ações políticas, a elevação da autonomia, - entendida como o controle sobre a própria vida e corpo e o direito a identidade independente e ao auto-respeito- como a promoção da igualdade de gênero das mulheres (LOFORTE, 2004). Loforte (2004) enuncia duas estratégias para alcance da autonomia e da igualdade de gênero:

1. Assegurar políticas e programas que levem em consideração as necessidades e interesses das mulheres e homens;

2. Apoiar programas cujo objetivo seja o *empowerment* (fortalecimento do poder e da autodeterminação) das mulheres.

De fato, na conjuntura atual do estado liberal capitalista – portanto da manutenção da relação de dominação-subordinação -, os direitos humanos confrontam-se com os desafios que resultam da concepção do papel do Estado, desde no modo como são legitimados os espaços masculinos e femininos, como os sujeitos são

valorizados a partir da relação de poder que exerce sobre os demais, como a cidadania se constrói, como o trabalho se redefine e como são assumidos os efeitos das mudanças sociais (ESTEVÃO, 2011), a exemplo da ocupação da mulher no espaço público e a não apropriação do homem no espaço privado.

Neste sentido, refletir sobre como os processos de trabalho se efetivam para a garantia de direitos humanos fundamentais é um passo para alcançar a atenção integral à saúde das mulheres e equidade de gênero, proposto desde 1995 pela Conferência Mundial sobre a Mulher e pelo Fórum Econômico e Social em 1997, para a qual o processo de *gender mainstreaming*² compreende

O processo de avaliação das implicações para as mulheres e homens de qualquer ação planejada, incluindo legislação, políticas ou programas, em qualquer área e em todos os níveis. É uma estratégia para fazer as preocupações e experiências das mulheres, bem como de homens parte integrante do projeto, implementação, monitoramento e avaliação de políticas e programas em todas as esferas políticas, econômicas e sociais, de modo que homens e mulheres se beneficiam igualmente, e a desigualdade não seja perpetuada. O objetivo final é alcançar a integração igualdade de gênero (traduzido de REPORT OF THE ECONOMIC AND SOCIAL COUNCIL FOR 1997 A/52/3, 18 September 1997).

Sob essa lente, o processo de trabalho, fruto da socialização dos seres humanos tem potencial para contribuir para a superação da opressão de gênero vivida pelas mulheres em situação de violência. Nesta concepção, o saber ancorado em referenciais de gênero tem potencialidade para contribuir para a autodeterminação da mulher e melhorar sua qualidade de vida enquanto sujeito de direitos humanos. Compreendemos que, pelo processo de trabalho, é possível contribuir para a promoção da igualdade de gênero e, conseqüentemente reduzir as situações de violência vivida por mulheres em seus cotidianos.

² *gender mainstreaming* (transversalização da perspectiva de gênero): corresponde a preocupação mundial em promover políticas públicas que integrem a perspectiva de gênero em programas sociais com fins a promover a igualdade entre homens e mulheres. A desigualdade de gênero foi compreendida pela Plataforma de Ação da Plataforma da IV Conferência Mundial da Mulher de Pequim em 1995 como um sério problema mundial e sua superação se constituiu em uma necessidade e um objetivo primário de todas as áreas de desenvolvimento social no mundo, configurando-se como o quinto terceiro objetivo do milênio – Promover a igualdade entre os sexos.

2.3. Políticas públicas de atenção à saúde da mulher e sua relação com a violência doméstica contra mulher

A violência doméstica contra mulher compreende um grave problema que atinge mulheres de todas as classes sociais em seu cotidiano, provocando adoecimentos físicos e mentais, além de expressar a violação de um direito fundamental: o direito à vida.

A violência de gênero no espaço doméstico corresponde a um dos fenômenos mais excludentes de direitos humanos que beira a epidemia, por estar presente em todas as classes sociais, sem distinção de cor e raça que tem sua base nos modelos de gênero historicamente construídos e moldados pelo patriarcalismo.

Nesse processo, embora a sociedade brasileira tenha avançado na perspectiva política e de garantia de direitos, ainda se conserva no cotidiano as marcas da cultura colonial escravista de base patriarcal de séculos passados, na qual tem o centro na hierarquia familiar heterossexual e androcêntrica, cujas

relações sociais e intersubjetivas são sempre realizadas como relação entre um superior, que manda, e um inferior, que obedece. As diferenças e assimetrias são sempre transformadas em desigualdades que reforçam a relação mando-obediência. O outro jamais é reconhecido como sujeito nem como sujeito de direitos, jamais é reconhecido como subjetividade nem como alteridade (CHAUI, 2006. p. 353).

Nesse contexto a violência doméstica contra a mulher se consolida como normalidade e elemento constitutivo da relação afetiva e familiar no exercício afetivo entre os pares, contribuindo para o não reconhecimento da violência como processo social. Sendo a violência contra a mulher fruto de um processo social, cuja ideologia androcêntrica o legitima como natural este fenômeno não é específico da área da saúde, porém, como argumenta Minayo e Souza (1998, p. 520), *está intrinsecamente ligado a ela, na medida em que este setor participa do conjunto das questões e relações da sociedade.*

Outrossim, a violência de gênero traz impactos para a saúde das mulheres e de todos que estão em seu entorno produzindo necessidades e configurando-se como uma demanda na agenda da saúde coletiva devido a sua magnitude e transcendência. Do ponto de vista das políticas públicas de saúde, a violência contra a mulher só foi

incluída na agenda da saúde na última década do século passado, sob pressão do movimento feminista.

Do ponto de vista histórico, a assistência à saúde da mulher no Brasil, organizou-se tendo por base as experiências reprodutivas do corpo feminino. No tocante à organização política em saúde, apenas no início do Sec. XX, a assistência à saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais vigentes, cujos limites eram relativos às demandas do ciclo grávido puerperal. A concepção materno-infantil perdurou a maior parte do século passado (anos 30, 50, 70), ancorada em uma visão de mundo naturalizante traduzida em ações no trabalho em saúde baseadas na especificidade biológica e no papel social da mulher como mãe, doméstica e cuidadora potencial das (os) filhas(os) e demais membros da família (BRASIL, 2004a).

Nesse mesmo período (1930-1970), o modelo assistencial no Brasil esteve organizado sob referência do modelo médico sanitário, cujo processo saúde doença era *um fenômeno coletivo de saúde – portanto, uma questão de saúde pública, mas determinado, em última análise, pelas questões próprias das pessoas, dos indivíduos* (MERHY, 1997, p.206). Esse modo de operacionalizar a assistência configurou dois campos científicos distintos: a medicina individual e a saúde pública.

A medicina individual voltada para a cura do indivíduo, baseado na patologia e na terapêutica e o segundo voltado para medidas educativas sanitárias e organização administrativa dos serviços com vistas à prevenção e à promoção da saúde (CARVALHO, 2007). De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), desses campos emergiram dois modelos de assistência complementares, o Modelo da Medicina Social e o Modelo Clínico Individual que se constituíram paralelamente.

No Modelo da Medicina Social, a doença era compreendida como um fenômeno coletivo. Para transformar a doença em cura, as ações de saúde se desenvolviam referenciadas pelo saber da saúde pública tradicional, que tinha no saneamento ambiental e educação sua base. A finalidade do processo de trabalho no Modelo da Medicina Social correspondia ao controle da doença em escala social, a exemplo da vacinações em massa.

Em outro extremo, o Modelo Clínico focado no indivíduo predominou na assistência à saúde, ganhando espaço e se configurando como modelo ideal para a assistência à saúde. Nesse, o controle social passa a ser desempenhando pela assistência

individual medicalizada, intervindo no corpo mediante qualquer alteração (MENDES-GONÇALVES, 1992). Nessa lógica, o indivíduo representava a máquina de produção do capital, de modo que *a assistência médica individual passou a fazer parte do processo de reprodução e manutenção da força de trabalho* (CARVALHO, 2007 p. 3). O corpo individual estava dissociado do contexto que o adoecia e as ações tinham por finalidade a recuperação e reabilitação do trabalhador individual, de modo que o saber para operar a transformação do corpo doente em corpo sadio foi respaldado na anatomia e fisiologia.

Em conformidade com o advento do capitalismo, o corpo humano adquire um novo significado social: o corpo é a sede da força de trabalho. Nesse *modus operandi*,

O trabalho em saúde torna-se um elemento estratégico tanto para o capital, pelo controle das tensões sociais a partir do aumento do consumo das classes subalternas, quanto para os trabalhadores, pelas perspectivas abertas de ampliação efetiva dos direitos sociais, constituindo, assim, novas e contraditórias necessidades de saúde (LIMA, 2007 p. 58)

A atenção à saúde da mulher seguiu a mesma lógica assistencial da época. Do Modelo Clínico, predominou a assistência intervencionista, hospitalocêntrica, cujas ações se limitavam a assistência ao parto traduzindo-se a visão da mulher como procriadora e cuidadora (até a década de 1960). Associada a esta visão, a partir da década de 1960 até de 1980 predominou a manipulação do corpo feminino para o controle das altas taxas de natalidade, cujas ações estavam respaldadas na medicina social, com uso da tecnologia de esterilização tubária e distribuição de contraceptivos de forma indiscriminada (BURSTOFF, 2010; FREITAS et al. 2009).

Até a década de 1970, as políticas de atenção à saúde da mulher priorizavam as demandas relativas à gravidez e parto, traduzindo, por meio de ações, a visão do papel da mulher restrito à especificidade biológica (BRASIL, 2004a). No início dos anos 1970, com a luta pela democratização do regime político e reivindicações do movimento sanitário relativas ao acesso e melhoria dos serviços de saúde, as mulheres e as problemáticas de gênero saíram do espaço privado e alcançaram a discussão política (FARAH, 2004), de modo que ao denunciar as desigualdades de classe *os movimentos de mulheres – ou as mulheres nos movimentos – passaram também a levantar temas*

específicos à condição da mulher (FARAH, 2004, p. 51), denunciando a violência doméstica contra mulher como questão social e de direitos humanos.

Além da desnaturalização das desigualdades de gênero e consequente desnaturalização da violência doméstica, o movimento feminista junto com os movimentos sociais da época tinham reivindicações comuns, a exemplo da *redemocratização do país, o acesso a serviços públicos e à melhoria da qualidade de vida, especialmente nos centros urbanos* (FARAH, 2004, p. 50).

De acordo com Farah (2004), mediante a pressão do movimento feminista, no início dos anos 80, constroem-se as primeiras políticas públicas com recorte de gênero, cujo diferencial estava (e está ainda!) em reconhecer que as diferenças de sexo eram(são) utilizadas para legitimar diferenças sociais, de modo a desnaturalizá-las.

Entre as ações políticas, fruto do movimento feminista, iniciadas na década de 1980 estão a criação do Conselho Estadual da Condição Feminina (1983) e a implementação da primeira Delegacia Especializada de Polícia da Mulher (1985) em São Paulo e do Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, ligado ao Ministério da Justiça (1985) - mais tarde denominado de Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, ligada hierarquicamente à Presidência da República (FARAH, 2004).

Tendo por base o reconhecimento de que a naturalização das desigualdades traziam prejuízos sociais e de saúde para mulheres, as intenções políticas daquela época objetivavam implementar ações diferenciadas para mulheres, por serem estas os sujeitos sociais que estão em condições de desigualdade na sociedade com correspondente risco a adoecer e sofrer, incluindo a categoria gênero no âmbito das discussões de formulação política.

Essa categoria inclui, portanto, tanto políticas dirigidas a mulheres – como as ações pioneiras do início dos anos 80 – quanto ações específicas para mulheres em iniciativas voltadas para um público mais abrangente (FARAH, 2005, p. 51)

Ainda na década de 1980, no campo da saúde, o maior avanço conquistado pelo movimento feminista e de mulheres foi a instituição do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual buscava romper com a concepção materno-infantil predominante nas décadas anteriores. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004),

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2004, p. 16).

Neste momento político, o argumento do movimento de mulheres para a implementação do PAISM estava baseado na tradução das desigualdades entre os sexos em problemas de saúde que afetavam principalmente as mulheres, de modo que a crítica ao modelo tradicional materno-infantil poderia identificar suas fragilidades e promover mudanças na sociedade e na qualidade de vida da população.

Assim, as políticas públicas da década de 1980 intencionavam além da ampliação da assistência à mulher em todos os ciclos da vida, produzir processos de trabalho com finalidade de diminuir as desigualdades baseadas no sexo, todavia não previa em seu bojo o enfrentamento à violência doméstica contra mulher como fenômeno a ser tratado no campo saúde.

Paralelamente ao movimento feminista e ao movimento de mulheres no Brasil, nas últimas décadas do Sec. XX, o movimento feminista no mundo chamava a atenção da sociedade sobre a condição de desigualdade da mulher, de modo que o que aconteceu no Brasil entre os anos de 1970 e 2000, no que diz respeito à construção das políticas públicas para mulheres, foi reflexo também dos acontecimentos mundiais relativos à condição da mulher nas sociedades. Exemplo disto foi a denominação da década da mulher pela ONU (1975-1985), com realização de Conferências Mundiais de Mulheres no México, Copenhague e Nairóbi, que culminaram com a elaboração da Convenção sobre Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW) em 1979.

A CEDAW compreendeu um marco contra a discriminação das mulheres baseada no sexo, porque reforçou o reconhecimento das mulheres, crianças e adolescentes como portadores de direitos previstos na Declaração dos Direitos Humanos de 1948 (UNICEF, 2011). Esse documento subsidiou a elaboração das políticas com recorte de gênero vigentes na atualidade.

Em 1990, a Organização das Nações Unidas (ONU) reconhece a violência de gênero como um problema social que repercute na saúde pública mundial sendo

considerado um obstáculo para o desenvolvimento socioeconômico, além de reafirmar seu caráter de violação de direitos humanos.

Em 1993, ou seja, 14 anos depois da CEDAW, a Conferência de Direitos Humanos realizada em Viena, ratificou as mulheres como sujeitos de direitos humanos e reconheceu a violência contra a mulher como uma forma de violação dos direitos humanos que deve ser combatida pelos Estados e sociedade civil e em parceria com instrumentos internacionais (PORTAL DE DIREITO INTERNACIONAL, 2010). Ainda nesse ano é aprovada pela ONU a Declaração sobre a Eliminação da Violência Contra a Mulher, subsidiada pela Declaração de Direitos Humanos de Viena.

De acordo com Domenach (1981) citado por Minayo (2011), a percepção negativa e condenatória da violência corresponde a um passo positivo para a humanidade, pois o direito à cidadania é contraditório ao uso da violência em suas diversas formas.

Sob esse olhar, no momento em que a liberdade e a felicidade são reconhecidas socialmente como direito, *o emprego da violência passa a ser concebido como emprego ilegítimo da força física, moral e política contra a vontade do(a) outro(a)* (MINAYO, 2011 p. 28). Com base nessa explicação, o apogeu da violência não é o homicídio porque este aniquila o objeto, mas o fenômeno da violência que mantém a vítima viva consciente de sua associação – e contra a sua vontade- ao seu verdugo (DOMENACH, 1981 apud MINAYO, 2011).

Seguindo esta concepção negativa de violência, o tema da violência, enquanto violação dos direitos humanos ocupou espaço em várias conferências nacionais e internacionais (Cairo, 1994; Conferência de Belém do Pará, 1994; Pequim, 1995), denunciando a violência contra a mulher como uma questão que ultrapassa o espaço privado e necessita de intervenções dos diversos setores para que mulheres que a vivenciam alcancem a emancipação da opressão de gênero.

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência Contra a Mulher (Convenção de Belém do Pará) adotada pela ONU em 1994 e ratificada pelo Brasil em 1995, enuncia 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* (ONU, 1994).

Tendo por base o conceito de violência contra a mulher inscrito na Convenção de Belém do Pará, o Brasil e os demais países signatários se comprometeram em desenvolver ações políticas de enfrentamento de todas as formas de discriminação e violência contra a mulher e de promoção da equidade de gênero (AGENDE, CLADEM, 2003).

No campo da saúde, a superação do modelo biológico centrado na doença foi reivindicada pelo Movimento de Mulheres, com especial atenção para a Rede Nacional Feminista de Saúde Direitos Sexuais e Reprodutivos³, SOS-Corpo (Recife), pelas mulheres organizadas nas Conferências Nacionais de Saúde e nas Conferências Nacionais da Mulher, cujo produto foi o reconhecimento da violência como problema social e de saúde, de modo que a violência de gênero passou a ser compreendida como um problema de saúde pública e a integridade biopsicosocial e cultural um direito humano inviolável, devendo o estado garantir às mulheres o acesso a esse direito.

Assim, nesta construção, a temática da violência, que fazia parte do campo jurídico, ganha espaço na agenda política, especialmente no campo da saúde, fortalecendo a crítica ao caráter curativo e intervencionista predominante na atenção à saúde da mulher, bem como a luta por uma assistência integral à mulher considerando os elementos culturais e sociais que a fazem sofrer violência e adoecer.

No tocante à atenção à saúde da mulher em situação de violência, o PAISM, criado em 1984, não respondia às situações em que a violência revelasse necessidades de saúde a serem atendidas pelo serviço. Neste programa, estavam incluídas ações educativas de prevenção de doenças e promoção da saúde englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, no combate às doenças sexualmente transmissíveis (DST),

³ A Rede Feminista de Saúde (RFS) é uma articulação política nacional do movimento de mulheres, movimento feminista e movimento antirracista foi fundada em 1991 que agrega organizações não-governamentais, grupos feministas, pesquisadoras e grupos acadêmicos de pesquisa, conselhos e fóruns de direitos das mulheres, além de ativistas do movimento de mulheres e feministas, profissionais da saúde e outras pessoas que atuam no campo da saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos, com o objetivo de desenvolver ações e incidência política junto às diferentes instâncias públicas do país visando garantir o acesso e assistência à saúde integral das mulheres e assegurar os direitos sexuais e reprodutivos como direitos humanos das mulheres. Entre suas frentes de militância estão a legalização do aborto e o enfrentamento à violência doméstica e sexual das mulheres. A Paraíba comporta uma das regionais da RFS, atuando especialmente na redução da mortalidade materna e no enfrentamento à violência.

câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984).

Em 1994, com a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em nível nacional, as ações do PAISM foram incorporadas às práticas desenvolvidas no PSF, que tinha como meta reorganizar a atenção básica superando o modelo curativo e incorporando o caráter preventivo e de promoção da saúde (FRANCO; MERHY, 2003).

A organização do PSF visa a contribuir para a formação de vínculos e resolução da maioria dos problemas de saúde no nível da atenção básica, pois a proximidade entre profissionais, usuárias(os) e o serviço favorece a construção da referência entre a(o) usuária(o) – em ter no profissional a expectativa para a resolução do problema - e o profissional que, por sua vez, deverá se responsabilizar pelo cuidado às(aos) usuárias(os) (FRANCO; MERHY, 2003).

Com base nos objetivos do PSF, acreditava-se que as ações do PAISM desenvolvidas neste cenário poderiam trazer respostas mais eficientes às necessidades da população, pela relação de vínculo e acolhimento entre usuária e profissional de saúde, especialmente no que concerne a contribuir para o empoderamento das mulheres em situação de violência.

Embora seja inegável o avanço que o PAISM representa em relação à assistência à saúde da mulher, em seu bojo não estava contemplada a temática da violência de gênero. Para suprir essa lacuna, associado à necessidade do Brasil em honrar os pactos dos quais era signatário, em 2004, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher é incorporado à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM.

No processo de incorporação, a temática da violência doméstica e sexual passa a fazer parte dos princípios e diretrizes da PNAISM, *buscando consolidar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e à violência doméstica e sexual* (BRASIL, 2005).

De acordo com Farah (2004), a mudança de programa para política não implica somente na nomenclatura, mas no modo de operacionalizar ações de saúde, visto que a *política* corresponde a um curso de ação do Estado, mediante objetivos e reflete um jogo de interesses que tem no centro, a atenção à mulher; enquanto *programa* tem menor abrangência sobre o qual se desdobra a política. Assim, ampliar a atenção à saúde da mulher enquanto política significa dizer que os sujeitos que representam o

estado devem estar comprometidos com a superação da desigualdade de gênero que produz a violência contra a mulher.

Com a construção do PNAISM enquanto política ressalta-se a preocupação da assistência à saúde para além do aspecto biológico e a compreensão de que as mulheres têm necessidades distintas a depender da raça/etnia e classe social. Nesse ínterim, são desenvolvidas ações voltadas para as necessidades específicas de mulheres negras, do campo, indígenas e em vulnerabilidade social. Também com o PNAISM, amplia-se a formação da(o) profissional de saúde para contribuir na prevenção da violência e no seu enfrentamento.

Para além do campo da saúde e com fins a trazer respostas sociais às especificidades das mulheres, em 2003 cria-se a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres (SEPM). A SEPM constituiu-se uma secretaria estratégica com status de Ministério que tem por objetivo desenvolver políticas públicas de gênero e a articulação entre os diversos segmentos sociais e políticos de modo a contribuir para a redução das desigualdades sociais baseadas no sexo, raça/etnia e classe social.

Dentre as diretrizes da SEPM, o enfrentamento à violência contra a mulher constitui-se um eixo prioritário de ação de modo que as políticas de enfrentamento à violência contra a mulher foram ampliadas, incluindo-se ações integradas entre diversas esferas do governo, articulando justiça, segurança, assistência social, educação e cultura.

Como fruto da articulação das diversas esferas de decisão, foram lançados o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha (11.340/2006), a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher e desta, o Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, as Diretrizes de Abrigamento das Mulheres em Situação de Violência, as Diretrizes Nacionais de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres do Campo e da Floresta, a Norma Técnica de Uniformização dos Centros de Referência de Atendimento à Mulher em Situação de Violência, a Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros (BRASIL, 2011).

Do ponto de vista jurídico, a Lei de Notificação Compulsória da Violência contra a Mulher (Lei 10.778/2003) e a Lei Maria da Penha (11.340/2006) compreendem uma conquista no campo dos direitos humanos das mulheres. A primeira estabelece a

notificação compulsória em todo o território nacional de casos de violência perpetradas contra mulheres não só nos serviços públicos, mas também nos privados.

A Lei Maria da Penha é mais ampla em relação à Lei de Notificação Compulsória, pois coíbe a violência doméstica e familiar contra a mulher, além de estabelecer que a assistência à mulher em situação de violência seja prestada de forma articulada entre diferentes setores públicos como saúde, segurança pública e assistência social. Este aparato jurídico determina que o poder público representado pelo Estado *desenvolva ações que visem garantir os direitos humanos das mulheres no âmbito das relações domésticas e familiares, no sentido de resguardá-las de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão* (BRASIL, 2006, Art. 3 parágrafo 1º).

No âmbito da Lei Maria da Penha, configura-se violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no sexo, independente de orientação sexual, que cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial, quer ocorra no âmbito do espaço doméstico, da família ou em qualquer relação íntima de afeto entre a vítima e o agressor independentemente de coabitação.

Neste contexto, há o reconhecimento das outras formas de convívio para além da família nuclear tradicional promovendo, com isso, proteção para as relações de namoro, uniões estáveis e relacionamentos rompidos. No tocante à tipificação da violência, a lei em questão amplia o conceito de violência para além da agressão física, incluído as dimensões psicológica, sexual, patrimonial e moral de modo a contemplar a complexidade desse fenômeno e a compreensão que os episódios de violência são pluridimensionais e multiformes.

Com a ampliação da atenção à saúde da mulher advinda com a PNAISM e as demais políticas públicas protetivas, a função tradicional da saúde de cuidar dos agravos físicos e emocionais produzidos pelos contextos sociais, ultrapassa a concepção curativa, ao buscar definir medidas de prevenção dos agravos sociais e de promoção da saúde coletiva, com fins a garantir na prática o que já era garantido na constituição: a saúde integral como direito constitucional.

Porém, embora o enfrentamento à violência esteja preconizado na agenda política nacional e internacional, os processos de trabalho vigentes no campo da saúde permanecem, no século XXI, reproduzindo referenciais de gênero ancorados em

desigualdades sexuais e destoando do que intenciona a política nacional e as conferências nacionais e internacionais relativas às mulheres. Assim, a concepção da violência de gênero contra mulheres como negação de direitos humanos corresponde a um avanço no campo jurídico, porém sem sua correspondente efetivação na prática.

No cenário dos serviços de saúde, os referenciais de gênero e suas repercussões no âmbito da atenção à saúde da mulher influenciam os processos de produção e reprodução dos modos de violência quer seja na relação profissional de saúde-usuária, quer seja na assistência à mulher violentada, de modo que as concepções de gênero e a visão de mundo dos sujeitos envolvidos no cuidado que foram produzidas, assimiladas e legitimadas ao longo da vida, contribuem para a escolha de conceitos e a identificação de referenciais de gênero que darão a qualidade ao cuidado na atenção à mulher em situação de violência, com potencial para emancipação ou naturalização da violência.

No campo da saúde, a compreensão da violência como um problema de saúde pública e um campo onde profissionais de saúde devem exercer sua práxis é um dos grandes desafios para a consolidação dos direitos humanos das mulheres em sua integralidade (SCHRAIBER et al., 2009). Esse desafio situa a ética humana no agir profissional para a promoção da equidade nas questões de gênero, cuja política de atenção à mulher contempla em seu bojo na busca da saúde integral dessa parcela da população.

Além disso, a compreensão da especificidade da vulnerabilidade feminina frente à violência- as mulheres sofrem agressão tanto no espaço público quanto no privado-, associada à necessidade de implementação da Lei Maria da Penha nortearam a criação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher em 2007 (BRASIL, 2007).

O Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher, que concretiza a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, prevê ações integradas e intersetoriais, nas quais o setor saúde dialogue com os outros setores (justiça, assistência social, educação), a fim de reduzir os danos decorrentes da violência. Neste processo, há a compreensão de que cabe ao Estado garantir meios para fortalecer as mulheres a fim de que possam romper com o ciclo da violência (BRASIL, 2010).

Na intenção de que a proposta se efetive em ação, sem com isso vitimizar ou culpabilizar a mulher, o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher está apoiado em três premissas: a *abordagem de gênero* como elemento transversal na elaboração de políticas públicas; a *intersetorialidade* entre as diversas esferas governamentais e os diversos campos profissionais das diferentes áreas (saúde, justiça, educação, trabalho, segurança pública, etc.) e a *capilaridade* das ações que se efetivem no nível macro ao nível local governamental (BRASIL, 2010).

Assim, a concretização das intenções políticas demandam a articulação entre os diversos setores públicos governamentais e não-governamentais, profissionais e a sociedade civil de modo a constituir uma rede de atenção que fortaleça o empoderamento das mulheres para sair do ciclo da violência, bem como que possibilite transformar a visão de mundo que veicula a normalidade e a naturalidade da violência.

De acordo com Oliveira (2011), atualmente, no Brasil, em cada estado brasileiro existe pelo menos um programa voltado a assistir mulheres em situação de violência e alguns estados possuem redes estaduais de atenção, que são instâncias articuladoras das diversas instituições que tratam do problema. Nestas redes estão inseridos serviços de saúde, assistência social, justiça, educação e segurança pública.

Não obstante, com fins que as intenções políticas sejam apreendidas pelas práticas profissionais por meio de ações de trabalho, a(o) profissional de saúde, que representa o Estado no seu fazer profissional, tem como compromisso desenvolver ações que devem estar transversalizadas pela abordagem de gênero, de modo que os determinantes sociais do processo de adoecer sejam considerados para o alcance da saúde integral pelas usuárias dos serviços.

A igualdade de gênero é reconhecida como fator determinante na luta contra a violência contra a mulher e de outros movimentos (negros, GLBT), pois a igualdade de gênero não só empodera mulheres, mas também está diretamente relacionada à redução da violência contra elas (LIONÇO, 2008).

Sob esse olhar, cabe ao setor saúde, enquanto componente da rede de serviços acionada pelas mulheres em situação de violência, abordar a questão da violência no seu processo de trabalho, desde os cuidados às vítimas, passando pela geração de informações de qualidade até a participação conjunta com outros setores para definir e executar políticas públicas de prevenção da violência e promoção da saúde. Essa

necessidade ultrapassa a concepção de cuidado ancorada na cura, que tem como base a biologia e a fisiologia.

Conforme Minayo e Souza (1998), *a biologização dos fenômenos e processos sociais se fundamenta na crença de que os ritmos biológicos (muito mais lentos) e os sociais (muito mais dinâmicos) são fatalmente incompatíveis* (p. 516). Por esse argumento, *o ser humano seria naturalmente antissocial e as questões de conflito e luta resultariam de sua tendência irrefreável e 'biológica' ao domínio dos outros.*

A crítica à biologização dos fenômenos sociais considera o ser humano como parte da natureza, porém diferenciado dela pelo processo de aculturação e socialização promovido pelo trabalho. Essa crítica enuncia a necessidade de superar os argumentos de base biológica que legitimam desigualdades e impedem o alcance da garantia dos direitos humanos das mulheres.

A igualdade de gênero, condição que tem sua base na sociologia e não na anatomia, é reconhecida como fator determinante na luta contra a violência contra a mulher e um caminho para o alcance da transformação social global.

Nesse caminho, a agenda para o desenvolvimento do milênio, proposta pela Conferência da ONU na ocasião da Cúpula do Milênio no ano de 2000 e assinada pelos países componentes, tem como consenso a necessidade de erradicar a pobreza e desenvolver ações sustentáveis para o desenvolvimento das sociedades mundiais (BUSS, 2009).

Com base no consenso e no ato da cúpula, foram construídos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) – frutos da Declaração do Milênio e parte importante do programa de desenvolvimento das Nações Unidas para o Século XXI - que, embora não contemplem diretamente o enfrentamento da violência de gênero, o alcance desses objetivos perpassa a discussão da violência contra a mulher e o empoderamento das mulheres como requisito para o desenvolvimento social sustentável.

Concha-Eastman e Malo (2006) enunciam que para o alcance desses objetivos há de relacioná-los ao empoderamento da mulher, e conseqüentemente ao enfrentamento da violência contra a mulher como questão de direitos humanos. Os autores supracitados analisam cada ODM, á luz da violência de gênero, de modo que

não é possível alcançar os objetivos do milênio sem erradicar a violência de gênero. As explicações são as seguintes, relativas a cada objetivo:

1. *Erradicar a pobreza extrema e a fome*: sociedades extremamente pobres são mais vulneráveis à violência e nestas sociedades, as mulheres e crianças de ambos os sexos têm mais risco de sofrer e morrer em decorrência da violência e da fome;

2. *Garantir a universalização da educação primária*: A educação das mulheres tem efeito positivo na educação e na saúde das(os) filhas(os), bem como no seu empoderamento e na busca de direitos sociais para si e para a comunidade a que pertencem, de modo que mulheres que estudam tem qualidade de vida superiores àquelas que não foram alfabetizadas;

3. *Igualdade de gênero e autonomia da mulher*: A igualdade de gênero e o empoderment das mulheres correspondem a fatores de prevenção da violência de gênero e sexual. Além disso, crianças que foram educadas tendo por base a igualdade de direitos entre os sexos se constituirão adultos cuja relação afetiva será pautada no respeito mútuo independentemente do sexo;

4. *Reduzir a mortalidade infantil*: A mortalidade infantil está diretamente relacionada ao nível de escolaridade da mãe, bem como mulheres vítimas de violência são mais suscetíveis a ter partos prematuros;

5. *Melhorar a saúde materna*: Uma boa assistência pré-natal ultrapassa o aspecto biológico e perpassa a disseminação dos direitos das mulheres, podendo contribuir para a redução da violência doméstica durante e após a gestação;

6. *Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças*: Mulheres são comumente infectas pelo HIV/AIDS e pelas IST's porque não têm a autonomia sobre seus corpos e não conseguem alcançar seus direitos sexuais por não negociarem práticas sexuais seguras com seus parceiros, levando-as a sofrerem violência sexual e doméstica pelos parceiros e, por vezes, serem abandonadas por eles. A redução dos casos de doenças transmissíveis é transversal à autonomia das mulheres;

7. *Garantir a sustentabilidade ambiental*: Os conflitos violentos (guerras, guerrilhas) contribuem para destruir o meio ambiente e produzir pobreza e fome. Bem como, mulheres, principalmente as que não são casadas, crianças e jovens estão mais vulneráveis a violência sexual e de gênero. Assim, o Estado deve promover ações para

redução de danos em áreas de conflito, com fins a evitar e/ou impedir danos ambientais (pela destruição da natureza) e humanos;

8. *Fomentar uma associação mundial para o desenvolvimento*: Só é possível fomentar um desenvolvimento global mediante o controle e a prevenção da violência. A equidade de gênero, o empoderamento das mulheres, a educação e a garantia de emprego são passos para o desenvolvimento mundial, bem como são fatores que contribuem para a redução da violência contra as mulheres (CONCHA-EASTMAN; MALO, 2006).

Mediante o exposto, para pensar o desenvolvimento mundial é necessário pensar a autonomia das mulheres como uma questão de direitos humanos, bem como desnaturalizar *qualidades* de homens e de mulheres que obstaculizem o desenvolvimento dos objetivos do milênio. Alcançar a igualdade de gênero não só empodera mulheres, mas também está diretamente relacionada à redução da violência contra elas.

Diante da complexidade da violência doméstica contra mulher e da agenda política já instituída oficialmente, acreditamos que o trabalho em saúde na atenção básica tem potencialidade para contribuir para a transformação da situação de opressão de gênero em superação nas mulheres que vivem em situação de violência.

Compreendemos que a função social dos serviços de saúde, em especial daqueles que compõem a rede básica estão ancorados na concepção de saúde enquanto direito humano fundamental, os quais existem para *zelar, proteger ou promover a humanidade que há em todos nós, fazendo com que o ser humano não seja reduzido a uma coisa, a um objeto qualquer do mundo* (PEQUENO, 2011 p. 2).

Assim, a transformação necessária para superar a opressão advinda das relações de gênero, com conseqüente risco à integridade humana da mulher, apoia-se na premissa de que as desigualdades são transformáveis por que nada é absoluto ou eterno. Ao contrário, a sociedade vive em constante transformação, produzindo bens e serviços a partir de processos de trabalho que são constituídos social e historicamente.

Essas transformações sociais necessárias para promover a superação da opressão de gênero, tem uma base histórica – no caso da sociedade brasileira, as transformações decorrentes da ocupação do espaço público pelas mulheres, o acesso das mulheres à educação formal e a bens econômicos e serviços que outrora eram exclusivos do homem

- e outra base materialista dialética na qual compreende que o mundo vive em constante e permanente transformação produzida pelos seres humanos, ao longo da história, por meio de processo temporal movido por contradições. No tocante à violência doméstica contra mulher, a contradição está na delimitação do que é concebido como masculino e feminino conforme o sexo biológico e cuja superação é mediada pelo trabalho.

Nesse sentido, a condição de opressão da mulher que gera adoecimento e por vezes morte é fruto de uma realidade dinâmica, transformável e os fatos e as circunstâncias que geram a opressão de gênero mudam ao longo da história por meio da ação dos sujeitos sociais, entre esses sujeitos os profissionais de saúde da atenção básica.

Assim, a opressão de gênero, enquanto fenômeno deve ser analisada na sua mudança, no movimento que a faz existir e que é passível de ser superada a partir do trabalho em saúde. Sob esse olhar, não só a violência contra a mulher, mas os fenômenos sociais, não são naturais, mas fruto da ação humana, podendo ser transformado. Desse modo, é possível vislumbrar a superação da opressão de gênero vivida pelas mulheres, visto que esta situação não é um fenômeno natural, mas um constructo social que serve para legitimar o androcentrismo. Especificamente no campo da saúde, as políticas vigentes tem potencial para contribuir para a transformação da opressão de gênero por meio de processos de trabalho potentes que se articulem em seus três eixos: a organização dos serviços, as políticas públicas e os processos de trabalhos.

3. REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

*Somente quando o homem,
em sociedade, busca um sentido para sua própria vida
e falha na obtenção deste objetivo,
é que isso dá origem à sua antítese,
a perda do sentido
Lukács, Ontologia do ser social*

*Assim, todos, juntos, continuavam sua vida cotidiana,
Cada um a seu modo, com ou sem reflexão;
Tudo parecia seguir o seu rumo habitual,
Como em situações extremas, nas quais tudo está em jogo,
E a vida continua como se nada acontecesse.
Goethe, Afinidades eletivas*

3.1 Acepções e considerações históricas sobre a abordagem de gênero.

Este é um estudo de caráter analítico e de abordagem qualitativa que tem como referencial teórico-metodológico a abordagem de gênero defendida por Saffioti (2009, 2004) e o processo de trabalho em saúde proposto por Mendes-Gonçalves (1992, 1994). É qualitativo porque busca investigar fatos não mensuráveis sobre os significados que a intenção das políticas de atenção à saúde da mulher assume ao se efetivar como trabalho das práticas profissionais, no município de João Pessoa-PB.

A eleição metodológica da abordagem de gênero e do processo de trabalho justifica-se pelo pressuposto de que a efetivação da política de saúde da mulher e mais especificamente a política de enfrentamento à violência contra a mulher se concretiza a partir dos processos de trabalho, norteados pelo saber e pelas visões de mundo dos sujeitos envolvidos baseadas em referenciais de gênero.

Gênero é uma abordagem que critica os modos como homens e mulheres percorrem suas histórias de vida individualmente e coletivamente nos cenários sociais, constituindo um modelador social. A perspectiva feminista toma gênero como categoria histórica, portanto substantiva, e também como categoria analítica, por conseguinte, adjetiva (SAFFIOTI, 2002). Assim, gênero constrói não só as relações sociais, mas também as qualifica.

O conceito de gênero foi utilizado inicialmente na década de 1970 por feministas americanas para referir-se à organização social baseada no sexo, traduzindo o aspecto relacional das definições normativas da feminilidade e recusando o determinismo biológico que fundamentava a desigualdade entre homens e mulheres (SCOTT, 1991).

Joan Scott (1991) assevera que a perspectiva de gênero enfoca as construções sociais dos papéis masculinos e femininos mediante uma base histórica que fundamenta a naturalização social do masculino e do feminino. Para essa historiadora, gênero é *uma maneira de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres* (SCOTT, 1991 p. 7). Assim, de acordo com Joan Scott, *gênero é uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (p.7)*.

Do ponto de vista histórico, a fim de superar as desigualdades naturalizadas, feministas americanas na década de 1970 utilizavam o termo gênero para referir-se à organização social baseada no sexo. Naquele momento, gênero era utilizado para negar o determinismo biológico que legitimava a desigualdade nos papéis sociais de homens e mulheres. Segundo Scott (1991), as feministas utilizavam três posições teóricas para explicar as desigualdades sociais entre masculino e feminino: o patriarcado, o marxismo e a psicanálise.

A abordagem teórica do patriarcado estava baseada na necessidade do homem em dominar a mulher por não dominar os mecanismos reprodutivos da espécie humana, fazendo do sexo feminino seu objeto. Essa abordagem, de acordo com Joan Scott (1991) era insuficiente para explicar a desigualdade social porque se baseava na diferença física. Para a autora em questão, toda diferença física tem um caráter imutável porque é inerente ao corpo, deixando à parte a historicidade sociocultural do gênero em si.

A segunda abordagem é marxista e tem sua base na explicação material e histórica para as desigualdades de gênero. Nesta abordagem o patriarcado e o

capitalismo estão em interação, porém na medida em que desenvolve a sua argumentação, *a causalidade econômica se torna prioritária e o patriarcado está sempre se desenvolvendo e mudando em função das relações de produção* (SCOTT, 1991). A fragilidade desta abordagem girava em torno da rejeição do essencialismo biológico na determinação da divisão sexual do trabalho e no reconhecimento de que os sistemas econômicos não determinam de forma direta as relações de gênero, exemplo disto é a condição de subordinação das mulheres que antecede ao capitalismo e se mantém no socialismo. Pela análise de Scott (1991), *no interior do marxismo, o conceito de gênero foi por muito tempo tratado como subproduto de estruturas econômicas mutantes* (p. 13) de modo que *gênero não tem tido o seu próprio estatuto de análise* (SCOTT, 1991 p. 13).

A última abordagem feminista recorre à teoria psicanalista para explicar a desigualdade social entre os sexos. A Escola Anglo Americana - cuja referência era Nancy Chodorow - baseava-se na teoria das relações de objeto e a Escola Francesa de Jacques Lacan, nas leituras estruturalistas e pós-estruturalistas de Freud, no contexto das teorias da linguagem. As duas escolas tinham em comum o interesse pelos processos de criação da identidade do sujeito na infância.

As teóricas do objeto enfatizavam a formação do sujeito pela experiência concreta (ver, sentir, ouvir) e as pós-estruturalistas no papel central da linguagem na comunicação, interpretação e representação de gênero.

Scott (1991) critica a teoria das relações do objeto porque a produção da identidade de gênero e a gênese da mudança dependem de estruturas de inter-relação relativamente pequenas. Segundo a autora, a interpretação do conceito de gênero nesta teoria limitava-se à esfera da família e à experiência doméstica, não deixando meios de ligar este conceito a outros sistemas sociais, econômicos, políticos ou de poder. Além destas reticências, Scott (1991) chama a atenção para o caráter a-histórico da Escola Anglo Americana definindo a categoria mulher/homem como uma oposição binária que se auto-reproduz, estabelecida sempre da mesma forma. Com esse modo de pensar, as feministas reforçavam um pensamento de base biológica cuja teoria queria combater.

Somente no final do século XX, gênero é formulado como categoria analítica por Joan Scott (1991 – originalmente publicado em 1986) que definiu gênero por meio de duas proposições ligadas entre si, mas analiticamente distintas: *Gênero é um*

elemento constitutivo de relações sociais baseado nas diferenças percebidas entre os sexos, e gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder (SCOTT, 1991 p. 21).

Na primeira proposição, gênero implica em quatro elementos relacionados entre si: *símbolos* culturalmente disponíveis que evocam representações múltiplas e contraditórias, tendo como exemplo Maria e Eva, luz e escuridão; os *conceitos normativos* expressos nas doutrinas religiosas, educativas, jurídicas que constituem o sentido do masculino e do feminino de forma binária e oposta de modo que os conceitos normativos são incorporados como produto de um senso comum e não como um conflito.

O terceiro elemento é constituído pelas *instituições* que legitimam os símbolos e as normas dando fixidez à representação do masculino e do feminino e o último elemento é a *construção da identidade subjetiva* que subjaz dos demais elementos.

A segunda proposição de gênero como categoria analítica tem como núcleo as relações de poder. De acordo com Scott (1991 p. 21) *gênero é uma forma primeira de significar as relações de poder*. Por meio desta afirmação, Scott (1991) explica que gênero não é o único campo onde o poder é exercitado, mas o campo primário no qual e através do qual o poder é articulado com outras dimensões da sociedade, legitimando o opressor e o oprimido.

De acordo com Scott (1991), *gênero é, portanto, um meio de decodificar o sentido e de compreender as relações complexas entre diversas formas de interação humana* (p. 23). Essas relações são permeadas pelo poder e pela reciprocidade entre gênero e sociedade constituindo a política e o modo de ser homem e mulher. Neste sentido, *gênero é uma das referências recorrentes pelas quais o poder político foi concebido, legitimado e criticado. Ele se refere à oposição masculino/feminino e fundamenta ao mesmo tempo seu sentido*. A dimensão política de gênero constitui, de acordo com Scott (1991), uma dimensão decisiva da igualdade e da desigualdade porque se baseia em compreensões generalizadas da relação pretensamente natural entre masculino e feminino.

Neste contexto, ao utilizar o conceito de gênero busca-se elucidar as relações de poder hierarquicamente desiguais que constituem e são constituídas (por) mecanismos de poder na sociedade com fins a manutenção da ideologia hegemônica.

Desse modo, o conceito de gênero não só se contrapõe ao discurso naturalista, que justifica o papel de inferioridade social da mulher em função de seu papel na reprodução biológica, mas também denuncia que esse lugar de submissão constitui um dos modos de reprodução das desigualdades sociais, ancoradas por questões históricas, políticas, sociais, econômicas e culturais produzidas pelo homem nas suas relações sociais podendo, portanto, ser transformado (BARBOSA; GIFFIN, 2007; CHAUI, 2005).

No contexto do pensamento ideológico que contribui para a manutenção hegemônica da desigualdade, a apresentação das diferenças como naturais constitui uma necessidade. *Sem este requisito, o uso da diferença, para fins discriminatórios, não alcança eficácia política* (SAFFIOTI, 1994, p.277).

Em adição, Saffioti (2011) defende que ao se optar pelo conceito de gênero, não se quer negar diferenças entre homens e mulheres, o que representaria intolerância, mas entender essas diferenças como constructos sociais mediados pela cultura. Para a autora,

O termo gênero está lingüisticamente impregnado do social, enquanto é necessário explicitar a natureza social da elaboração do sexo. O conceito de relações de gênero deve ser capaz de captar a trama de relações sociais, bem como as transformações historicamente por ela sofridas através dos mais distintos processos sociais, trama esta na qual as relações de gênero têm lugar (Saffioti, 1990, p. 6-8)

Portanto, a categoria gênero é compreendida como um processo de construção dos seres humanos, que tem lugar na trama das relações sociais entre mulheres, entre homens e entre mulheres e homens, de modo que as classes sociais se formam na e através das relações sociais baseadas no gênero (SAFFIOTI, 1990).

O que consiste em negar que as relações humanas estejam estruturalmente dadas, visto que a estrutura é apenas uma possibilidade. *Pensar essas estruturas como dadas significa congelá-las, retirando da cena a personagem principal da história, ou seja, as relações sociais* (MACÊDO, 2003, p. 25).

3.2 O Processo de trabalho em saúde

O Trabalho constitui uma categoria potente para responder às necessidades sociais atuais que demandam mudanças organizacionais e processuais no fazer em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1994). No enfoque do referido autor, a transformação deve ocorrer tanto no modo de conceber o trabalho, como na maneira de processá-lo. Assim, o trabalho é uma categoria que tem potencial analítico para orientar a crítica e a discussão necessárias para a análise do saber que orienta as práticas na atenção à mulher em situação de violência.

A compreensão do trabalho como práxis, momento de síntese entre a teoria e a prática; o reconhecimento do caráter de política de enfrentamento à violência contra a mulher, que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher - PNAISM apresenta na atualidade; o entendimento de política como um conjunto de teorias e práticas que se materializam nos processos de trabalho encontra na categoria Trabalho, os conceitos e as explicações para a análise do material empírico deste estudo.

O conceito de trabalho utilizado nesta pesquisa tem respaldo no estudo de Mendes-Gonçalves (1992) para o qual o trabalho possui uma anterioridade e uma posterioridade vinculadas uma à outra por um processo de transformação não espontânea, portanto intencional. Nesse processo, o sujeito imprime sua energia para transformar um objeto em outro, utilizando-se de meios e instrumentos, a fim de satisfazer necessidades e carecimentos sociais. Desse modo, o trabalho é processual, intencional, não-natural e o objeto a ser transformado só existe mediante o recorte feito pelo sujeito do trabalho para atender a uma necessidade.

Neste estudo, o processo de trabalho, enquanto categoria analítica, compreende um dos três pilares que suportam o *Modelo de Atenção à Saúde* sistematizado por Mendes-Gonçalves (1992, 1994). Os outros dois são as intenções da política e a organização dos serviços.

As intenções da política dizem respeito ao processo de tomada de decisão e aos documentos que regulamentam e informam a política de atenção à mulher. Destacamos aqui, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Plano Nacional de Políticas para Mulheres, a Lei Maria da Penha (Lei 11340/06), a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher e a Rede de Enfrentamento à Violência Contra Mulher. Esses

documentos enunciam a importância de considerar a violência como problema de saúde, devendo o campo da saúde também desenvolver ações e interlocuções com outras esferas políticas para o empoderamento das mulheres que vivenciam a violência doméstica.

O segundo pilar trata da organização dos serviços. Nesse eixo, *as necessidades de saúde são o aspecto mais importante a ser considerado, pois suscita serviços e embasam a configuração geral de sua estrutura* (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000 p. 29). Assim, o serviço está organizado por uma lógica da circularidade entre a organização da produção, a oferta ou distribuição de serviços e o seu consumo, portanto, *o modo de organizar socialmente as ações de saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades* (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000 p. 30).

Na atenção à mulher em situação de violência, o acesso ao serviço e a garantia de atendimento são elementos que contribuem para a mulher resignificar sua condição na comunidade e superar a violência. Para tanto, o serviço deve estar estruturado para atender à necessidade de superar a violência doméstica, condição que nem sempre é explícita. A Estratégia Saúde da Família (ESF), por ser um serviço da atenção básica à saúde que está estrategicamente localizado no território das usuárias, onde há situações de violência, é o serviço mais buscado por mulheres para resolução de problemas de saúde. Nesse contexto, os profissionais, ancorados em referenciais de gênero podem desenvolver ações individuais e coletivas, cujo objetivo seja desnaturalizar a violência e aumentar a autoestima das mulheres que estão em seu território.

O processo de trabalho é o eixo responsável pela objetivação das intenções da política de saúde. No estudo de Mendes-Gonçalves (1994), esse processo de trabalho é tomado como ação estruturada pela organização dos serviços em suas determinações técnico-administrativas relativas aos objetos e pressupostos para intervenção em saúde. Desse modo, para a efetivação das intenções políticas pelos processos de trabalho, os serviços se organizam e se estruturam de modo a promover condições operacionais para que o trabalho se efetive enquanto prática social. Nos processos de trabalho estão envolvidos profissionais da saúde e gestores, além de todo arcabouço não humano, cujo objetivo é produzir serviços para atender as necessidades de saúde das usuárias.

No estudo desenvolvido por Mendes-Gonçalves (1992, 1994), a teoria marxista foi aplicada ao campo da saúde identificando os três elementos do processo de trabalho: o objeto, os instrumentos e as finalidades.

O objeto é o elemento sobre o qual incide a ação do trabalhador para transformá-lo (MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994). No campo da saúde, o objeto se delinea a partir de uma necessidade humana por atenção à saúde, que, no modelo biológico, o objeto corresponde á doença a ser transformada em cura. Todavia, nas situações onde há violência doméstica, a cura das lesões, quando presente, não traz a transformação necessária à superação da opressão, visto que a violência é maior que a objetivação da cura da ferida no corpo.

Para o autor em questão, um objeto só vem a ser um objeto somente quando um sujeito (trabalhador) o delimita e desprende. O modo como a delimitação e o desprendimento do objeto ocorre é guiado pelo olhar que antevê em um certo fragmento da natureza, um certo resultado potencial (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Desse modo, a integralidade da atenção, pressuposto do SUS, necessita mais que ações de intervenção biológica. Nas situações de violência, as necessidades são, além das curativas, as de empoderar as mulheres para o protagonismo de suas próprias vidas e conseqüentemente ampliar a qualidade de vida dessas mulheres.

Sobre a atenção reducionista presente prioritariamente nos processos de trabalho em saúde, Saffioti (2009) denuncia que a lógica curativa aplicada às situações de violência trata das feridas do corpo, mas não alcança as feridas da alma, onde se situam as maiores dores (SAFFIOTI, 2009). Neste sentido, a situação de opressão vivida pelas mulheres compreende um dos objetos do processo de trabalho em saúde para o qual demanda instrumentos para o seu enfrentamento.

Ademais, considerando que certo aspecto da realidade destaca-se como objeto de trabalho somente quando o sujeito assim o delimita, é possível afirmar que o objeto não é natural, mas é construído pelo olhar do trabalhador, que contém um projeto de transformação, com uma finalidade (MENDES-GONÇALVES, 1992; CHAUI, 2000, CHAUI, 2008; AYRES, 2008).

Os instrumentos, segundo elemento do processo de trabalho, compreendem os meios pelos quais o trabalho irá se concretizar. É pelo instrumento que se opera a

transformação de um objeto em outro (CARVALHO et al., 2012). Na atenção á mulher, o que se deseja transformar é a situação de opressão em empoderamento para ampliar sua qualidade de vida.

Os instrumentos podem ser materiais e não materiais. Os instrumentos materiais são formados por equipamentos, medicamentos, instalações, entre outros, classificados por Merhy e Franco (2008) como tecnologia dura no processo de trabalho etc.

Os instrumentos não materiais compreendem o saber técnico estruturado (tecnologias leve-duras) e o saber humano social (tecnologias leves), produzido ao longo da vida nas relações entre sujeitos que só tem materialidade em ato (MERHY, 2008).

Este saber acumulado historicamente será aplicado para a racionalização do trabalho, configurando um modo de agir e produzir processos de trabalho a fim de que necessidades sejam atendidas. De acordo com Paro (2001), os instrumentos não-materiais permitem ao ser humano um domínio cada vez mais complexo sobre a natureza, determinando novas qualidades nas relações sociais.

Outrossim, o saber articula de forma arranjada a relação entre o profissional de saúde e os instrumentos materiais com fins a transformação da intenção do trabalho em ação concreta, ou seja, em processos de trabalho. Nesse saber, além dos conteúdos técnicos apropriados na formação profissional, há os conteúdos de gênero apreendidos ao longo da vida que incidirão na constituição de necessidades e no modo como essas necessidades serão atendidas pelo processo de trabalho. Os valores, a identidade do ser social homem ou mulher e as normas estão imersas nesse saber usado pelo profissional para recortar seu objeto, que por sua vez demanda instrumentos específicos a ele.

Objeto e instrumento assumem relação de reciprocidade, na qual um existe para atender ao outro, de forma que um objeto da saúde demanda um instrumento adequado a este fim e os instrumentos, por sua vez ampliam as possibilidades de intervenção sobre o objeto, transformando-o naquilo que fora virtualmente idealizado pelo sujeito do trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A finalidade, último elemento do processo de trabalho, é o caráter teleológico do trabalho. A finalidade se manifesta durante todo o processo de trabalho, com fins ao

atendimento da necessidade humana, que no campo da saúde, está, por vezes, limitada a cura ou a ausência da doença. Esta concepção prioriza aspectos da biologia, de forma que o trabalho em saúde pouco avança para fomentar a emancipação da opressão de gênero. Isso não quer dizer que a cura tenha importância inferior, mas que no processo de cuidar, deve-se considerar os determinantes sociais do processo saúde-doença, especialmente os fatores sociais, culturais e de comportamento nos quais a violência de gênero tem a sua gênese.

Assim, a finalidade do trabalho deve ultrapassar o campo biológico para poder atender às necessidades humanas reais. Confluindo com esse pensamento, Peduzzi (2007, p 22) conclui que o *processo de trabalho consiste em uma ação dirigida a um fim dado a priori e que configura a intencionalidade e a racionalidade que o orienta*. Desse modo, o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência não pode ter seu fim limitado na doença, mas deve gerar outros processos, cada um deles com fins a atender necessidades sociais que vão se delimitando no cotidiano dos serviços de saúde.

Neste sentido, a consubstancialidade e a circularidade existente entre processo de trabalho e necessidades de saúde servirão de guia durante todo o processo (MENDES-GONÇALVES, 1992; OLIVEIRA, 2011).

Esse modo de operar o trabalho para a concretude da política da atenção à mulher em situação de violência pressupõe o recorte de um novo objeto do trabalho e conseqüentemente novos instrumentos para que a finalidade seja alcançada, produzindo um processo de trabalho que tenha potencial de transformar a opressão de gênero em superação. Neste sentido, o saber de gênero, enquanto um dos instrumentos do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência deve ser subsidiado pela prática cotidiana, pelo olhar do profissional lançado sobre as necessidades de suas usuárias, superando as bases teóricas conceituais arrimadas na biologia e fisiologia da qual a assistência tradicional à mulher ainda é afiliada.

Sob essa lente, o processo de trabalho desenvolvido na Atenção Básica para produzir uma assistência efetiva na atenção à saúde da mulher e garantir a emancipação da opressão de gênero assume o estatuto de campo estratégico de mudanças (LUCENA et al., 2010), o que pode contribuir para a transformação paradigmática do modelo de atenção à mulher em situação de violência.

No que tange ao processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência doméstica, o objeto *opressão da violência doméstica contra mulher* sendo recortado pela visão de mundo *patriarcalista* terá como fim apenas a assistência à lesão, sem possibilidade de transformação do objeto *opressão da violência doméstica contra mulher* em *superação da opressão*. Nessa situação, a necessidade não foi atendida, mas o problema da lesão. A necessidade permanece, pois o fenômeno da violência permanecerá produzindo adoecimentos e agravos, de modo que, neste caso o instrumento utilizado não alcança o fim desejado. Para o alcance da finalidade, é necessário haver relação de internalidade entre o objeto e os meios de trabalho necessários para o alcance da finalidade.

De acordo com Silva et al. (2007), um dos grandes desafios da atenção básica consiste em organizar o processo de trabalho baseado nas necessidades de saúde da população atendida. O autor supracitado enuncia que o processo saúde-doença está relacionado a fenômenos complexos, entre eles fatores biológicos, psicológicos, sociais, culturais que devem ser levados em consideração além dos tradicionais indicadores sócio-epidemiológicos, que constituem a base para a eleição de necessidades a serem atendidas no trabalho em saúde. Assim, a complementariedade de saberes corresponde a uma necessidade para compreender os fenômenos que produzem adoecimentos, pois

quanto maior a capacidade explicativa de fenômenos que interferem no estado de saúde, maior será a capacidade de formular alternativas de solução para os problemas e necessidades de saúde da população (SILVA et al., 2007 p. 159)

Neste sentido, é necessário considerar que a violência, fruto da desigualdade - e não da diferença- e produto do patriarcalismo corresponde a um agravo que produz necessidades necessárias – aquelas relacionadas à auto conservação biopsicossocial do ser humano - e requer do Estado e de seus agentes uma abordagem intersetorial e multidimensional na qual as dimensões histórico-culturais, étnico-raciais e de geração sejam reconhecidas e enfrentadas para que o objetivo da política, ou seja a garantia de direitos humanos às mulheres, seja alcançado. Portanto,

uma política na área de violência contra as mulheres exige uma atuação conjunta para o enfrentamento do problema, que envolva diversos setores, tais como: a saúde, a educação, a assistência social, a segurança pública, a cultura, a justiça, entre outros; no sentido de dar conta da complexidade da violência contra as mulheres e de garantir a integralidade do atendimento àquelas que vivenciam tal situação (BRASIL, 2011, p. 21)

Desse modo, a mudança no modo de concretizar as políticas de atenção à mulher corresponde a uma necessidade social da área da atenção básica à saúde, da qual a Estratégia Saúde da Família - cenário deste estudo - faz parte. No sentido de sua efetivação, a ideia pressupõe um trabalho cujo processo realize a perspectiva da política vigente, objetivando-a em ações de saúde por meio do trabalho que se desenvolve nos serviços públicos de atenção à mulher em situação de violência.

Outrossim, a finalidade do trabalho em saúde é atender às necessidades humanas. Estas, por sua vez, dependem do momento histórico, da construção social e da cultura para se consolidar como uma necessidade (MENDES-GONÇALVES, 1994). Portanto, a necessidade humana não tem caráter apenas biológico, mas engloba as dimensões sócio-históricas e cultural, no qual a violência contra as mulheres se inscreve.

Decerto, há diferença entre problemas e necessidades de saúde. Enquanto aqueles se referem a carências, produzidas pelo capitalismo e relacionadas ao desejo e a produção de bens para suprir esses desejos, as necessidades são compreendidas como necessárias à existência humana, relacionadas à autoconservação, que mesmo sendo naturais são também sociais, pois as formas de satisfação dessas necessidades variam histórica, cultural e socialmente (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste sentido, mais do que carências, necessidades expressam a ideia de projeto, porquanto o trabalho humano que justifica o atendimento de uma necessidade radical. A necessidade radical não é necessidade de reprodução social, pois sua base não está nos modos de produção capitalista. Ao contrário, as necessidades radicais estão relacionadas aos processos de criatividade e liberdade que nos tornam propriamente humanos, livres de necessidades alienadas criadas pelo capitalismo para produzir riquezas e carecimentos, que pela própria dimensão capitalista tende a ser inesgotável (OLIVEIRA, 2011; MENDES-GONÇALVES, 1992).

Esse modo de compreender as necessidades sociais de saúde para além das carências revela-se mais como uma exigência da realidade do que uma opção por reflexão teórica, que aponta para a pertinência de estruturar conhecimentos e habilidades que conformem competências profissionais organicamente vinculadas às exigências dos novos tempos. Isso implica considerar que as necessidades humanas são

fruto do processo histórico e econômico da formação social que geram processos de trabalho para atender tais necessidades.

Para Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1992), o trabalho resulta da aplicação da ação do ser humano sobre um objeto determinado por ele recortado, em resposta a uma necessidade que, ao ser reiterada ou ampliada, dá origem a outro processo de trabalho, caracterizando dessa forma a circularidade existente entre necessidades e processos de trabalho. Esta circularidade é fruto da sócio-historicidade dos processos de trabalho, que ao recortar objetos para atender as necessidades, criam novas necessidades que, por conseguinte, formam os sujeitos para os novos processos de trabalho.

Todavia, é importante salientar que a qualidade de vida e saúde não dependem apenas da satisfação das necessidades necessárias, que dizem respeito à sobrevivência e reprodução humana, mas também das necessidades próprias do ser humano enquanto ser social, descritas como

necessidade de proteção, afeto, compreensão, acesso a educação e cultura, lazer, participação, criação, identidade, liberdade, relacionadas à auto realização, baseadas na igualdade e no livre e mútuo reconhecimento da condição humana (OLIVEIRA, 2011 p. 404).

Portanto, refletir sobre os processos de trabalho é refletir sobre os determinados modos de fazer no campo da saúde e mais especificamente no campo de atenção à Saúde da Mulher, considerando a teia de relações que estão envolvidas na processualidade das práticas em saúde e nas relações construídas entre profissionais e usuárias quando do desenvolvimento dessa práticas.

Assim, o processo de trabalho é um modo de relação social permeado por relações de desigualdade e poder, quer entre os próprios trabalhadores, quer entre os trabalhadores e as usuárias. Nesse processo, o trabalhador de saúde ao fazer a experiência da resistência ao mundo social, desenvolve seu modo de pensar e de exercer seu *modus operandi*, se inserindo de forma subordinada à produção, focando seu objeto e instrumentos na técnica e reproduzindo as necessidades de saúde e os modos prescritivos de trabalhar (CARVALHO et al., 2012).

Contrário a esse movimento, Carvalho et al. (2012) asseveram que o profissional, ancorado na sua inteligência e subjetividade, pode vir a ser sujeito e

protagonista de mudanças nos processos de trabalho por ele desenvolvidos, buscando um agir profissional que possa conceber novas necessidades e suas correspondentes intervenções e modos de trabalhar.

Ayres (2001) advoga que o conceito de subjetividade remete a construção do indivíduo, que não sendo só no mundo, constrói sua identidade em uma relação com o *Outro*, com movimentos de reconhecimento e resistência, de modo que a subjetividade está associada à dimensão transformadora, de contínua reconstrução de identidades - na intersubjetividade. Para o autor, nas práticas em saúde é preciso pensar mais na intersubjetividade que a subjetividade, considerando o *caráter imediatamente relacional e irremediavelmente contingente de nossas identidades e historicidades como indivíduos e grupos* (AYRES, 2001 p 65).

Uma das especificidades do trabalho em saúde é o seu caráter interativo, cujo processo se desenvolve na relação entre seres humanos, que ao reconhecer o problema como um problema de saúde, busca o serviço para ter a reparação do problema pela atuação profissional. Outra especificidade é o processo de trabalho em saúde relacionar-se ao setor terciário, enquanto produtor de serviços, o que lhe confere características como intangibilidade (ao mesmo tempo em que é produzido, é também consumido), simultaneidade, inestocabilidade e irreversibilidade (MEIRELLES, 2006). De acordo com Carvalho et al. (2012), essas características imprimem ao trabalho em saúde uma racionalidade técnica própria e distinta da produção material, pelas quais é possível afirmar que o trabalho em saúde é imaterial, mediado pela relação social e pela comunicação e uma atividade ligada à subjetividade.

Neste sentido, o processo de trabalho de um profissional deve estar consoante com os demais, visto que é pelo encontro com o outro, pela resistência e aproximação que o trabalho em saúde se efetiva. Assim, na atenção à mulher em situação de violência na Estratégia Saúde da Família (ESF), o processo de trabalho deve desenvolver-se de modo relacional e intersubjetivo com outros profissionais e com as usuárias.

De acordo com Merhy e Franco (2008), o trabalho em saúde só pode ser pensado no coletivo, pois apenas um trabalhador não dará conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, objeto real do trabalho nesse campo.

O trabalho de um depende do trabalho do outro. Uma caixa de ferramentas de um é necessária para completar a do outro. O trabalhador sempre depende desta troca, deste empréstimo. Porém, há um campo em comum entre todos os tipos de trabalhadores: todos eles, independente da sua formação ou profissão, são operadores da construção do cuidado, e portadores das valises tecnológicas; sendo que a valise das tecnologias leves, que produz relações, é igualmente DE TODOS (MERHY; FRANCO, 2008, p. 431)

Portanto, a circularidade do processo de trabalho faz sua intercessão com o trabalho do outro na ESF para atender necessidades e produzir outras com fins a integralidade da atenção à mulher em situação de violência. Portanto, esse modo de operar o modelo de atenção à saúde solicita integração e interação no trabalho em saúde.

No tocante à atenção à mulher em situação de violência, a circularidade remete o profissional no seu cotidiano, a pensar o trabalho de modo dialético e dinâmico, pois para cada necessidade produzida pela violência contra mulher, seja lesão ou a baixa autoestima, demanda uma tomada de decisão com escolha de ações concretas que podem ser desde o tratamento da lesão até processos coletivos com a equipe e comunidade que contribuam para a reflexão da violência enquanto violação explícita dos direitos humanos, com fins a prevenir e enfrentar a violência doméstica contra mulher no território onde o profissional de saúde atua.

Neste sentido, o campo da saúde compreende um *locus* cujos processos de trabalho norteados pelo saber acadêmico e social, existem para apresentar respostas sociais às necessidades que se manifestam, na maioria das vezes, por problemas de saúde. Esses problemas geram dano físico, psicológico, riscos, entre outros aspectos que demandam por consultas, hospitalizações, informações, encaminhamentos e exames no setor saúde, sem, contudo, atender à concepção ampla de saúde, por ter o caráter biológico e prescritivo como central em detrimento dos determinantes sociais da doença que geram vulnerabilidades mais relacionadas com as questões de gênero do que com fatores biológicos (BRASIL, 2004b). Isso implica em um processo de cuidado que contemple a abordagem de gênero e supere o modelo técnico-biológico ancorado na história natural da doença, com fins a atender necessidades.

Além das necessidades que devem ser *necessariamente* atendidas, Mendes-Gonçalves (1992) enuncia que existem outras necessidades, cuja satisfação é dificilmente alcançada devido ao seu caráter de carecimento (falta de algo, geralmente material) que também são atendidas e produzidas pelo trabalho. Trata-se das necessidades alienadas, que, por meio da reprodução e regulação social de base capitalista, é possível controlar os elementos da reprodução social, favorecendo a manutenção do *status quo* (MENEZES, 2008), produzindo necessidades e mantendo carências. No caminho para a superação tanto das necessidades quanto das carências é necessário mudanças nas estruturas de poder que as geram; portanto, nas estruturas de mercado e de trabalho.

No contexto da atenção à saúde, além das necessidades alienadas, as necessidades individuais ficam subordinadas às necessidades sociais, compreendidas como necessidades necessárias e enunciadas como bem comum (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000). Essa pretensão de bem comum sinônimo de bem social, aplicada ao campo da saúde, carrega consigo desigualdades sociais na oferta de serviços, tanto pela má distribuição de benefícios e serviços quanto pelos contextos instauradores de necessidades, com criação de demandas voltadas apenas para um segmento da população.

Porém, não se pode negar que necessidades e carecimentos coexistem e devem ser igualmente reconhecidos, posto que são legítimos, de modo que ambos devem ser considerados no processo de trabalho:

Pensá-las (as necessidades) apenas como carências nega a existência de necessidades que expressam potencialidades humanas. Mas as carências, traduzidas em demandas, buscam reconhecimento social e também contribuem para a autodeterminação humana (OLIVEIRA, 2011).

De acordo com Schraiber e Mendes-Gonçalves (2000), esse modo de organização em que as necessidades sociais reais são mascaradas em bem comum resulta na interdição política dos sujeitos gerando outra interdição, que refere-se à natureza ética. A voz do excluído é considerada inapta e emudece frente às relações de poder impostas pela estrutura organizacional do serviço. Essa concepção contribui para a alienação dos usuários tornando-os seres tolhidos no exercício da sua subjetividade, cujo produto desse processo será a naturalização das demandas, as quais aparecem ani-

históricas e será propensão da ordem natural biológica (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000), configurando-se em um processo de reificação (coisificação) das necessidades.

No campo da atenção à mulher em situação de violência, a inaptidão sobrevém pela vitimização da mulher, ao considera-la frágil e delicada ou à culpabilização, ao relacionar o sofrimento da violência com cumplicidade da mulher na vivência da agressão. Pesquisas apontam que usuárias que buscam com maior frequência consultas e serviços médicos serem nominadas de poliqueixosas, cujas queixas são pouco valorizadas em decorrência da sua frequência no posto de saúde, sem que os profissionais a relacionem com episódios de violência (OLIVEIRA, 2011; AVANCI et al, 2013). Concomitante a essa realidade, a oferta de consultas com predomínio da abordagem clínica (AVANCI et al, 2013) centrada na doença (hipertensão, pré-natal, consultas de citologia oncológica) representam um quantitativo de consultas maior que as ações educativas de promoção da saúde e para a autodeterminação das usuárias, contribuindo para a reprodução de processos de trabalho baseados na reificação das necessidades.

Para superar essa reificação de necessidades no campo da saúde é necessário considerar que o processo de trabalho é dinâmico e se transforma à medida que as necessidades são produzidas no contexto social em um dado tempo. De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), o trabalho só terá sentido tecnológico se puder apreender o objeto de trabalho, tendo em vista um produto final que satisfaça necessidades sóciohistoricamente determinadas, dispondo de meios para transformá-los nesta direção.

A ESF prevê o trabalho em equipe como pressuposto e diretriz operacional para a reorganização do processo de trabalho a partir da nova concepção biopsicossocial do processo saúde-doença. Este conceito ultrapassa a noção de equipe que se limita a coexistência de profissionais de diversas categorias no mesmo espaço de trabalho e precisa ser concretizado no cotidiano do trabalho em saúde para que a atenção à saúde seja garantida enquanto direito humano. Implica, segundo Ayres (2008), em partilhas, em relações intersubjetivas, de interação e diálogos entre os sujeitos.

Stotz (2004) considera que as necessidades em saúde são individualmente sentidas, biológica e socialmente determinadas e para atendê-las deve-se considerar o

contexto em que elas são produzidas. Advoga que, adotar as necessidades como eixo norteador das práticas em saúde, exige a construção de novos saberes para reorganizar o processo de trabalho, gestão e planejamento em saúde, na busca pela equidade e integralidade da atenção e não mais da medicalização das necessidades.

De acordo com Oliveira (2011) as equipes da ESF possuem conhecimento impreciso sobre as necessidades em saúde das famílias que estão sob seus cuidados e não dispõem de estratégias para identificar situações de vulnerabilidade a que tais famílias estão expostas.

No processo de trabalho na ESF, as ações das equipes restringem-se à execução de atividades previstas nos programas oficiais preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), sem contudo refletir se esses programas verticalizados atendem às necessidades da população usuária, com especial atenção à mulher em situação de violência, cuja ação verticalizada prioriza a cura da lesão e a denúncia do agressor.

Oliveira (2011) advoga que o modelo vertical de programas de assistência à saúde não atendem necessidades de saúde coletivas da população porque não respondem a complexidade dos determinantes sociais da saúde e da doença, modulados por condicionantes de ordem bio-psico-cultural, econômica e política.

Diante dessa realidade, há a necessidade de produzir novos processos de trabalhos que ultrapassem a perspectiva da oferta de serviços e medicação, cuja organização dos serviços tem como consequência a associação dessas necessidades com o consumo dos serviços, geralmente sob a forma de consultas médicas e exames.

Assim, é necessário superar a racionalidade médica decorrente da ciência formal e da tecnologia, cujas atividades, serviços, programas e políticas estão orientados fundamentalmente por uma racionalidade sistêmica e instrumental, ou seja, pelo interesse no desenvolvimento de conhecimentos, recursos e ações de caráter técnicos para fins específicos (AYRES, 2008)

a serem alcançados pelo trabalho em saúde sem levar em conta que o adoecimento é um processo multifatorial e multicausal. O que se busca hoje, de acordo com Ayres (2008) é levar em consideração que o uso das tecnologias de saúde – sejam elas materiais ou não materiais - precisam estar consoantes aos contextos em que são aplicadas, considerando as determinações sociais desses contextos e as teias que o conhecimento científico tece com o senso comum.

Nesta perspectiva, no processo de trabalho na ESF é necessário construir o saber que ultrapasse a dimensão dura da tecnologia e se utilize das tecnologias leves produzidas no encontro entre seres humanos, que considere os determinantes sociais que levam a mulher em situação de violência ao sofrimento e conseqüente adoecimento.

Considerando o exposto, o referencial teórico-metodológico deste estudo, comporta a compreensão de que as instituições públicas de atenção à mulher em situação de violência são produzidas na prática social concreta, assumindo significados com base nas tramas que os sujeitos constroem no tecido social, por meio do trabalho socialmente organizado para produzir *cuidado*. Nessa atividade, produzem também as contradições que impulsionam ou retardam as transformações nessa área específica de conhecimento e da atividade humana.

3.3 Percurso metodológico

3.3.1 Caracterização do estudo

Este estudo é parte do projeto de pesquisa intitulado *O trabalho das práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência doméstica e sua relação com a emancipação da opressão de gênero* (CNPq 402349/2010-5) desenvolvido pelo Grupo de Estudos em Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Mulher e Gênero do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, NESC-CCS-UFPB. Desdobra-se no sentido de compreender as articulações entre os elementos do processo de trabalho, identificando o saber de gênero, enquanto um dos instrumentos do processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família na atenção à saúde da mulher em situação de violência.

Caracteriza-se como estudo qualitativo tendo gênero e processo de trabalho em saúde como categorias analíticas. O enfoque qualitativo se apresentou como o mais adequado ao objeto e aos objetivos deste estudo visto que pretendeu investigar fatos não mensuráveis sobre os significados que a intenção das políticas de atenção à saúde da mulher assume ao se efetivar como trabalho das práticas profissionais, no município de João Pessoa-PB.

Neste estudo, adotamos o conceito de pesquisa qualitativa advogado por Minayo (2010), para quem a pesquisa qualitativa se preocupa com um nível de

realidade que não pode ser quantificado, pois se refere a significados, valores, aspirações, crenças e atitudes que correspondem ao plano da subjetividade, ou seja, o plano mais profundo das relações e dos processos que não podem reduzir-se à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010). Acrescentamos que a qualidade é tão real/material quanto o nível quantitativo, além de sinalizar um horizonte de intensidade (plenitude, aprofundamento) para além da extensão, onde se apreendem os sentidos dos fenômenos sociais na área da saúde.

Pressupomos que as instituições sociais, como os serviços públicos de saúde, são produzidas na prática social concreta, assumindo significados com base nas relações que os sujeitos constroem no tecido social como as ações que se articulam por meio do trabalho socialmente organizado para produzir saúde e cidadania e fomentar a emancipação da opressão de gênero. Nessa atividade, os sujeitos envolvidos produzem também as contradições que impulsionam ou retardam as transformações nessa área específica de conhecimento e da atividade humana.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde tem potencialidade para qualificar a atenção à mulher a partir dos saberes e técnicas que veiculam as ideologias no sentido de legitimar ou superar as condições de saúde das mulheres em situação de violência. Tal pressuposto representa a integração entre as categorias analíticas gênero e processo de trabalho, norteadoras deste estudo.

3.3.2 Cenário do estudo

O Nordeste Brasileiro abrange nove Estados, sendo eles Maranhão, Piauí, Ceará, Rio Grande do Norte, Paraíba, Pernambuco, Alagoas, Sergipe e Bahia, além do Território Federal de Fernando de Noronha. Ocupa uma área de 1.561.177,8 km² quilômetros quadrados que corresponde a quase 18,3 % do território nacional e 28,5 % da população do País (SUDENE, SD).

É uma das regiões mais pobres do país responsável pela concentração de 59% da população que vive em extrema pobreza (IBGE, 2010). No entanto, existem pequenas ilhas de riquezas e características climáticas, humanas e culturais diferenciadas. Nesse contraste, coexistem populações vivendo em estado de miséria

absoluta e grupos populacionais abastados, como em qualquer parte do mundo moderno.

A cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba e onde se situa a fonte do material empírico deste estudo, é a terceira cidade mais antiga do Brasil, fundada em 1585 e o centro de uma região metropolitana, que inclui atualmente oito municípios, todos eles com mais de 100.000 de habitantes. Possui uma área geográfica de 211 km² e localiza-se no extremo oriental das Américas (IBGE, 2010) e extremo leste do estado da Paraíba. Limita-se, ao Sul com o município do Conde, ao Oeste com os municípios de Bayeux e Santa Rita, ao Norte com o município de Cabedelo e ao Leste com o Oceano Atlântico.

A população estimada em 2012 foi de 723.515 mil habitantes, sendo 51% mulheres e 49% homens. No que tange à economia, predomina na Capital Paraibana o comércio, a indústria e a prestação de serviços (IBGE, 2010), além do turismo, que é uma atividade em expansão, por usufruir de um litoral privilegiado com 30 km de praias (LUCENA, 2012) e clima tropical úmido com temperaturas sempre amenas.

Em relação à violência, João Pessoa ocupa o 10º lugar no ranking de cidades mais violentas do mundo e a 2ª capital em homicídios femininos no Brasil, com taxa de 10 mortes de mulheres/100.000 mulheres (WAISELFISZ, 2012).

O município possui 197 unidades básicas de saúde (UBS), sendo 192 da responsabilidade da gestão municipal. Estas unidades respondem por 73, 31% da cobertura de Atenção Primária à Saúde da população de João Pessoa (SOUZA et al., 2012). O Sistema de Atenção Básica de João Pessoa está formado pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS), com ações e serviços de caráter curativo, e por Unidades de Saúde da Família (USF), cujo processo de trabalho enfatiza os aspectos preventivos e de promoção à saúde. Estes dois serviços não são excludentes porém, complementares e abordam por meio de processos de trabalho distintos aspectos específicos do processo saúde-doença: 1) a reabilitação e o tratamento dos indivíduos que já estão enfermos através de uma medicina curativa, e 2) a prevenção e a promoção de saúde daqueles que estão saudáveis (ou em risco de adoecer) através da informação, educação em saúde e da interação com os indivíduos de uma dada localidade (SOUZA et al., 2012).

Quanto à organização do setor saúde, o município de João Pessoa está dividido em cinco Distritos Sanitários de Saúde (DSS). Cada Distrito Sanitário é de

base territorial e corresponde à área de responsabilidade de um conjunto de unidade de saúde, possibilitando a orientação para problemas identificados em relação a uma população e a um espaço determinado, além da caracterização do impacto das ações ali desenvolvidas (OLIVEIRA, 2006).

Em João Pessoa, existem serviços que intencionam intersectar com a saúde, o enfrentamento da violência. Entre estes serviços estão o Centro de Referência da Mulher Ednalva Bezerra (CRMEB). O CRMEB é um serviço ligado a Secretaria de Políticas Públicas para Mulheres cujo objetivo é acolher, orientar e apoiar as mulheres em situação de violência, visando à ruptura do ciclo de violência e o fortalecimento da mulher que vive em situação de violência, por meio de ações globais e interdisciplinares (psicológico, social, jurídico de orientação e informação) com fins a resgatar a autoestima da mulher e a conquista de sua cidadania (BRASIL, 2006).

Além do CRMEB, João Pessoa dispõe de uma Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) que atende 12 municípios da grande João Pessoa, ONGs que atuam no enfrentamento da violência, a exemplo do Centro da Mulher 8 de Março, Bamidelê, Coletivo Feminista Cunhã.

Segundo Castro et al. (2011), as políticas implementadas na Paraíba, da qual João Pessoa é capital, embora se desenvolvam por meio de distribuição de serviços e benefícios sociais, ainda não alcançam a transdisciplinaridade e a intersetorialidade. Castro et al. (2011) argumentam que é necessário sensibilização de agentes políticos para a implementação de políticas públicas que garantam os direitos humanos a grupos vitimizados na Paraíba, como é exemplo as mulheres em situação de violência de gênero. Acrescentamos ser necessário também compromisso ético para contribuir para o enfrentamento da violência.

3.3.3 A fonte do material empírico

A pesquisa foi desenvolvida em duas unidades da Estratégia Saúde da Família (ESF) no Bairro 13 de maio, localizado na zona norte do município de João Pessoa e pertencente ao IV Distrito Sanitário de Saúde (DSIV). A opção pelo DSIV justifica-se por ser uma área com elevada incidência de violência doméstica contra mulher (>1/1000 hab.) e alto risco relativo (>2/1000 hab.) de mulheres que moram nessa

região sofrerem violência doméstica em relação àquelas que moram em outros bairros do município de João Pessoa (LUCENA, 2012). O percentual de óbito em mulheres em idade fértil no DSIV, para o período de janeiro a outubro de 2012, correspondeu a 16 óbitos por causas externas (SOUZA et al., 2012), o que representa um dado preocupante para a segurança da mulher cidadã. No que tange às práticas profissionais atinentes à violência, de acordo com o Relatório de Gestão do Ano de 2012 (SOUZA et al., 2012), foram desenvolvidas ações educativas sobre diversos temas incluindo a violência contra a mulher, sem, contudo, ter priorizado uma agenda administrativa que contemple com robustez o fenômeno da violência e suas implicações para a saúde da mulher.

O DSIV possui 24.011 famílias cadastradas totalizando 81.082 pessoas, sendo 54% do sexo feminino. Para atender a essas famílias, o distrito dispõe de 616 profissionais distribuídos nas UBS, USF, sede do distrito e escolas; destes apenas 235 profissionais são do quadro efetivo (municipal, estadual ou federal) (SOUZA et al., 2012).

O DSIV possui sob sua gerência três UBSs e 26 Equipes da ESF distribuídas pelos bairros de Mandacaru, Ipês, Alto do Céu, Tambiá, Roger, Varadouro, Cordão Encarnado, Ilha do Bispo, Distrito Mecânico, Padre Zé e 13 de Maio. Além destes serviços de saúde, no seu território localizam-se duas Residências Terapêuticas⁴, quatro hospitais, sendo dois públicos e dois filantrópicos, um abrigo para idosos, um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), um Centro de Atenção Integral a Saúde do Idoso (CAISI), um Núcleo de Portadores de Necessidades Especiais, um Núcleo de Práticas Integrativas. Também na área de abrangência do Distrito localiza-se a Delegacia Especializada de Atendimento à Mulher (DEAM) e o Centro de Referência da Mulher Ednalda Bezerra (CRMEB).

As duas unidades da ESF, cenário deste estudo, fazem parte de uma unidade maior chamada Unidade Integrada de Saúde (UIS), que comporta mais duas unidades de saúde da família, totalizando quatro unidades. Cada uma responde pelos cuidados de saúde de cerca de 1000 famílias, embora esse número seja subestimado, pois há áreas

⁴ Residência Terapêutica: constituem uma alternativa de moradia urbana para pessoas com transtornos mentais internadas há muito tempo em hospitais psiquiátricos e ou que não possuem apoio familiar e da comunidade (Brasil, 2004).

circunvizinhas às áreas assistidas pelas equipes da ESF que estão sem cobertura de equipes de saúde e recorrem ao serviço quando lhe incorrem problemas de saúde.

Quanto às instalações físicas, a UIS conta com nove consultórios, dois gabinetes odontológicos, uma sala de curativo, uma sala de imunização, uma sala de nebulização, uma sala para repouso ou observação, uma sala de coleta de citologia oncológica, uma sala de esterilização de materiais, uma farmácia, uma recepção, um banheiro masculino e um banheiro feminino, uma sala de apoio matricial, uma sala de marcação de exames, um hall onde ocorre as ações de educação em saúde e uma copa.

3.3.4 Produção do material empírico

3.3.4.1 Aproximação com o campo de estudos

O primeiro passo da pesquisa foi a submissão do projeto, ora aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), junto à gerência do distrito e aos apoiadores matriciais da UIS, quando ficou acordado um espaço na reunião de equipe para apresentação do mesmo.

Cada equipe pesquisada era constituída por uma médica, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma Agente de Saúde Bucal (ASB), uma dentista . Uma equipe possuía cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a outra sete. Como as equipes estão sediadas em um único prédio, também trabalham no apoio aos profissionais de saúde e no contato com as usuárias quatro recepcionistas, duas funcionárias de serviços gerais, dois vigilantes, duas auxiliares de farmácia, três marcadores de consultas e exames e três apoiadores matriciais⁵.

O primeiro contato com os profissionais foi na reunião das equipes, que ocorre semanalmente e tem como objetivo articular o trabalho em equipe, discutir problemas do processo de trabalho, eleger prioridades na sistematização do trabalho bem como receber informações da gerência central.

⁵ O apoiador matricial é um especialista que tem um núcleo de conhecimento e um perfil distinto daquele dos profissionais de referência, mas que pode agregar recursos de saber e mesmo contribuir com intervenções que aumentem a capacidade de resolver problemas de saúde da equipe primariamente responsável pelo caso. O apoio matricial procura construir e ativar espaço para comunicação ativa e para o compartilhamento de conhecimento entre profissionais de referência e apoiadores. (CAMPOS, 2007)

Naquela oportunidade foi apresentado o projeto, com suas finalidades e objetivos. Das quatro equipes da Unidade Integrada de Saúde, apenas duas concordaram integralmente em participar da pesquisa, de modo que houvesse representação de cada categoria profissional que compõe a UIS, incluindo-se os profissionais de apoio e mais uma médica, uma enfermeira e uma dentista das outras equipes. Os profissionais participantes demonstraram também interesse no acesso ao conhecimento produzido para o aprimoramento das práticas profissionais.

Antes da produção do material empírico, identificamos a necessidade de acercar-se das práticas profissionais das equipes, visto que a aproximação do pesquisador com a realidade promove melhor integração entre a pesquisadora e os sujeitos, além de promover melhor compreensão da realidade estudada e estabelecer uma relação de confiança entre a pesquisadora e os sujeitos.

A fase de aproximação entre pesquisadora e os sujeitos durou vinte dias e optou-se por participar de atividades coletivas, visto que a observação participante não constava no projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa. Durante esse período participou-se de grupos educativos, reuniões com as equipes de saúde, reuniões de autocuidado com os profissionais de saúde, conversas informais com os membros das equipes. Foi uma fase de suma importância para a etapa seguinte das entrevistas com os profissionais.

No processo de aproximação com o campo, à medida que alguns profissionais de saúde estabeleciam contato com a pesquisadora, espontaneamente falavam sobre suas histórias e experiências vivenciadas no atendimento às mulheres. Naquelas ocasiões, eram novamente convidados a participar da pesquisa, aceitando ou recusando o convite da entrevista. Em decorrência desse contato informal, a seleção dos sujeitos ocorreu aleatoriamente, por conveniência dos sujeitos, totalizando vinte e seis profissionais que trabalhavam na unidade de saúde durante a pesquisa. De acordo com Minayo (2010), na pesquisa qualitativa, o aprofundamento das questões pesquisadas e a abrangência de todos os atores principais são mais importantes que o número de interlocutores da pesquisa.

As conversas informais decorrentes da fase de aproximação contribuíram não só para a seleção dos sujeitos, mas também para que os profissionais percebessem que a temática da violência perpassa o cotidiano do processo de trabalho e da vida social,

pois houve profissionais que, embora não estivessem diretamente relacionados ao cuidado, reconheciam situações de violência vivenciadas pelas usuárias do serviço e em seus contextos familiares. Houve também profissionais que, inicialmente não verbalizaram situações de violência doméstica com as usuárias, porém no decorrer da conversa, relataram fatos e situações de violência simbólica e negação de direitos humanos das mulheres, que o profissional não reconhecia como tal.

Situação semelhante foi também identificada por Oliveira (2011) no processo de aproximação com o campo. Para a autora em questão, essa particularidade demonstra que a definição de violência está fortemente vinculada à compreensão singular de cada sujeito, atrelada ao contexto histórico e cultural no qual ele está inserido.

Concordamos com Oliveira (2011) ao argumentar que a participação em pesquisas sobre a temática da violência, utilizando a técnica da entrevista em profundidade pode contribuir para a ampliação da compreensão da violência de gênero sofrida pelas mulheres usuárias do serviço. Assim como Oliveira (2011), a fase de campo revelou que o fenômeno da violência, ainda que esteja presente em todos os espaços no serviço de saúde, permanece invisibilizado ou pomenorizado enquanto demanda de saúde.

3.3.4.2 Participantes da pesquisa

Participaram da pesquisa 19 mulheres e sete homens perfazendo um total de 26 profissionais, dos quais: três médicas, duas enfermeiras(os), duas dentistas, oito ACSs, três técnicas de enfermagem, duas ASBs, um recepcionista, um marcador de exames e consultas, uma profissional de serviços gerais, um guarda municipal, uma assistente social e um apoiador matricial.

Em relação à faixa etária, a idade dos profissionais variou entre 25 e 65 anos, sendo 11 profissionais entre 25 e 34 anos, quatro profissionais com idade entre 35 e 44 anos, sete profissionais com idades entre 45 e 54 anos e quatro profissionais entre 55 e 65 anos.

No que concerne à escolaridade, 12 profissionais tinham ensino superior completo, destes dois possuíam pós-graduação, sendo uma em saúde pública e uma em

linguística; 12 profissionais tinham ensino médio completo, um profissional com ensino fundamental completo e um profissional com ensino fundamental incompleto.

Observou-se elevada escolaridade dos ACSs, dos quais seis possuíam ensino médio completo, dois possuíam nível superior completo, dos quais um era pós-graduado. A justificativa da escolaridade elevada decorre do fato de que a maioria dos ACSs é oriunda de concurso público realizado em 2007.

O tempo de atuação na área da saúde variou de um mês a 30 anos, sendo o tempo de atuação na ESF no serviço investigado variou de um mês a 17 anos. Quanto ao estado civil, na ocasião da pesquisa, 18 eram casadas(os), sete eram solteiras(os) e uma (um) divorciada(o).

3.3.4.3 Procedimentos para a produção do material empírico

No primeiro momento da pesquisa foram selecionados documentos que informam a política de atenção à saúde da mulher, identificando os temas, normas regulamentares e leis que compõem as categorias que orientam a organização dos serviços e a prática profissional.

O segundo momento compreendeu a produção do material empírico por meio de entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de saúde. Para Mendes-Gonçalves (1994), há duas maneiras de se proceder no reconhecimento do *processo de trabalho* em saúde: pela técnica de observação direta e pela técnica indireta, por meio de entrevistas. Neste estudo, foi utilizada a técnica de entrevistas.

O roteiro das entrevistas semiestruturado (Apêndice 2) foi elaborado com questões norteadoras que serviram de guia para a apreensão do fenômeno da violência. Este roteiro foi composto por duas partes. A primeira relativa à caracterização das(os) participantes, com informações sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, profissão, cargo ou função exercida na unidade de saúde, tempo como profissional de saúde, tempo no serviço.

A segunda parte do roteiro de entrevistas constou de quatro questões nucleares que serviram de guia no processo de apreensão da realidade a partir dos depoimentos dos sujeitos. As duas primeiras questionavam o trabalho de cada entrevistado

relacionando o plano teórico à concretude do processo de trabalho. A terceira questão estimulava o profissional a falar do seu conhecimento sobre a rede de serviços de assistência à mulher em situação de violência e a última questão buscou as concepções de gênero que transpassam o saber instrumental no processo de trabalho.

As entrevistas foram previamente agendadas com os profissionais, individualmente, observando-se a privacidade de todos os respondentes, sendo realizadas na própria unidade de saúde, em sala disponibilizada pela equipe matricial. Foi utilizado aparelho MP3 para gravação dos depoimentos. O tempo médio das entrevistas foi de 60 minutos.

3.3.5 Análise do material empírico

O material empírico da pesquisa foi analisado pela Técnica de Análise Crítica do Discurso proposta por Fiorin (2011), para quem a análise do discurso deve ser empregada por pesquisadores de qualquer área de atuação como uma ferramenta para compreender textos ou produzi-los e para conhecer objetos de estudos específicos (FIORIN, 2011). Para o autor, a linguagem e o trabalho são categorias dominadas pelo ser humano com potencialidade para transformar a realidade. Por meio destas categorias, os seres humanos desempenham poder criador e transformador do mundo (FIORIN, 2006).

De acordo com Fiorin (2011), o texto é um objeto integralmente linguístico e histórico. Linguístico porque é conformado como uma estrutura interna, disposto em regras gramaticais que permitem sua coerência num todo organizado de sentido e num universo de significação. Nesse enfoque o texto é uma organização dotada de mecanismos de coerência, nos quais se percebem as visões de mundo dos sujeitos, onde se encontram os temas que vão conformar as categorias com as quais os pesquisadores trabalham. O texto é histórico porque seu sentido é dado, também, por suas relações com o exterior, com as concepções que existem na sociedade da época em que ele foi produzido (FIORIN, 2011, 2003).

Assim, ao analisarmos um texto, além de reconhecer os temas abordados, precisamos buscar a historicidade do discurso para identificar sua posição ideológica e poder responder, de que maneira e em oposição a que afirmativa o discurso constituiu-

se. Desse modo, a historicidade permite compreender a heterogeneidade constitutiva dos discursos que se encontram no movimento histórico de seus sentidos, afirmando ou negando uma posição ideológica existente na sociedade (FIORIN; SAVIOLI, 2007).

De acordo com Fiorin e Savioli (2007), o texto é um todo organizado de sentido num universo de significação, cujo sentido de cada parte é dado pelo todo, havendo três planos na estrutura do texto: 1) o plano superficial ou estrutura discursiva, no qual se encontram os significados mais concretos e diversificados; 2) o plano intermediário ou estrutura narrativa, onde se definem os valores com os quais os diferentes sujeitos entram em acordo ou desacordo; 3) o plano profundo ou estrutura profunda, onde se encontram os significados mais abstratos (FIORIN; SAVIOLI, 2007).

Para se atingir o último plano, agrupamos os significados coincidentes que dão unidade aos elementos superficiais. Estes, a princípio, podem parecer dispersos e caóticos, mas adquirem sentido quando confrontados com o contexto histórico e com os diversos níveis de significados para constituir o discurso.

Fiorin e Savioli (2007) explicam que existem duas grandes formas de se organizar textos. Uma com palavras concretas e outra com palavras abstratas. Os textos que narram fatos do mundo natural empregam palavras concretas e reproduzem esse mundo, por meio de figuras. Os textos que predominam palavras abstratas são denominados de textos temáticos e remetem, por abstrações, ao mais próximo possível dos existentes do mundo natural, por meio de categorizantes. Os categorizantes, por sua vez, dizem respeito aos grandes temas que aproximam os conceitos, as abstrações, aos seus correspondentes no mundo concreto (FIORIN, 2011). No material empírico desta pesquisa, os textos produzidos referem-se aos textos temáticos.

Outrossim, os textos são analisados, não para responsabilizar individualmente as pessoas, mas para se identificar determinadas posições sociais que se manifestam discursivamente no interior da sociedade, marcadas pela ideologia. O discurso é uma posição social e é esta que se deve analisar, pois, segundo Fiorin (2003 p. 41):

A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando por inferência a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso. Depois mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada... Enquanto o discurso é a materialização das formações ideológicas, sendo por isso determinado por elas, o texto é unicamente o lugar de manipulação consciente, em que o homem

organiza, da melhor maneira possível, os elementos de expressão que estão à sua disposição para veicular seu discurso. O texto é, pois, individual, enquanto o discurso é social (FIORIN, 2003, p. 41).

Na perspectiva de Fiorin (2003, p. 77), a análise crítica do discurso, *embora não negue a relativa autonomia do discurso não o vê como uma autarcia*. Segundo o autor, a inteligibilidade do discurso não está nele mesmo, mas na formação ideológica que o governa. Desse modo, o discurso não se esgota em si, mas se projeta na história: *É preciso levar em conta o intertexto para ler o texto (FIORIN, 2003 p. 77)*.

Fiorin (2003) argumenta que *a análise do discurso deve desfazer a ilusão idealista que o homem é senhor do seu discurso* (pág. 77). A escolha dessa técnica decorre da possibilidade de se examinar nas criações da linguagem, as histórias que o ser humano produz e nelas perceber seus valores e o significado atribuído às dimensões que compõem os universos da realidade dos seres humanos de cada momento histórico. Além disso, perceber os temas das narrativas é uma forma de não se ter uma leitura ingênua das coisas que vão passando diante de nós (FIORIN, 2011).

Com base nesse referencial teórico metodológico, o primeiro momento da análise do estudo compreendeu a transcrição das entrevistas, impressão, leitura e releitura dos textos a fim de garantir a autenticidade do depoimento e não perder aspectos relevantes para a interpretação e análise.

O segundo momento referiu-se à identificação de temas/figuras, nos depoimentos sobre as concepções dos profissionais sobre a violência doméstica contra mulher e o processo de trabalho. Os temas identificados sobre as categorias empíricas *gênero e processo de trabalho* possibilitaram a organização de blocos de significado por coincidência ou divergência temática que apontaram o sentido dos discursos dos sujeitos sobre o saber de gênero que subsidia o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência e suas respectivas práticas para lidar com as necessidades de saúde das mulheres que vivenciam violência.

Nessa fase, os elementos significativos (temas) foram agrupados em um mesmo bloco de significado quando foram identificados aqueles que se referiam aos elementos do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência de gênero, ou seja, ao objeto, à finalidade e aos instrumentos do processo de trabalho.

Subseqüentemente, esses blocos foram novamente organizados por coincidência ou divergência temática.

A identificação ou não dos sujeitos discursistas com os diversos temas por eles referidos informou seus valores, crenças, anseios e expectativas e revelou a visão de mundo do enunciador. Desse modo, *o texto pode ser compreendido como um tecido no qual procuramos a organização dos seus fios, suas tramas, ou seja, o arranjo que lhes confere significado na malha social* (OLIVEIRA, 2011 p. 77).

Seguindo essa orientação metodológica, as ideias centrais dos depoimentos sobre *o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência doméstica* foram sintetizadas em duas categorias empíricas: ***Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero*** e ***O processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação***.

Na primeira categoria, ***Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero***, as ideias presentes nos depoimentos dos sujeitos sobre suas concepções de gênero sobre violência doméstica contra mulher foram agrupadas, por convergência, em um bloco temático do qual foi possível depreender a sub-categoria *Concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra mulher*.

A segunda categoria, ***O processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação*** é produto da análise sobre a qualidade da mudança das práticas em saúde, manifestada nos elementos do processo de trabalho e permitiu a formação de três blocos temáticos, que serviram de base para a construção de três sub-categorias empíricas: *O objeto de trabalho no enfoque curativista da medicina tradicional*; *O predomínio do saber biologicista como instrumento do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência*; *A finalidade do processo de trabalho sob o enfoque do patriarcalismo*.

O suporte no referencial teórico metodológico, no qual gênero e processo de trabalho serviram de guias analíticos, perpassaram todo o processo de análise e discussão do material empírico, de modo que a reflexão sobre a violência doméstica à luz da categoria gênero e trabalho contribuiu para enriquecer o marco teórico explicativo, necessários à compreensão da complexidade que o fenômeno da violência demanda no cotidiano dos serviços.

Desta forma, os discursos dos profissionais analisados sob a lente das categorias analíticas citadas, concorrem para a produção de um novo saber, enquanto instrumento de trabalho com fins a possibilitar transformações nas práticas profissionais na atenção à saúde da mulher.

3.4 Aspectos éticos da pesquisa

Todos os sujeitos envolvidos foram informados da possibilidade de sua desistência em qualquer momento, se assim o desejasse (BRASIL, 1996). O estudo atendeu aos requisitos propostos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que dispõe sobre as normas e diretrizes da pesquisa envolvendo os seres humanos (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética da ENSP/FIOCRUZ, e obteve sob parecer 261/2011/CEP (Anexo 1). Após aprovação pelo CEP, o projeto foi submetido à gerência do Distrito III, que autorizou o estudo nas duas unidades de saúde da família (Anexo 2 - termo de anuência).

O projeto foi apresentado e explicado em detalhes às quatro equipes da Unidade Integrada de Saúde em um dia agendado para esse fim. Naquela oportunidade, os profissionais foram convidados a participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 1). No momento da entrevista com aqueles que concordaram em participar do estudo foram apresentados novamente o tema e os objetivos da pesquisa e aqueles que não assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido na reunião com as equipes, o fizeram no momento da entrevista. Foi-lhes assegurado o anonimato e a garantia de que as informações seriam utilizadas exclusivamente para fins científicos.

4. AS CATEGORIAS EMPÍRICAS

Há uns que nos falam e não ouvimos;
há uns que nos tocam e não sentimos;
há aqueles que nos ferem e
nem cicatrizes deixam, mas...
há aqueles que simplesmente
vivem e nos marcam por toda vida.

Hannah Arendt

4.1 Contribuições do patriarcado na manutenção da opressão de gênero.

Essa categoria empírica é resultante das posições sociais dos sujeitos discursistas relacionadas com o objeto da pesquisa – o saber de gênero como instrumento do processo de trabalho -; com os objetivos propostos e com o referencial teórico-metodológico.

O material empírico analisado enuncia o caráter ideológico da violência doméstica contra mulher como problema de ordem individual desarticulado com a proposta da Estratégia Saúde da Família. Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa informam que, embora esteja em vigência políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher a mudança pretendida com essas políticas não alcançam o cotidiano dos serviços investigados, cujos discursos reproduzem o modelo de assistência à saúde da mulher na perspectiva da saúde pública tradicional, centrada na cura de lesões, sem a perspectiva transformadora prevista nos documentos oficiais.

Neste estudo, no primeiro plano de análise, o material demonstrou uma análise da compreensão da violência como problema privado - presente em todos os depoimentos dos sujeitos - que pode ser sintetizado em um único tema que se refere ao

reconhecimento da violência como um fenômeno naturalizado existente no cotidiano, porém sem seu reconhecimento como competência profissional da área da saúde da mulher.

Neste sentido, o processo de trabalho se configura distante de atender às necessidades das mulheres em situação de violência, por não relacionar a necessidade de superar a opressão de gênero como objeto do trabalho em saúde, bem como na sua desarticulação com os outros eixos do modelo de atenção à saúde: a política e a organização dos serviços.

O modelo de assistência à saúde corresponde a um conjunto articulado de diretrizes, saberes e técnicas, modos de organizar os serviços e de processar o trabalho para atender as necessidades de saúde da população. A articulação entre o que se anuncia como política, associada à estrutura e à organização dos serviços e às ações profissionais materializadas no processo de trabalho, manifestam o caráter teleológico do trabalho na atenção à mulher em situação de violência por meio da consistência e da adequação dos seus elementos, ou seja, no recorte do objeto do trabalho, na seleção dos instrumentos e na indicação da finalidade, para que o processo de trabalho possa objetivar-se em um produto verificável, como resposta a uma necessidade social (MENDES-GONÇALVES, 1992). Neste estudo, a necessidade social corresponde à superação da opressão da violência de gênero vivida por usuárias dos serviços básicos de saúde que o processo de trabalho deve atender por meio de práticas potentes para a emancipação da opressão e autodeterminação da mulher em situação de violência.

Assim, a expressão modelo de assistência à saúde da mulher enuncia que a dimensão interna do trabalho em saúde na atenção à mulher em situação de violência, ou seja, as práticas profissionais deve estar coerentemente articulada com sua dimensão externa (necessidades sociais de saúde), às quais devem ser consideradas no processo de trabalho para o alcance da atenção integral à saúde da mulher em situação de violência.

No que tange à atenção à mulher em situação de violência no campo da saúde, as mudanças consistentes se limitam aos documentos oficiais que versam sobre o processo de trabalho, ao incluírem a notificação compulsória da violência pelo profissional de saúde, ao eleger o enfoque de gênero como transversal ao processo de adoecimento da mulher. No cotidiano dos serviços, o discurso expresso é uma

atualização do discurso biologicista baseado no modelo clínico de assistência tradicional.

A concepção biologicista foi identificada neste estudo, no interesse expresso nos discursos dos sujeitos participantes, em assistir à mulher em situação de violência com base no modelo de assistência intervencionista, sem uma reflexão crítica sobre o contexto onde a violência está inscrita e a realidade que se pretende mudar. Sem manifestar o propósito de alterar as relações sociais de trabalho e a dominação sobre o corpo feminino, aspectos responsáveis pelo controle e pela desigualdade de gênero ainda predominante.

4.1.1 Concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra mulher

A violência contra a mulher compreende um problema social presente em todas as culturas, cujos tabus, preconceitos e valores envolvidos ao tema contribuem para que mulheres que vivenciam a violência sofram por longos períodos de tempo, adoecendo física e mentalmente, de modo a configurar-se em um grave problema de saúde pública devido à sua magnitude e transcendência.

Por ser a violência um fenômeno construído socialmente, os argumentos utilizados pelas(os) participantes para legitimá-la ganham status de natureza, impondo às mulheres o caráter de destino. Esta concepção permeia a identidade dos seres sociais, entre eles os profissionais de saúde, que a reproduzem no seu cotidiano.

As posições sociais das(os) participantes da pesquisa sintetizadas nesta subcategoria empírica evidenciaram o significado ideológico de qualidade hegemônica à concepção da violência doméstica contra mulher no processo de trabalho.

A análise do material empírico evidenciou que a concepção da identidade social baseada no sexo, ou seja a naturalização do ser homem e do ser mulher, influencia no agir profissional na atenção à mulher em situação de violência contribuindo para a manutenção das desigualdades entre homens e mulheres. Os depoimentos das(os) participantes da pesquisa em relação à violência contra a mulher estão imersos no que é idealizado pelo senso comum como problema do espaço privado e mais especificamente da mulher que a sofre, de modo que o seu enfrentamento não é

concebido enquanto necessidade de saúde a ser atendida no serviço de saúde, conforme o que segue:

Olha isso é muito particular da mulher (...) é muito pessoal deles [o casal] (E3).

Isso é uma coisa particular! (...) elas não vem pra gente, vão direto pra polícia (E2).

A questão da violência só vai melhorar quando a pessoa que foi agredida mudar a forma de pensar, de agir. Dela mesmo ir e denunciar na delegacia (E15).

O negócio é a aceitação da pessoa (...) Porque as vezes elas trocam de companheiro, mas se mantém na violência. É coisa de identificação (E18).

Muitas delas apanham, passam um certo tempo e voltam. Aí passam um tempo bem, depois voltam a apanhar e sempre vão levando. Eu não sei explicar... algumas são porque gostam mesmo! (E23).

Hoje em dia não existem mulheres apanhando de marido, só se quiser (...) aí depende muito da pessoa que está sendo violentada (E1).

É muito difícil encontrar uma mulher disposta a dizer a partir de hoje eu não sofro mais isso (E24).

Os temas veiculados pelos depoimentos informam a violência de gênero como um fenômeno concebido no espaço privado, que não se insere no campo da saúde porque corresponde a um *consentimento* da mulher que a sofre, culpabilizando-a pela violência e dando-lhe o caráter de destino. A qualidade conservadora identificada nos depoimentos denuncia a dificuldade da(o) profissional em problematizar a violência contra a mulher no processo de trabalho. Essa dificuldade tem sua base na identidade de gênero das(os) profissionais e define qual saber será escolhido enquanto instrumento de trabalho.

A visão de mundo das(os) depoentes é fruto do modelo biologicista, que compreende como necessidades de saúde apenas aquelas que estão no corpo físico e que podem ser medicalizadas. Neste sentido, o trabalho, que é uma categoria com potencialidade de transformação social vai mantendo o *status quo*, por não gerar empoderamento nas mulheres que buscam o serviço de saúde.

Conceber a mulher como vítima e cúmplice da violência sofrida, atribuindo-lhe responsabilidades no fenômeno reflete a ideologia hegemônica que vitimiza e culpabiliza a mulher atribuindo-lhe a responsabilidade exclusiva pela busca da superação da violência e alcance de seus direitos humanos fundamentais. Viver em situação de violência é uma construção social legitimada pelo patriarcalismo e naturalizada socialmente. Esse modo de compreender a violência de gênero é produto da socialização machista e androcêntrica, discurso que é reproduzido por homens e por mulheres para a manutenção do *status quo*.

Na manutenção do status quo, o poder corresponde a um instrumento que legitima a violência. No processo de socialização, o poder não é divisível porque se constitui através de complexa teia de correlações de forças desiguais e móveis, marcadas por estratégias (formas de fazer com que o poder se mantenha) e por relações de dominação de um lado e de resistência do outro, de modo que o indivíduo social está sob a expectativa de exercer o poder ou de sofrê-lo. Além disso, devido ao caráter de circularidade do poder, é imprescindível pessoas, homens e mulheres, para perpetuar esse mesmo poder (FOUCAULT, 1989), com fins a manter as coisas no estado em que estão.

Na manutenção do encadeamento do poder, situam-se as relações entre pessoas nas diversas esferas sociais, desde aquelas construídas no espaço doméstico, na relação entre pais e filhas(os), marido e mulher até aquelas do campo macrossocial, desenvolvidas entre o profissional de saúde e a usuária do serviço, entre patrão e empregado e entre o Estado e o cidadão (FOUCAULT, 1989).

A dificuldade da(o) profissional em compreender a violência doméstica contra mulher, como uma violência derivada das relações de poder na relação afetiva pode ser explicada pelo encadeamento que move e mantém o poder, pelo qual o próprio profissional viveu em sua trajetória de vida e continua a viver, incorporou e incorpora no dia a dia essa relação de poder como natural, pelas estratégias utilizadas dentro e fora do espaço privado.

De acordo com Freitas et al (2012), a construção desigual do poder não é fruto da sociedade moderna. Ao longo da história, as desigualdades foram produzidas, assimiladas e legitimadas originando a naturalização da violência de gênero enquanto visão de mundo. É esta visão de mundo que arrima a escolha de conceitos e a

identificação de referenciais com potencial emancipatório ou conservador para a opressão das desigualdades, repercutindo no modo como homens e mulheres concebem suas identidades de gênero.

A cadeia do poder é, segundo Foucault (1989) infinitesimal, ou seja, vem de baixo para cima na relação de superioridade do pai/mãe e submissão do filho/filha, emergindo do campo micro e alcançando o campo macrossocial mais amplo, representado pelo Estado sobre o cidadão em seus diversos setores constituintes, a exemplo da educação, da saúde e das leis que regem hegemonicamente a harmonia entre Estado e cidadão na constituição da sociedade. Nesta seara, a desigualdade de gênero é produzida e legitimada e por vezes, invisível aos que operam o Estado, entre elas(es) as(os) profissionais de saúde.

De acordo com Foucault (1989, p. 183-184), *o indivíduo é o efeito do poder e, simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu*. Assim, a relação de opressão não é escolhida por opressores e oprimidos, mas um modo de constituírem-se indivíduos sociais cujo androcentrismo delegou ao homem a manutenção do poder sobre a mulher e subjugou-a. Todavia, retomando o caráter dialético do poder enunciado por Foucault (1989), essa conjuntura é passível de ser transformada mediante a conscientização das pessoas envolvidas e o empoderamento das(os) oprimidas(os) para negar a opressão, situação que pode ser favorecida por meio de processos de trabalho subsidiados pela reflexão de gênero.

Desse modo, a violência de gênero é um fenômeno ideológico complexo, cujo indivíduo que a vivencia vai perdendo sua autonomia e a capacidade de autodeterminar-se (empowerment) para pensar, agir e sentir. Neste sentido não há relação de cumplicidade, pois quem sofre violência não possui poder igual a quem exerce a violência, não sendo portanto uma escolha, mas uma reificação da mulher. Concordamos com Chauí (1985) ao enunciar que nas situações de violência, a mulher torna-se objeto e instrumento de dominação masculina. Nesse processo, a legitimação da opressão sofrida pela mulher caminha com a história da humanidade, reproduzindo-se entre os diversos ambientes e ganhando status de natureza.

Neste aspecto, Minayo et al. (2011b) chamam a atenção para a gravidade da violência como problema de saúde coletiva ao asseverar que a violência não é uma

questão individual ou um problema privado, mas um fenômeno cíclico, no qual a experiência parental é repassada de geração a geração, fortalecendo, desse modo, o caráter de natureza e normalidade a um fenômeno sócio-histórico. Considerando que a família ainda é o *locus* onde os seres humanos se constituem como seres sociais, neste espaço a socialização dos homens e mulheres passa pela experiência de sentimentos como amor, apoio, gentileza, mas também, pela experiência da violência, do desrespeito, de modo que experiências de provisão das necessidades co-existem com frustrações (MINAYO, 2011b).

Assim, a dimensão da violência como problema individualizado tematizada nos depoimentos das(os) profissionais contribui para a compreensão das necessidades de saúde de modo fragmentado, sem relacionar com o contexto em que essas necessidades são produzidas. Comprendemos que as necessidades são experimentadas por cada indivíduo; todavia essas mesmas necessidades devem ser consideradas no processo de trabalho, vinculando-as às estruturas sociais que as determinam. Desse modo, *a satisfação das necessidades consiste em um movimento de opções individuais em um movimento determinante que é coletivo* (OLIVEIRA, 2011 p. 114).

No que tange à estrutura social, o patriarcalismo, que serve de base para a violência doméstica, constitui-se um sistema no qual o homem está no topo da hierarquia e todos os outros membros são seus subordinados. Como consequência, o chefe da casa é investido de poder (naturalizado), que lhe autoriza a prática da violência. Este sistema é a base da estrutura familiar, mas também a base do capitalismo no que tange à divisão sexual do trabalho.

Na divisão sexual do trabalho, o trabalho masculino corresponde àquele cujo valor agregado é positivo, por corresponder à esfera da produção e o trabalho feminino, especialmente o trabalho doméstico não remunerado, tem valor negativo agregado.

O discurso patriarcalista inscrito nos depoimentos tem em seu bojo as justificativas sociais para que a mulher se mantenha na situação de opressão de gênero. Dentre as concepções enunciadas pelas(os) entrevistados, a dependência financeira correspondeu a um tema defendido pelas(os) profissionais para justificar a permanência da mulher no relacionamento violento:

Elas têm medo de denunciar até por causa do sustento delas. Se ela denunciar e o rapaz for preso? Eu já vi um caso assim desse

tipo, que quando ele foi preso, ela foi pra delegacia pedir pra soltar ele, porque era ele quem bancava as coisas em casa (E7).

Ela vivia sobre pressão 24 horas porque ela dependia dele (...). Ela apanhava e ainda tinha que mostrar que era feliz (E8).

A questão financeira, do papel do homem que a sociedade coloca e elas absorvem isso (E9).

Você sabe que a maioria dessas mulheres que sofrem depende dele. Por isso que elas aguentam (E24).

[Ela] é dependente financeiramente dele, não tem onde cair morta (E18).

As concepções enunciadas pelas(os) sujeitos discursistas sobre violência de gênero no espaço doméstico estão ancoradas na lógica da sujeição patriarcal. Por essa lógica, a diferenciação sócio cultural dos sexos tem relação próxima com o capitalismo, que delimita os espaços sociais pela produção material.

À luz da sujeição patriarcal, percebe-se nos depoimentos a correlação de duas formas de opressão: a submissão da mulher ao homem por meio da hierarquia naturalizada e a dependência financeira da mulher ao provedor de base capitalista. Por depender financeiramente, a mulher se submete ao homem, de modo que tanto o patriarcado (naturalizado pela submissão cuja base é histórica) quanto o capitalismo (base material) retroalimentam o ciclo de violência no espaço doméstico.

Esse processo de submissão/sujeição tem suas raízes no modo como as identidades masculinas e femininas são construídas ao longo da vida, determinando na vida adulta, relações afetivas de dominação/submissão (SILVA; COELHO, 2011), que favorecem a violência, ao mesmo tempo que culpabilizam as mulheres e as tornam reféns da violência por não conseguirem sobressair da relação afetiva.

A independência financeira nos depoimentos representa a chave para romper amarras e sair da prisão da violência doméstica. Porém, o fenômeno da violência compreende um fenômeno democrático presente em todas as classes sociais, de modo que ter emprego remunerado não garante a prevenção da violência.

Concernente ao enfrentamento da violência de gênero é necessário compreender que enfrentar a violência requer compromisso social tanto pelas(os) gestoras(es) quanto pela sociedade civil, de modo que o enfrentamento componha

pautas na educação, gestão e saúde pública e no reconhecimento da vítima como pessoa humana (CASTRO et al., 2011) em todas as suas dimensões e em todos os seus direitos.

A visão de mundo inscrita nos depoimentos também denuncia a condição da mulher como propriedade masculina, que sendo *coisificada* pode ser destruída como qualquer outro objeto material. Foi possível também identificar nos depoimentos, a relação entre não ter trabalho remunerado e violência. Na concepção das(os) profissionais, as mulheres que não têm auto sustento financeiro estão, por escolha própria, mais expostas a situações de violência por depender financeiramente do companheiro e pela compreensão do trabalho doméstico como não-trabalho, justificado assim por não haver salário correspondente e parecer não gerar lucro. Esta concepção justifica a violência e a banaliza, visto que a exposição não é compreendida como negação de direitos humanos, mas, como escolha da vítima.

Neste contexto, a usuária do serviço tende a perder sua autodeterminação enquanto ser humano, subjugando-se ao homem e deixando de usufruir de direitos humanos fundamentais, como o direito à integridade física e mental. Por essa lógica capitalista, a base material corresponde ao pano de fundo que justifica, legitima e naturaliza a violência de gênero vivida pelas usuárias: a mulher corresponde ao objeto *comprado* pelo provimento material do homem.

A relação entre violência, patriarcado e capitalismo como comum na vida das mulheres que não trabalham formalmente pode ser sintetizada nos discursos de todos os sujeitos da pesquisa, inclusive naqueles que relataram ter vivido situações de violência de gênero. O tema coincidente refere-se à naturalização da violência sentida pelas mulheres.

Sobre esse aspecto, Saffioti (2009) explica que há uma relação simbiótica entre patriarcalismo e capitalismo, por serem sistemas potencializadores dos esquemas de dominação e exploração que constituem a base das desigualdades sociais. Para a autora, o patriarcado, bem como o racismo constituem antigas formas de legitimar a discriminação social integradas no capitalismo, resultando em formas de dominação/exploração mais intensas das mulheres tanto no espaço privado quanto no espaço público.

Outro aspecto evidenciado nos depoimentos refere-se ao reconhecimento pelas(os) participantes da importância das condições de vida na reprodução social do

patriarcado e de que modo essas condições contribuem para opressão de gênero vivida pelas mulheres, porém este saber não apresentou correspondência nas práticas profissionais.

Pereira et al. (2012) em estudo sobre aborto identificaram que a violência conjugal e a dependência financeira corresponderam às justificativas mais enunciadas para a prática insegura do aborto. Assim, no jogo de poder entre os pares, as mulheres se submetem à violências tão profundas e destrutivas que as aparências conseguem esconder.

É na dimensão essencial que a(o) profissional deve buscar compreender a teia que envolve o fenômeno da violência, criticando a visão de mundo, veiculada pelo senso comum e difundida hegemonicamente pelos contextos sociais, que considera a vivência da violência como opção e não como julgo.

Na perspectiva da ideologia patriarcal, a apresentação das diferenças como naturais constitui-se em uma necessidade, sem a qual, o uso da diferença não alcançaria a eficácia política (SAFFIOTI, 1994), ou seja, para manter o capitalismo é necessário o interdito da igualdade de gênero baseada na natureza por esta ter caráter imutável.

Neste sentido, a relação patriarcal, ainda que mitigada, incide não somente na hierarquização entre os sexos, mas na contradição de seus interesses, pois ao homem é necessária a manutenção do *status quo*, enquanto que para a mulher, a luta é da busca pela igualdade entre os sexos (SAFIOTTI, 2009). Assim, a força do patriarcado que legitima a violência não está na dimensão microssocial, individualizada do agressor, profissional ou mulher que sofre, mas e principalmente na capacidade de associar-se com outras formas de dominação, a exemplo da dominação presente na dimensão econômica e cultural, que produz a desigualdade na divisão sexual do trabalho e a cultura machista naturalizante.

A relação entre trabalho público e privado com divisão desigual do trabalho doméstico foi enunciada pelos sujeitos como fator que contribui para a exposição da mulher aos conflitos no âmbito privado:

Ela não é mais aquela que fica só em casa trabalhando... Tem que sair para trabalhar, para sustentar suas famílias, e muitas das vezes, mesmo assim, nessas condições, ela ainda sofre ameaça, sofre violência (E21).

A mulher hoje é sobrecarregada. Ela procurou tanto, ela hoje trabalha, contribui muito (...) e aí ela tem muitas obrigações e no final ela também se sente cansada e isso leva muita discussão pro lar e isso também favorece pra ela perder a paciência, pra ela enfrentar ele e sofrer violência (E14).

Nos depoimentos enunciados, é possível identificar o tom de culpabilização da mulher na busca de redefinir papéis sociais no espaço privado e público. A ocupação do espaço público foi enunciada como fatores que contribuem para a vivência da violência. Por outro lado, a dinâmica dos papéis de gênero, iniciada com a ampliação da mulher no campo do trabalho concebido como espaço exclusivo masculino, que foi reconhecida pelos profissionais, sinaliza para a compreensão da dialética das relações entre homens e mulheres que ocorre na contemporaneidade devido a força de trabalho feminina.

Neste sentido, a independência financeira compreende um aspecto fundamental na busca da autodeterminação da mulher como portadora de direitos com fins a superação da opressão de gênero. Sobre o papel da mulher enquanto provedora, Ângulo-Tuesta (1997) argumenta que a provisão financeira feminina é, ao mesmo tempo, o marco das novas possibilidades e formas de relacionamento entre os pares para reivindicar direitos e afirmar sua cidadania e uma ameaça à identidade masculina, por criar dificuldades nesta mesma relação.

Embora a constituição de famílias venha passando por várias mudanças, especialmente na sua estrutura, os valores patriarcais ainda permanecem legitimando desigualdades, especialmente na divisão sexual do trabalho doméstico, configurando uma violência simbólica que, por vezes, se transforma em violência física porque os papéis sociais esperados não são desenvolvidos a contento de acordo com a expectativa do homem ou da mulher. Sobre esse aspecto, a mulher alcançou o espaço público, ao tempo em que o homem se recusa a ocupar seu lugar no espaço doméstico.

Nos depoimentos, há o reconhecimento das mudanças do papel da mulher na economia capitalista, porém, na vida cotidiana, o mesmo não aconteceu com o homem no que tange à divisão do trabalho do espaço privado. A mulher conseguiu superar os muros do espaço privado sem, contudo delegá-lo ao homem. Este, por sua vez, recusa esse espaço por reconhecê-lo como feminino. Neste processo, a sociedade se desenvolve produzindo situações polares: de um lado a emancipação política da mulher, com acesso à educação, emprego e provisão, e de outro a violência de gênero que

acompanha a sociedade desde a antiguidade e mantém a desigualdade na base das relações entre os pares.

A identidade homens e mulheres relativas ao espaço doméstico são construídas em polos extremos, de modo a distanciar o homem do cuidado doméstico, desvalorizando aqueles que o fazem e a absorver a mulher nestes cuidados, sobrecarregando-a (FREITAS et al, 2007). É necessário enfatizar que a causa da violência doméstica não é do emprego formal remunerado desenvolvido por cerca de 48% das mulheres brasileiras, pois o trabalho doméstico também é rentável do ponto de vista da economia doméstica.

Diante desse contexto, é possível verificar duas realidades contraditórias: se a mulher é trabalhadora formal e sofre violência, a culpa lhe recai por não atender às expectativas impostas socialmente por seu papel como cuidadora, doméstica e dependente do homem. Por outro lado, nas situações em que a mulher é dependente financeira do companheiro, cuidadora dos filhos e executa o papel social de doméstica, mas sofre violência, esta violência é legitimada devido à dependência econômica recaindo sobre a mulher a culpa e a responsabilização da violência sofrida.

Assim, com base nos argumentos enunciados pelos profissionais participantes da pesquisa é possível afirmar que a ideologia patriarcal sustenta a dominação independentemente da escala econômica, de modo que pertencer ao espaço público, por meio do trabalho remunerado, ou ao espaço privado exclusivamente não é fator protetor da violência, pois sua base não é econômica mas de desigualdade baseada no gênero. Assim,

De uma maneira ou de outra cada uma de nós mulheres, enfrenta muitos problemas ao longo de nossas vidas. Alguns são problemas pessoais, outros são problemas que embora sejam vividos individualmente são na verdade problemas coletivos, problemas vividos por muitas pessoas. Grande parte dos problemas coletivos vividos pelas mulheres é resultado da injustiça, da desigualdade social, das relações de dominação, das relações de exploração e, muito importante no caso de nós mulheres, da opressão. (CAMURÇA, 2008 p. 3)

A visão de mundo relacionada à explicação hegemônica sobre a naturalização essencial do feminino e do masculino para justificar a opressão sofrida pelas usuárias constitui uma espécie de ideologia que subverte a compreensão da realidade essencial

do ser humano e interdita a igualdade no âmbito da diversidade. A esse discurso opõe-se o que afirma que a humanidade do ser humano é construída nas relações sociais (CHAUI, 1985). Essa última compreensão pressupõe que os fenômenos sociais sejam produtos da ação humana e possam ser por ela transformados.

Nesse sentido, considerando que a violência é um fenômeno produzido socialmente e as práticas de saúde correspondem a práticas sociais, o trabalho em saúde pode contribuir por meio de ações coletivas que contemplem a garantia de direitos humanos como finalidade do processo de trabalho. Para tanto, a crítica às concepções de gênero veiculadas por meio da cultura e do modo de socialização devem corresponder a um dos saberes que subsidiam o trabalho.

No tocante às explicações sobre as causas da violência doméstica contra mulher, a cultura machista naturalizada socialmente correspondeu a um dos temas mais defendido pelos profissionais:

Isso [a violência] é uma coisa social. Tem a questão da educação também, mas é mesmo social... antiga(...) A questão cultural que o homem acha que ser macho é estar acima da mulher e ele acha que mostra a ela o quanto ele é macho agredindo (E16).

Muitos homens usam da questão do preconceito contra mulher, então muitos homens usam isso pra justificar! A gente vê aqui (E21).

O homem colocou na cabeça que é só o homem e a mulher fica submissa (...) ele acha que deve fazer o que quer com a companheira, com a filha (E19).

Muitos homens ainda acreditam que ela deve ser submissa a ele em todos os sentidos (E7).

Nos depoimentos ora apresentados, as concepções sobre os papéis sociais masculinos e femininos delimitados pelo sexo constituem o caldo de cultura onde opera a violência. Na concepção das(os) profissionais da Estratégia Saúde da Família do nosso município, a violência se configura como um problema social complexo e multidimensional cujos papéis sociais são definidos prioritariamente pela história da socialização dos homens e mulheres, pela educação e pela cultura.

Por meio dos argumentos enunciados, a violência se configura como um problema de raízes inalcançáveis, cuja relação baseada no sexo biológico referencia o

homem como *proprietário* da mulher e conseqüentemente a mulher *objeto* disponível a qualquer hora e para qualquer sentido do homem.

Contrariando a compreensão de que cada indivíduo é membro da sociedade e contribui para sua construção social, a visão de mundo veiculada nos depoimentos aponta para a violência de gênero como um problema distante, construído pelo outro. Essa concepção é fruto do reconhecimento da violência como produto da realidade, cujo conteúdo ideológico de desigualdade está dado sem possibilidade de transformá-lo.

O caráter hegemônico veiculado nos discursos tanto dos profissionais do sexo masculino quanto profissionais do sexo feminino enunciam que a reprodução da desigualdade de gênero é veiculada independentemente do sexo e da categoria profissional.

As relações de poder e, portanto, as desigualdades as quais estão inscritas nos corpos masculinos e femininos são concebidas pelo processo de socialização das pessoas como naturais, de modo que o capital cultural no qual a identidade subjaz define, no campo social, quem será dominante e dominado (BOURDIEU, 2002). Apropriados dessa visão de mundo, os profissionais ancorados no capital cultural incorporam e reproduzem a concepção de que a mulher é menos capaz, necessitando de proteção do homem.

Por outro lado, o discurso hegemônico, sem distinção do sexo dos participantes, enuncia também que os modelos de gênero se constroem a partir da perspectiva relacional, de modo que o que se apresenta como masculino só tem sentido a partir do feminino, fazendo com que as identidades se firmem à *medida que ocorram aproximações e afastamentos em relação ao padrão que concentra maior poder na cultura* (GOMES, 2008 p. 237). Com efeito, os referenciais de desigualdade de gênero também se reproduzem pelas mulheres ao conceberem a ordem social androcêntrica e patriarcal como a ordem naturalmente aceitável.

A eleição do machismo cultural para justificar a violência contribui para a manutenção da opressão de gênero porque remete ao caráter de impotência do profissional para eleger ações de enfrentamento à violência frente a extensa dimensão da cultura. Essa compreensão é compreensível à luz da naturalização.

Porém, é necessário ponderar a relação entre violência e masculinidade – ponderar não implica negar que a maioria das situações de violência sofrida pelas mulheres seja perpetrada pelos homens-. O que se pretende é levar em conta que os homens não podem ficar à parte do processo de enfrentamento à violência, pois na mesma medida que são algozes, são também vítimas de violência de outros homens, do Estado e da própria sociedade que os comporta (NASCIMENTO et al., 2009).

Concordamos com Nascimento et al. (2009), ao enunciar que

Caminhando na direção do enfrentamento de tal problema [da violência social e nela da violência contra mulher], alguns princípios podem ser esboçados; o primeiro deles se relaciona à necessidade de envolver os homens jovens como protagonistas da construção de um olhar a partir de outros horizontes; o segundo se traduz pela reconstrução de novos sentidos para que os jovens possam trilhar novos caminhos que desnaturalizem a violência como pertença do masculino, construindo a possibilidade de ser homem numa perspectiva do cuidar de si e dos outros, tornando a vida e as relações mais saudáveis e com menos riscos (NASCIMENTO et al., 2009 p. 1156).

Nesse caminho e relativo a esta pesquisa, a superação da concepção naturalista é requisito para avançar na potencialidade que a prática profissional em saúde corresponde enquanto práxis, por esta se constituir uma unidade dialética entre a teoria e a prática.

A reflexão sobre a práxis, enquanto atividade concreta pela qual os sujeitos transformam a si próprios e a realidade a qual pertencem, não compreende uma ação mecânica e automática, dissociada da dimensão social do sujeito que a exerce. Ao contrário, a práxis é produto de condicionantes históricos e sociais que possibilitam a manutenção ou a transformação da consciência a fim de transformar as condições existentes, a exemplo dos condicionantes que produzem opressão contra as mulheres. Portanto, o olhar sobre a práxis contribui para o autoquestionamento da teoria que a subsidia, por ser esta que remete à ação e ao desafio de verificar na prática os acertos e desacertos (KONDER, 1992), bem como sua superação para alcançar uma prática ancorada nos determinantes sociais presentes no processo de adoecimento e promoção da saúde, extrapolando o modelo biomédico que prioriza a doença como a causa do sofrimento.

A identidade de gênero dos profissionais, socialmente produzidas pela historicidade e pela cultura e apreendidas pelo senso comum como naturais,

corresponde a uma das dimensões da práxis, responsável pela naturalização da violência contribuindo para a visibilidade parcial da realidade de sofrimento das mulheres, visto que as relações de poder entre mulheres e homens presentes nas tramas da violência doméstica reafirmam estereótipos de gênero que desqualificam as primeiras, lhes atribuindo qualidade de sexo frágil e empoderando o homem ao elegê-lo como forte e líder da relação.

Corroborando com esse pensamento, Minayo (2009) chama a atenção para a superação da concepção da violência como um fenômeno do *Outro*. Com base no pensamento da autora, todos somos autores e vítimas de violência, pois este fenômeno é mediado pela construção coletiva de normas, valores, crenças, de modo que a violência e seu oposto, a não-violência, é uma construção social e pessoal:

Do ponto de vista social, o antídoto da violência é a capacidade que a sociedade tem de incluir, ampliar e universalizar os direitos e os deveres de cidadania. No que tange ao âmbito pessoal, a não-violência pressupõe o reconhecimento da humanidade e da cidadania do outro, o desenvolvimento de valores de paz, de solidariedade, de convivência, de tolerância, de capacidade de negociação e de solução de conflitos pela discussão e pelo diálogo (MINAYO, 2009 p. 24).

Desse modo, é necessário um esforço para articular toda a complexidade de fatores que envolve a dinâmica da violência, bem como é necessário, para a produção do cuidado integral à mulher em situação de violência, compreender o papel das desigualdades – entre elas as desigualdades de gênero – na produção de doenças, morbidades e mortalidades. Nesse processo é imperativo questionar quais estados, processos, eventos contribuem para o adoecimento antes mesmo de determinar a ocorrência, a forma e a atuação dos determinantes sociais que produzem doença (ALMEIDA-FILHO, 2010). Dito de outra forma é necessário compreender o processo no qual a violência se constitui, desde o plano micro até o plano de macropoderes, antes de enunciar a pobreza, a educação e o desemprego como causas da violência.

De acordo com Meneghel et al. (2011), os serviços de saúde correspondem a um dos serviços contatados pelas mulheres para superar a violência, ao decidirem rompê-la. A análise dos depoimentos alerta para a importância dos profissionais subsidiarem suas práticas em referenciais de gênero, com fins a não vitimizar a mulher que, após superar suas próprias lutas internas, decida romper com o ciclo da violência. Naturalizar a violência pode desencorajar a mulher em seguir o caminho do empoderamento.

No processo de desnaturalização da desigualdade a Estratégia Saúde da Família corresponde a um campo fértil para a construção de condições para mulheres problematizarem a realidade e a situação de violência vivida e as bases que determinam socioculturalmente a identidade de gênero dos seres sociais.

Neste sentido, Meyer (2003, p. 16-17) reflete sobre a importância da abordagem de gênero para refletir a realidade social. Segundo a autora,

gênero aponta para a noção de que, ao longo da vida, através das mais diversas instituições e práticas sociais, nos constituímos como homens e mulheres, num processo que não é linear, progressivo ou harmônico e que também nunca está finalizado ou completo. (...) como nascemos e vivemos em tempos, lugares e circunstâncias específicos, existem muitas e conflitantes formas de definir e viver a feminilidade e a masculinidade. (MEYER, 2003, p.16-17).

Portanto, a cultura corresponde a um meio onde a identidade de gênero se constitui, na qual o ser homem e o ser mulher são legitimados por meio das formas de expressão desta mesma cultura. Assim, a concepção que naturaliza a opressão das mulheres presente no discurso dos profissionais corresponde à concepção ideológica hegemônica de base patriarcal, da qual o profissional é produto por ser membro social. Ou seja, não se trata de condenar os profissionais por conceber a violência como natural, mas de utilizar essa concepção e criticá-la, à luz do enfoque de gênero, com fins a construir outro saber, com potencialidade de produzir processos de trabalho cujo objeto seja a opressão de gênero e não apenas a lesão física decorrente da violência.

Para tanto, é necessário conhecer a dinâmica familiar e social na qual a mulher está envolta, de modo que a rede de relacionamentos identificada pelos profissionais seja incluída em ações de enfrentamento à violência, haja vista que o sistema patriarcal que estruturou e organizou a dinâmica das relações de gênero também organizou os instrumentos de dominação que atuam por meio dos costumes, das formas de organização na vida privada (família) e social (comunidade) (CAMURÇA, 2008).

Nesse caminho, entre os elementos que favorecem/dificultam a superação da violência de gênero, a família e a rede de amigos constituem redes de apoio determinantes para melhorar a autoestima das mulheres e contribuir para libertarem-se da violência. Nesta pesquisa, a ausência das redes microsociais foi enunciada como obstáculos para a superação da opressão de gênero:

Eu acho que tem muitas por não ter condição nenhuma mesmo, não ter suporte de ninguém. Não ter ninguém, não ter para onde correr, não tem uma família que dê um suporte, não tem ninguém. Daí fazer o quê? Tem que ficar com ele (E8).

[Ela] não tem mais mãe, não tem mais pai. Não tem mais para onde voltar. Alguém que abrigue ela de volta. É uma coisa difícil... (E11).

Elas não procuram por medo, porque eles falam se for procurar alguma ajuda, vai matar ela, alguém da família dela, os filhos. Eu acho que isso leva as pessoas que sofrem violência a não procurar algum ambiente de ajuda (E17).

O reconhecimento da falta de apoio pelos profissionais corresponde à compreensão de que a violência abarca amplamente a mulher e as pessoas que estão em seu entorno, não dependendo exclusivamente da mulher vítima para sair do ciclo da violência.

De acordo com Gomes (2008), embora tenham ocorrido várias mudanças na estrutura social, a mentalidade patriarcal ainda influencia nas circunstâncias em que a violência ocorre. Esta influência, segundo o autor, depende da situação e do contexto em que ocorrem as relações entre homens e mulheres, isto é, se o contexto familiar corresponder ao apoio, a mulher tem mais estímulo para decidir romper o ciclo da violência. Nos depoimentos dos profissionais investigados, a ausência de apoio é correspondente a um obstáculo para superar a situação de violência.

Sobre a importância da rede de apoio, Gomes (2008) chama a atenção para a vulnerabilidade que circunda a violência doméstica. Para o autor,

a violência contra a mulher é mais frequente em situações em que a mulher se sente mais fragilizada. Isso pode ocorrer quando ela se encontra economicamente ou psicologicamente em desvantagem em relação ao homem e quando não possui uma rede de apoio (GOMES, 2008. p.1)

Desse modo, é possível identificar nos depoimentos a apreensão pelos profissionais das estruturas sociais que formam a tessitura da violência. A família, os parentes e amigos(os) podem constituir uma rede preliminar de apoio à mulher que, ao ser associada ao trabalho em saúde com foco na emancipação da opressão, constituirá uma estratégia potencial para superar a opressão.

Entretanto, esta rede informal pode também, opondo-se à perspectiva de gênero, legitimar a violência contrariando a mulher na sua decisão de romper com a violência. Cabe a/ao profissional, no seu exercício diário reconhecer os componentes desta rede informal que tem potencialidade para contribuir para a superação da opressão de gênero, antes mesmo que a mulher solicite sua ajuda.

Nos depoimentos em análise, o reconhecimento das condições sociais enunciadas não é selecionado como fundamento para o recorte do objeto e seleção de instrumentos que subsidiem práticas profissionais potentes para superar a centralização de ações baseada no biológico e na fragmentação da atenção à saúde das mulheres em situação de violência. De acordo com Meneghel et al. (2011), embora profissionais de saúde reconheçam a violência e conheçam a política de enfrentamento, suas práticas ainda tem limitações na perspectiva biomédica, sem alcance da atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência doméstica e sexual.

Assim, no campo da saúde a compreensão da violência como uma questão de saúde pública perpassa buscar estratégias para lidar com as situações no campo micro e macro político, considerando que a cultura contribui na forma de agir, pensar, valorar ações do cotidiano, de modo que o pessoal também é político. De acordo com Silva e Coelho (2011) é necessário reconhecer que as questões de gênero são determinantes de maior vulnerabilidade da mulher.

Neste sentido, para o enfrentamento da violência não basta apenas ações individuais, de cunho assistencialista, mas a construção de redes de apoio, com ações coletivas que sensibilizem e motivem a reflexão sobre a desnaturalização da opressão de gênero. É urgente que cada indivíduo exercite a autorreflexão do seu papel na rede de apoio à mulher em situação de violência e como esta rede pode contribuir para a transformação do *status quo*.

A ausência de uma rede consistente que apoie a mulher na sua decisão de autodeterminar-se pode, inclusive, por em risco a própria vida da mulher que sofre com a violência, bem como a vida das(os) filhas(os) e familiares (Brasil, 2005). Pesquisa realizada pela OMS (2005) identificou que mulheres que vivenciam violência podem experimentá-la por vários anos em silêncio, sem acionar outros atores sociais que lhe ajudem, ainda que estes atores estejam disponíveis nos serviços ou na rede social na qual ela está inserida (OMS, 2005). Entre as razões para o longo período de silêncio

está a concepção da normalidade da violência, o medo dos episódios tornarem-se mais agudos e graves, a dificuldade de expor para o profissional um problema que na concepção da mulher que sofre é de âmbito privado.

Considerando a complexidade que envolve a violência doméstica, o processo de trabalho na atenção à mulher centrado na concepção ampliada de saúde, entendida como *estado de completo bem estar físico, mental e social e não somente ausência de enfermidades* (OMS, 1978), predispõe a compreensão da violência como negação de direitos humanos fundamentais, pressupõe o recorte de um novo objeto e a escolha de novos instrumentos adequados a sua finalidade, bem como novos referenciais teóricos baseados na concepção de gênero que alimentem e sejam alimentados pela prática profissional com vistas a superação do modelo de assistência tradicional, cuja base é a cura física das lesões.

4.2 O processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência: limites e perspectivas de transformação

A violência doméstica contra a mulher indica as profundas desigualdades entre os sexos e as condições sociais desfavoráveis das mulheres ao longo da história. Por impactar a saúde física e mental das mulheres, a violência contra a mulher é reconhecida como uma questão de saúde pública, sendo um tema inserido na agenda da política de saúde das mulheres. A efetivação da política se realiza por meio de processos de trabalho com potencialidade ou fragilidade para contribuir na transformação da opressão de gênero.

Todavia, o reconhecimento da violência como necessidade macrossocial demanda também retirar a mulher da condição de vítima e contribuir para seu empowerment (autodeterminação) por meio de condições oferecidas pelo Estado e pela sociedade que o compõe, bem como pela autodeterminação da mulher em ser sujeito da própria vida, com fins a transformar a situação de opressão de gênero e promover qualidade de vida ao se constituir como agente de direitos humanos.

Assim, o uso do termo *situação de violência* ao invés de *vítima*, ao discutir ações de saúde peculiares à mulher em situação de violência, propositalmente incluído

nesta análise, encontra respaldo nos argumentos de Mirin (2005) ao arguir que *estar em situação* oferece à mulher que sofre violência a possibilidade de mudança porque a remete a ser sujeito da relação, pois o lugar acessado é de passagem, portanto dinâmico e dialético. Contrário a este termo, a qualidade de vítima *pode ser paralisante e reforça a representação da mulher como passiva e dependente* (MIRIN, 2005). Além do termo vítima também negamos o termo cúmplice pelas razões já discutidas anteriormente.

Atinente ao processo de trabalho em saúde desenvolvido na Estratégia Saúde da Família (ESF), as práticas em saúde - meios e modos como o trabalho se efetiva - correspondem a práticas sociais, de modo que as recomendações da(o) profissional e o seu vínculo com a usuária ultrapassam a receita ou a ação curativa no corpo, pois se lança para fora do serviço de saúde, na maneira como a usuária se relaciona com os problemas sociais que a fazem adoecer.

Esse reflexo se concretiza na eleição de necessidades a serem atendidas pelos processos de trabalho, que podem se traduzir em assistência imediata de alcance individual por meio de exames, uso de medicamentos ou atenção mais ampla ao produzir a reflexão sobre mudanças de valores, hábitos de vida, desnaturalização de questões sociais, promoção de direitos humanos que tem alcance coletivo mas que, em última instância, também se refletem no plano individual.

Neste sentido, as ações, instrumentos e técnicas que conformam as práticas em saúde na ESF não se situam para fora da dimensão social, política, econômica, cultural e ética das sociedades, ao contrário, as práticas em saúde são o social no campo da saúde (PEDUZZI, 2007).

Baseado nesta reflexão, as práticas em saúde englobam a complexidade da dinâmica social, por suas articulações necessárias com as políticas públicas, tanto para sua organização interna como processos de trabalho institucionalizados - que necessitam buscar outros saberes, compartimentados e fragmentados nas diversas especialidades e ciências que intersectam com a saúde - quanto em relação a seus aspectos externos, na qualidade de mediadoras das políticas sociais que precisam oferecer respostas aos diferentes interesses político-ideológicos dos grupos sociais de uma determinada conjuntura sócio histórica.

A compreensão da violência doméstica contra mulher como um problema também do campo da saúde necessita articular saberes do campo da sociologia,

antropologia e do direito com fins a promover a atenção integral à saúde da mulher em situação de violência por meio de processos de trabalho desenvolvidos na ESF, por ser este cenário a porta de entrada do SUS e o *locus* prioritário de promoção da saúde e prevenção de doenças. Em outras palavras, é necessário superar o paradigma da saúde pública tradicional que tem o corpo como centro da assistência.

Para esta superação, dentre os instrumentos que se adequam ao recorte do objeto de trabalho *enfrentamento à violência doméstica contra mulher*, encontram-se o saber baseado na medicina tradicional, que se manifesta na cura do corpo violentado, bem como – e tão importante quanto – os saberes da psicologia, do direito, da sociologia, da antropologia e do senso comum de modo que o uso conjunto desses saberes alcançam a multidimensionalidade necessária à abordagem da violência como fenômeno construído socialmente.

Peculiarmente à interdisciplinaridade na saúde pública, Gomes e Deslandes (1994) recorrendo a diversos autores, compilam que o processo saúde-doença se traduz pela inter-relação de diversos aspectos da ordem clínica e sociológica, de modo que para se compreender este processo, invariavelmente, se faz necessário o conhecimento de informações que estão fora do corpo, como valores, crenças, ambiente, cultura e o modo de socializar-se (GOMES e DESLANDES, 1994), bem como a compreensão do trabalho do *outro* profissional membro da equipe de saúde.

A inter-relação de saberes dos diversos profissionais da saúde e de outras áreas contribui para o desenvolvimento de processos de trabalhos com potencial para contribuir com a superação da opressão de gênero.

Os elementos que constituem o processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência presentes nos depoimentos permitiram a compreensão da concepção do profissional sobre a violência doméstica contra mulher na perspectiva biocêntrica do cuidado e a produção de três sub-categorias empíricas que serão abordadas na sequência a seguir.

4.2.1 O objeto de trabalho no enfoque curativista da medicina tradicional

Os depoimentos das(os) participantes da pesquisa demonstram que o objeto do trabalho na ESF mantém o recorte na doença, de modo que o risco a integridade física é o modo visível da violência sofrida pelas usuárias do serviço de saúde:

A gente escuta muitas coisas, mas morte não! (...) sobre violência, eu não vejo muito não!(E1).

Chega com um olho roxo... Um machucado. Apanham e não querem ajuda... não falam nada. Entendeu como é? (E25).

O pessoal fala muito de discussões, mas de agressão mesmo, física não. (...) falam que discutiu com o marido, mas tapas, coisas assim, não! O que não deixa de ser uma agressão, mas é menos (E2).

No dia a dia a gente sempre ouve a assistente social pincelar os assuntos (...) Eu nunca parei para trabalhar junto, por que a gente sempre tá cheia de coisas (E9).

Já aconteceu de chegar aqui com o dente quebrado, que o marido tinha dado um soco. (...) a gente ajeitou o dente dela e pronto... Foi com dente novinho pra casa, feliz da vida (risos) (...) A gente ajeita os dentes e eles [assistente social e apoiadores] tomam as providências (E10).

A gente olha mais para o rosto, a face, os dentes. Nessa região das vias aéreas superiores, pescoço e cabeça. Daí quando vejo alguma coisa diferente eu puxo conversa, questiono e a deixo a vontade (E14).

A visão de mundo veiculada nos depoimentos apresenta a concepção do objeto do trabalho na doença, de modo que a violência é interpretada enquanto necessidade apenas quando impressa no corpo, por meio das lesões. As outras formas de violência, a exemplo da violência psicológica e moral são reconhecidas como produtoras de necessidade sem, contudo, modificar o objeto do processo de trabalho que permanece focado na recuperação imediata por meio da cura corporal.

A dificuldade dos profissionais em recortar o enfrentamento da violência como objeto decorre da especificidade da violência, devido ao seu reconhecimento como fenômeno cotidiano, típico da normalidade social na qual a mulher está inserida. Esta *normalidade* é imbuída de conteúdo ideológico, cujos valores sociais naturalizados que a envolvem contribuem para sua perpetuação e banalização de modo que o processo de trabalho se desenvolve para reparar danos físicos (restauração

dentária) e na falta da articulação entre violência e processo de trabalho em saúde, pois o primeiro não corresponde a um objeto do segundo.

Nos depoimentos, os profissionais de saúde recorreram apenas aos saberes de base biológica para delimitar as prioridades a serem atendidas por seus processos de trabalho. Além dos instrumentos e dos saberes técnicos para reparar o dano físico, os profissionais lançam mão da escuta sobre os episódios de violência, porém não utilizam esta escuta para promover empoderamento das mulheres.

Por meio da ideologia androcêntrica, cujo discurso dos sujeitos a recorrem para eleger o dano físico como objeto, a violência passa de normal a banal, sendo concebida como parte integrante do relacionamento afetivo (FRANZOI et al., 2011). Por meio desta concepção, o trabalho na ESF vai se configurando sem potencialidade para contribuir para a autodeterminação da mulher e rompimento do ciclo da violência.

Outrossim, o recorte da violência como fenômeno que gera necessidades devido seu caráter endêmico - a violência está presente em todas as classes sociais e culturas - remete ao comprometimento dos direitos humanos fundamentais das usuárias que vivenciam este fenômeno no cotidiano da vida. No espaço doméstico, o fenômeno assume peculiaridades, pois ocorre em um ambiente que deveria ser permeado por segurança e afetividade, comprometendo a saúde física e mental de quem a sofre direta ou indiretamente.

Outro aspecto presente na visão de mundo enunciada pelos depoimentos dos sujeitos pesquisados corresponde à banalização de atos que, por vezes, se quer são concebidos como violentos, como por exemplo xingamentos, gritos, discussões, empurrões. Todavia, são os pequenos atos do dia a dia que constituem a violência simbólica, traduzida por *atos* do cotidiano que são aceitos, incorporados e reproduzidos pelos pares sem que se perceba sua existência (BOURDIEU, 1999). São esses atos que comprometem a saúde mental de mulheres em situação de violência.

No que se refere à violência contra a mulher, perpetrada por seus parceiros, elas são afetadas em seu desenvolvimento pessoal e intelectual. A violência intrafamiliar destrói o espaço que sempre foi considerado o mais seguro na sociedade, composto por membros ligados entre si pelo amor, respeito e proteção (CONCHA-EASTMAN; MALO, 2006).

Porém não são só aqueles que estão no contexto da vivência violenta que não concebem a violência simbólica como ato violento, os profissionais mediante referenciais de gênero também contribuem para a invisibilidade dessa modalidade de violência, como é possível identificar no depoimento de E2 ao enunciar *discussão* como *não-violência*. A violência simbólica é produto da sutileza da dominação e da exclusão, cuja reprodução é garantida individual e coletivamente nos grupos e instituições, entre elas as instituições de saúde. A dominação na violência simbólica é sustentada, por um lado, pela não aceitação de regras e sanções e, por outro pela incapacidade de conhecimento de regras e direitos (GOMES, 2011).

Por outro lado, quanto mais silenciosa a violência, mais difícil de ser apropriada pelos profissionais como produtora de necessidades. Schraiber et al. (2009) identificaram que mulheres vítimas de violência doméstica são invisíveis ao serviço de saúde ou as morbidades desenvolvidas decorrentes da violência não são relacionadas com o fenômeno.

Como resultado desta ‘invisibilidade’, mulheres que sofrem violência passam longo período de tempo em processo de adoecimento sem verbalizar seu sofrimento. Por não verbalizar a violência sofrida, a equipe de saúde não encontra na violência um problema que gera necessidade. Não gerando necessidade, o enfrentamento da violência não é contemplado como objeto do processo de trabalho na ESF, constituindo uma cascata que se concretiza no atendimento parcial de necessidades. O não reconhecimento da violência como sério problema de saúde que carece de instrumentos específicos para seu enfrentamento pode ser captada no depoimento a seguir:

A gente aqui anota o nome, aí vai atender. Assim, o tempo é pouco. Pra gente, elas já vem direcionadas pra o serviço odontológico, quando elas vem já não conversam... (E14).

O predomínio do trabalho repetido, cuja burocracia tem maior valor que o atendimento de necessidades enunciado no depoimento aponta para um processo de trabalho em saúde regido pela lógica capitalista, na qual a saúde é uma mercadoria produzida em série, cujo tempo demandado em cada atendimento precisa ser breve para que o volume de atendimentos seja maior, com fins a alcançar metas. A saúde, baseada neste raciocínio, corresponde a uma mercadoria e não a um direito humano.

No tocante à lógica produtiva que rege os processos de trabalho, Antunes (2011) chama a atenção para a depauperização da força de trabalho, por meio da lógica da produção. Para o autor em tela, o trabalho, que deveria ser o meio pelo qual o trabalhador se realiza enquanto ser social, se converte em meio de submissão, de modo que *a força de trabalho torna-se, como tudo, uma mercadoria, cuja finalidade vem a ser a produção de mercadorias (p.145).*

Nesse processo, o trabalhador executa a ação de saúde sem avaliar o contexto em que a mulher está inserida e sente-se cumpridor de sua atividade por que realizou a ação prevista *a priori*. Isto é, ao se defrontar com uma lesão oral, o trabalhador processa sua ação na restauração do corpo e acredita que apenas esta restauração corresponde a sua finalidade nesta prática de saúde. Contrário a essa perspectiva é necessário compreender que o trabalho em saúde, especialmente o processo de trabalho na atenção às mulheres em situação de violência, possui características próprias que o diferenciam em relação aos outros trabalhos.

Uma das características é a interação subjetiva imediata entre o trabalhador (profissional) e o objeto (opressão de gênero vivida pela usuária), pois sendo o objeto relativo ao ser humano, este reconhece o problema como de saúde e busca o serviço para repará-lo por meio da assistência (MENDES-GONÇALVES, 1992). Esta interação imediata entre sujeito e objeto de naturezas iguais – são seres humanos e se reconhecem como tal - diferencia o trabalho em saúde da ideia geral de trabalho, pois para a transformação do objeto não é necessária a força, mas a capacidade intelectual do profissional em fomentar a transformação da opressão de gênero sofridas pelas usuárias, bem como refletir sobre a opressão por ele próprio vivida.

Também é possível identificar o predomínio das tecnologias duras (representado pela máquina) e leve-duras (representada pelo saber normatizado) no fazer profissional na assistência à mulher em situação de violência, em detrimento das tecnologias leves (representada pelas relações interpessoais), como a escuta qualificada e o acolhimento. O predomínio do uso de tecnologias duras e leve-duras sinaliza para a amplitude do problema da abordagem da violência pelo campo da saúde, cuja finalidade transversa ao processo de trabalho é simplificada à efetivação de protocolos e rotinas previstas nos documentos oficiais da saúde sem, com isso, garantir a atenção às necessidades da mulher em situação de violência.

É necessário resgatar que a Estratégia Saúde da Família (ESF) – concebida assim pela Portaria GM 648/2006, que trata da Política Nacional de Atenção Básica, em substituição ao Programa Saúde da Família – se consolidou como estratégia - e não mais como programa! - mediante a necessidade de transformar o modelo de atenção à saúde com fins a concretizar os princípios do SUS. O processo de trabalho desenvolvido neste cenário é considerado a principal forma de reorientação da organização do modelo assistencial, cujas usuárias sejam compreendidas em sua totalidade e cujos processos de trabalho assegurem a atenção integral à saúde.

Mediante essa reflexão e com base nos depoimentos dos sujeitos, a assistência à saúde na atenção básica mantém-se desatualizada das intenções políticas que a subsidiam. Em adição, o ato de verbalizar a violência sofrida carece da mulher se sentir acolhida pelo profissional, que deve estar aberto a escutar suas expectativas na busca de serem atendidas suas necessidades, bem como do próprio profissional compreender a complexidade da violência doméstica, especialmente a compreensão da dificuldade da usuária em expor seu problema, por ser concebido como de foro íntimo.

A reparação imediata do corpo remete ao caráter curativista da saúde pública tradicional, cujo corpo é o *locus* da ação profissional. As concepções dos profissionais sobre violência doméstica contra mulher apresentam conteúdos, proposições e argumentos do modelo tradicional de atenção à saúde da mulher, que a perspectiva emancipatória pretende superar.

Neste sentido, o trabalho, que é uma categoria com potencialidade de transformação social vai se configurando como manutenção do *status quo*, por não gerar autodeterminação nas mulheres que buscam os serviços de saúde para atenderem suas necessidades.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), as necessidades de saúde são fruto da construção histórica, não sendo naturais tampouco iguais, de modo que, na construção do processo de trabalho, o que é compreendido como necessidade de saúde nem sempre é necessidade da usuária, pois a eleição do objeto, ou seja, aquilo que será transformado pelo trabalho - neste estudo o enfrentamento da violência doméstica-, depende dos instrumentos de trabalho que serão eleitos para transformar a situação de opressão em autodeterminação. Entre os instrumentos eleitos, está o saber que, por sua

vez, é recoberto de valores e referenciais de gênero que foram construídos historicamente e apreendidos pelos sujeitos.

No que tange à compreensão do enfrentamento da violência como uma demanda também do campo da saúde, essa compreensão perpassa a transformação do modelo hegemônico do cuidado centrado na cura e no imediatismo dos resultados das ações de saúde para um modelo cujo acolhimento, vínculo e responsabilização sejam algumas das suas diretrizes. De acordo com Franco e Merhy (2003) essa transformação passa pela construção de uma nova subjetividade entre os trabalhadores para formar uma nova consciência sanitária que seja transversal ao saber técnico utilizado na produção da saúde.

A transformação do modelo de atenção à saúde carece da reflexão do trabalho em equipe na ESF. Para as autoras em questão, a transformação do modo de fazer saúde só será possível quando a prática cotidiana estiver *redirecionada ao atendimento das necessidades de saúde, buscando a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado* (CARVALHO et al., 2006, p. 231).

Assim, é necessário um redirecionamento da atenção à saúde com fins a integralidade da atenção. O que significa, na visão de Oliveira (2011) em reorganizar práticas de saúde na ESF considerando as necessidades em saúde da população, incluídas as mulheres, como necessidades de reprodução social.

Relativo à eleição da violência como fenômeno que gera necessidades é pertinente discorrer que as diversas formas de violência não ocorrem isoladamente, portanto não se pode associar violência apenas à integridade física, especialmente quando se trata da violência doméstica, pois os limites entre a quebra de integridade e a obrigação de suportar a sujeição masculina como destino de gênero são muito tênues. Saffioti (1999) explica que

cada mulher colocará o limite em um ponto distinto do continuum entre agressão e direito dos homens sobre as mulheres (...) a mera existência desta tenuidade representa violência. Com efeito, paira sobre a cabeça de todas as mulheres a ameaça de agressões masculinas, funcionando isto como mecanismo de sujeição aos homens, inscrito nas relações de gênero. Embora se trate de mecanismo de ordem social, cada mulher o interpretará singularmente. Isto posto, a ruptura de integridades como critério de avaliação de um ato como violento situa-se no terreno da

individualidade. Isto equivale a dizer que a violência, entendida desta forma, não encontra lugar ontológico (SAFFIOTI, 1999 p. 84).

Ou seja, restringir a violência ao corpo impede de entendê-la nas interfaces que o corpo faz com outras dimensões do social. Neste sentido, ultrapassar a dimensão corpórea da mulher que sofre violência é *aproximar-se do conceito de direitos humanos, entendendo-se por violência todo agenciamento capaz de violá-los* (SAFFIOTI, 1999 p. 84).

Mais do que atenção à saúde, a violência como negação de direitos remete à concepção de democracia, cidadania e desenvolvimento social. Concordamos com Moraes e Sorj (2009) ao defenderem que é impossível pensar nesses conceitos necessários ao seguimento da vida social, sem ter como referência as mulheres como um novo sujeito social que se constitui e gênero como uma forma de dominação.

Mediante esses argumentos, o objeto do processo de trabalho dos sujeitos da pesquisa, apresenta-se ainda limitado pelo seu recorte baseado na história natural da doença, o que dificulta o alcance da saúde integral da mulher e de seus direitos humanos, pois não considera a complexidade que envolve o fenômeno da violência para além de ações individualizadas. Ao contrário, por ser um fenômeno embebido de poder arraigado na história social, as práticas profissionais devem estar baseadas na concepção de violência como negação de direitos humanos das mulheres.

Embora não haja consenso sobre o conceito de violência, considerando-se a complexidade e as particularidades envolvidas nesse fenômeno, não é possível restringi-la ao dano físico. Mais que dano físico, a violência é um fenômeno biopsicossocial, complexo, dinâmico, democrático, presente em todas as classes sociais, criado, desenvolvido e mantido em e pela sociedade (MINAYO, 2003; BOURDIEU, 2002).

A Convenção de Belém do Pará, em 1994, conceitua violência como *qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada*, reconhecendo a violência contra a mulher como uma violação aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, que limita total ou parcialmente a observância, gozo e

exercício de tais direitos e liberdades (AGENDE, 2004 p. 18), devendo ser reprimida por todos os operadores públicos, entre eles os operadores da saúde.

Entretanto, o enfrentamento da violência não implica na luta física entre profissional e agressor, mas a execução de ações políticas articuladas que considerem a complexidade da violência para além do dano físico, reconhecendo todas as suas formas de expressão (BRASIL, 2011), desde aquelas que acontecem nas sutilezas da relação patriarcal à que põe em risco a vida da vítima.

O que se busca com o enfrentamento da violência como questão de direitos humanos é, no plano microssocial, a vivência da vida privada e conjugal não violenta; no plano macrossocial a efetivação de políticas que promovam a equidade entre os sexos e o alcance da igualdade e da justiça social e consequente desenvolvimento social baseado na paz (MORAES; GOMES, 2009). Isto implica que os processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência devem ser consoantes com as diretrizes da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher vigente na atualidade.

Ademais, a participação dos profissionais no enfrentamento à violência contra a mulher perpassa a própria concepção da sua identidade como homem e como mulher, bem como na compreensão do que corresponde *ser a violência*, ou seja, para que a opressão de gênero se constitua como objeto do processo de trabalho é necessário que profissionais a reconheçam como um fenômeno que gera necessidades na dimensão micro (individual, familiar) e macrossocial (classe social, estratos sociais), considerando também a dimensão simbólico-cultural que produz a desigualdade entre homens e mulheres baseada no sexo.

Desse modo, é importante reconhecer as diversas dimensões da violência e suas consequências para a saúde/saúde mental das mulheres. Neste estudo, a dimensão psicológica da violência foi enunciada como aquela que produz maiores agravos que a violência física:

A maioria é agressão verbal, que é pior que a física (...) a física a gente tem algum caso aqui ou ali, mas a verbal é a que acaba com a mulher. Na minha visão a agressão pior é a psicológica, (...) Ela fica sem estímulo nenhum (E8).

Nem sempre é agressividade física. São mulheres que sofrem agressão verbal, ofensas. Elas chegam chorosas, vêm várias

vezes. São poliqueixosas... Sofrem de insônia. Passam muito tempo sofrendo ofensa verbal (E20).

De acordo com os depoimentos, há o reconhecimento da violência como um fenômeno multifacetado que contribui para o adoecimento físico e mental, especialmente no que tange à destruição da autoestima de quem a sofre. Estudo realizado por Schraiber et al. (2000) apontou que mulheres expostas à violência buscam com mais frequência os serviços com queixas diversas, todavia, os serviços não relacionam as queixas com a violência, de modo que o evento é contabilizado nos diagnósticos nem registrado no prontuário, como causa da morbidade.

Os depoimentos traduzem a magnitude da violência simbólica traduzida nas formas de violência psicológica e moral que as mulheres atendidas pelos profissionais vivenciam no cotidiano. Todavia, a concepção da violência psicológica e moral como danosa à vida da mulher não se configura no recorte da opressão de gênero como objeto do processo de trabalho.

A dificuldade em compreender o enfrentamento à violência como uma demanda para o setor saúde também tem sua base no modelo capitalista em que a medicina e as demais profissões do campo da saúde estão alicerçadas, cujo corpo corresponde ao objeto de intervenção porque é nele em que a força de produção, matriz do capitalismo, se opera. Foucault (1989) argumenta que

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica. (FOUCAULT, 1989 p. 184).

Desse modo, patriarcado e capitalismo andam juntos produzindo desigualdades culturais que são naturalizadas, portanto de difícil abordagem no campo da saúde.

A falta de reconhecimento da violência como um problema de saúde pública decorre também do estigma social que permeia a violência de gênero contra as mulheres. O profissional de saúde impregnado de estereótipos sociais não enxerga a dimensão e as diversas formas de agressão pelas quais as mulheres passam.

De acordo com Minayo (2013), a violência contra a mulher no ambiente privado constitui uma das mais comuns violações de direitos humanos e um dos

problemas sociais mais relevantes e com maiores repercussões na vida das mulheres e de seu grupo social, trazendo prejuízo não só para elas, mas para a família como um todo. Neste sentido, a atenção à mulher em situação de violência é reconhecida como uma necessidade coletiva porque suas implicações extrapolam o corpo e mente femininos, alcançando filhos e familiares próximos.

Mediante a realidade da violência no cotidiano da vida das mulheres e dos serviços de saúde, Schraiber et al. (2000) defendem que

a transformação da violência vivida em demandas por assistência na saúde e a identificação de tais demandas como pertinentes à ação dos profissionais da saúde, requer a possibilidade de expressar o vivido em termos de adoecimento ou risco de adoecer. Só assim os profissionais poderão escutar e qualificar o suficiente para acolherem o relatado como alvo de suas práticas (SCHRAIBER et al., 2000, p. 10).

Para superar a fragilidade em reconhecer como objeto do trabalho apenas o agravo limitado ao corpo sem relacioná-lo com seus determinantes no processo de trabalho na ESF, requer compreender a violência como constructo social que está em desacordo com os direitos humanos das mulheres. O discurso que se opõe à concepção naturalista do ser homem e ser mulher está inscrito nas teorias que afirmam que o ser humano é construído e determinado nas relações sociais.

De acordo com Chauí (2005), o ser humano é construído por e nestas relações sociais, de modo que não há nada de natural nas relações de poder desenvolvidas entre os seres humanos e podem, portanto, ser transformadas. Neste sentido, o patriarcalismo tem base na historicidade das instituições, entre elas a família cenário onde se vivencia a violência doméstica, e nos modos de vida social que legitimam a desigualdade entre homens e mulheres contribuindo para a manutenção de interesses hegemônicos.

A ideologia dominante é um instrumento de dominação que se manifesta em um conjunto de regras práticas e objetivam-se nos procedimentos institucionais, jurídicos, políticos, morais e culturais para exercer e manter a dominação, nos quais o processo trabalho em saúde está inscrito (CHAUÍ, 2005).

Para que as mulheres tenham suas necessidades atendidas pelo processo de trabalho em saúde, entre essas a necessidade de se tornarem protagonistas de sua própria vida, é necessário que os elementos do processo de trabalho - os objetos, instrumentos e

finalidades -, estejam em consonância com os direitos humanos das mulheres a fim de atender a necessidade de superar a opressão de gênero decorrente da violência doméstica contra mulher.

Assim, no campo da saúde a compreensão da violência como uma questão de saúde pública perpassa reconhecê-la como fenômeno cujo enfrentamento deve ser um dos objetos do trabalho no campo da saúde. Essa compreensão considera os determinantes sociais que influem na qualidade de vida, entre eles os determinantes de gênero, classe social e raça/etnia.

O contrário, ou seja, o não reconhecimento da violência como uma questão a ser contemplada no processo de trabalho, impede que a atenção integral à mulher seja alcançada enquanto premissa da política de saúde vigente e direito de cidadania porque o objeto enfrentamento à violência não será contemplado no processo de trabalho. A compreensão da violência como fenômeno a ser tratado por outras áreas foi enunciada nos depoimentos de alguns sujeitos participantes:

Eu não sei de nenhum caso, por que nunca chegou pra mim. Também não é aqui que se resolvem esses casos. Isso não é com a gente (E24).

A gente vê que onde ela tá com aquela mancha não foi uma pancada de queda (...). Eu vou insistir? Vou não! Vou bem dizer: oh mulher isso não foi uma surra não? Vou não. Isso não me diz respeito! (E3).

Por que aqui no PSF não tem ninguém pra resolver esse tipo de situação não (E2).

Isso já é deles dois, entendeu? (...) Aí se um profissional for se meter... Não, ajeitou o dente dela, pronto, entendeu como é? Nada de se meter (E10).

O que é que se pode fazer? pra gente chegar, o profissional chegar e dizer : Você! Vamos, vamos prender seu marido! Não, primeiro ela tem que querer (E1).

A visão de mundo inscrita nos depoimentos remete à concepção de violência doméstica como algo particular e pessoal de foro íntimo do casal. Todavia, não é uma escolha sofrer violência, por que esta ocorre em relações de extrema desigualdade de poder entre homens e mulheres que são perpetuadas e reproduzidas pelas instituições sociais (família, igreja, saúde, escola).

A desigualdade de gênero, na qual a violência doméstica contra mulher está alicerçada, é uma construção cultural, cujas estruturas de poder não favorecem a mulher. Assim, não se trata de uma escolha, mas de sujeição sócio historicamente construída na subjetividade dos homens e mulheres, porém vivida individualmente por cada mulher violentada. Sobre esse aspecto, Camurça (2008) chama a atenção para a dificuldade da sociedade em compreender problemas das mulheres como problemas coletivos das mulheres.

Camurça (2008 p. 3) denuncia que, embora alguns problemas sejam vividos individualmente são problemas coletivos por que estão legitimados na base das relações sociais, sendo, na verdade, resultado da injustiça, *da desigualdade social, das relações de dominação, das relações de exploração e, muito importante no caso de nós mulheres, da opressão*. Portanto, as mulheres em situação de violência não escolheram esse lugar e é ancorado nessa concepção que o processo de trabalho em saúde pode produzir transformação social.

A compreensão da violência como violação de direitos humanos precede a compreensão do patriarcalismo e suas formas - a posse do homem sobre a mulher; a aceitação do jugo por parte dela; e a naturalização pela sociedade das desigualdades (e não das diferenças) e dos maus tratos produzidos na relação afetiva entre pares (MINAYO, 2013), de modo que a crítica a hegemonia do sistema patriarcado e capitalismo por meio do trabalho emancipador em saúde levará ao alcance da atenção integral à mulher prevista nas intenções inscritas nos documentos políticos.

Outrossim, perpassa nos depoimentos a concepção limitada de saúde, ao compreender o enfrentamento à violência como de domínio de outras áreas, como a área de segurança pública. A saúde não é objetivamente a ausência de doença, mas um conjunto de fatores que levem o ser humano a ter qualidade de vida, de modo que a busca pela saúde não se trata apenas de uma questão de sobrevivência, mas de saber viver, de dar qualidade a esta sobrevivência (SANTOS, 1987).

O enfrentamento da violência como sinônimo de combate, luta física, não corresponde ao conceito utilizado pelas políticas e pelos movimentos sociais que lutam pelo fim da violência contra a mulher. Esse modo de enfrentar a violência por meio da luta não previne, mas produz violência.

Assim, a atenção básica à saúde como cenário prioritário para resolver problemas de saúde está inscrito nos serviços que devem desenvolver ações coletivas e individuais de redução de danos e diminuição das desigualdades. Para tanto, um dos caminhos é a articulação de saberes das diversas ciências, o desenvolvimento de ações integradas com outros setores com fins a promover qualidade no modo de *ser homem* e *ser mulher* no mundo, superando o modelo instituído pela ordem patriarcal de gênero.

No tocante às identidades de gênero Saffioti (2009) descreve a *categoria social homem* como aquela que dispõe de liberdade quase absoluta e autonomia política e coletiva de modo que não carece pedir licença a outra categoria para realizar seus projetos. A *categoria social mulher* carece de autorização para realizar seus projetos independente de classe social e posses. Esta concepção implica dizer, segundo a autora, que se a autonomia é um privilégio de uma categoria apenas e a hierarquia e, conseqüentemente, a desigualdade são patentes. Superar a desigualdade implica conquistar autonomia por parte de todas as mulheres, inclusive aquelas que pensam não sofrer opressão.

Assim, no campo da saúde a compreensão da violência como uma questão de saúde pública demanda a busca de estratégias para lidar com as situações no campo micro e macro político, considerando que a cultura contribui na forma de agir, pensar, valorar ações do cotidiano, de modo que o pessoal também é político.

Neste sentido, para o enfrentamento da violência não basta apenas ações individuais, de cunho assistencialista, mas reconhecer a violência como um problema de ordem social que o campo da saúde, dentro das suas competências pode contribuir por meio de ações de sensibilização e empoderamento das mulheres, além de contribuir para o fortalecimento de redes de apoio, com ações coletivas que sensibilizem e motivem a reflexão sobre a desnaturalização da opressão de gênero. É emergente que cada indivíduo exercite a autorreflexão do seu papel como profissional, como mulher e como homem para a manutenção ou transformação do *status quo*.

Saffioti (1999) sistematiza pontos que devem ser considerados no tocante à violência contra a mulher, que são pertinentes para o desenvolvimento de processos de trabalhos potentes para a transformação social da opressão de gênero em superação:

1. Romper com o ciclo da violência implica, na maioria dos casos, de intervenções externas, porém isso não significa tratar a mulher como objeto ou

cumplido, mas como sujeito que, em decorrência de terem parcelas infinitamente menores de poder, só podem ceder – e não permitir – a violência do marido;

2. As mulheres lidam bem com os micropoderes, porém devido aos alijamentos sócio históricos, não alcançam os macropoderes. Não conhecem suas histórias e as histórias de suas lutas, de modo a se sentirem incapazes de se mover no meio macropolítico. Superar essa alienação contribuirá para que mulheres alcancem a política institucional, sem com isso terem que justificar a todo tempo, seu papel nas instâncias institucionais;

3. Há uma organização social de gênero que privilegia o masculino e contribui para a perpetuação da violência de gênero. Romper com essa organização, que tem na divisão sexual do trabalho doméstico (para as mulheres) e produtivo (para os homens) sua base, contribuirá para que homens e mulheres transitem em todos os espaços-tempos e desfrutem de sua condição como cidadãs(ãos) em todas as relações sociais.

4. Não há duas esferas: uma das relações interpessoais (*relations sociales*) e outra das relações estruturais (*rappports sociaux*). As relações entre seres humanos são, ao mesmo tempo, interpessoais e estruturais por que tem as categorias gênero, classe, raça/etnia arrimando suas estruturas.

5. A maioria dos agressores não sofre de problemas psiquiátricos ou psíquicos. *O mecanismo da patologização ignora as hierarquias e as contradições sociais, funcionando de forma semelhante à culpabilização dos pobres pelo espantoso nível de violência de diversos tipos* (SAFFIOTI, 1999 p. 87). Tampouco a classe social é determinante para a violência doméstica contra mulher, pois este fenômeno está presente na vida de pobres e ricos, cujas estratégias para superá-las são distintas.

6. Considerar o conceito de co-dependência e de relacionamento fixado ao abordar a violência. O primeiro trata da dependência psíquica de um indivíduo pelo outro por meio de ações compulsivas – Ex. recorrência de xingamentos. O segundo refere-se aquele em que o próprio relacionamento é objeto do vício (GUIDDENS, 1992 apud SAFFIOTI, 1999). A autora argumenta que *mulheres que suportam violência de seus companheiros, durante anos a fio, são co-dependentes da compulsão do macho e o relacionamento de ambos é fixado, na medida em que se torna necessário* (SAFFIOTI, 1999, p. 87) para ambos. A rotinização contribui para a co-dependência e para fixar a relação.

Considerar todas essas nuances enunciadas no desenvolvimento do processo de trabalho contribuirá para um novo recorte do objeto de trabalho em saúde na ESF, de modo a transversalizar o enfrentamento à violência em todas as ações destinadas à população usuária bem como refletir sobre a autoconcepção de gênero na identidade do profissional. Implica em rever valores, atitudes e desnaturalizá-los.

Desse modo, a reflexão sobre processo de trabalho na ESF perpassa também a eleição de instrumentos condizentes com o objeto *opressão de gênero*. Este elemento será analisado na subcategoria a seguir.

4.2.2 O predomínio do saber biologicista como instrumento do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência

Objeto e instrumentos coexistem em relação de reciprocidade mútua de modo que para cada objeto, demanda um instrumento e este, por sua vez, só pode corresponder aquele objeto recortado no início do processo de trabalho (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste sentido, se o objeto é a *opressão de gênero*, os instrumentos utilizados para o alcance do produto final: *superção da opressão de gênero* devem ser condizentes, ou seja não podem se limitar à cura física porque a violência doméstica contra mulher não se reflete apenas no corpo físico, mas os instrumentos devem abranger a identidade social do ser homem e ser mulher na sociedade.

Isso implica em considerar que, no processo de trabalho opera-se com instrumentos materiais (maquinário, medicamentos, protocolos) e não materiais (saberes) que ampliam as possibilidades de intervenção sobre a *opressão de gênero sofrida pelas mulheres* (objeto).

O saber em gênero compreende um instrumento necessário para desenvolver ações que contribuam para o empoderamento das mulheres. Para tanto, é necessário ampliar a reflexão sobre a construção social dos papéis sociais em diversos cenários: na família, ao longo da vida educativa e especialmente na formação profissional. A abordagem de gênero, ou seja a construção social do sexo deve ser transversal à

formação do ser humano, pois gênero é transversal a todos os espaços e por ele se constrói as identidades sociais, a subjetividade e as visões de mundo da totalidade dos seres humanos que fazem as instituições e que implementam as políticas.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1994), o profissional de saúde opera com um saber específico para apreender o objeto de trabalho. Este saber permite compreender que a apreensão do objeto não se *identifica com um processo meramente intelectual, especulativo ou científico, mas que se desdobra em técnicas materiais e não materiais que encontram no saber seu fio condutor* (MENDES-GONÇALVES, 1994 p. 65). Nessa concepção, a abordagem de gênero pode ser o fio condutor para produzir processos de trabalho com potencial para contribuir para mulheres superarem a opressão de gênero.

Desse modo, a dimensão tecnológica do saber operante fundamenta a ação do profissional e o recorte do objeto. Atinente à investigação realizada com profissionais da ESF, o encaminhamento para outro profissional da equipe de saúde correspondeu ao instrumento mais utilizado na presença da violência de gênero nas usuárias do serviço, apontando para a separação entre o aspecto biológico e social da mulher, cuja dimensão biológica corresponde àquela da atribuição do profissional da atenção básica à saúde:

É orientar elas, é conversar, mandar para o médico... Eu mando ir com o esposo para o psicólogo, para o psiquiatra (E4).

Geralmente é a médica que aborda. A gente faz a primeira conversa e manda pra enfermeira ou pra médica (E8).

Eu a orientei sobre a Lei Maria da Penha. Procurasse... Falasse com a psicóloga com alguém que queira ajudar de fato. Aqui no PSF, eu mando para a assistente social (E7).

Se vires que o caso é um pouquinho [mais grave], que precise de um olhar diferenciado, a gente tem a referência da psicóloga. Aí eu mando para lá (E18).

A gente repassa para o enfermeiro, para a médica. Geralmente não é tão sério que precise passar pra o psicólogo ou coisa assim (E2).

Tem um caso que ele a deixa trancada em casa, nem o ACS consegue fazer a visita. Eu a mandei vir pra psicóloga a noite, ela dar um jeito de vir (E16).

A violência é um problema, por que a médica não quer resolver, a enfermeira não quer resolver e fica pra assistente social. E eu sou uma para quatro equipes (E12).

Se chegar pra mim, eu passo logo pra enfermeira. Pra mim não! (E23).

É possível identificar nos depoimentos a dificuldade das(dos) profissionais em refletir a violência contra mulher no espaço doméstico como um produto das relações de gênero. As estruturas mentais construídas ao longo da vida, que naturalizam desigualdades, contribuem para que profissionais de saúde não problematizem a violência como objeto do trabalho em saúde.

O caráter individual e prescritivo do encaminhamento para outro profissional, sem produzir trabalho em equipe informa a visão de mundo dos profissionais ancorada no saber técnico científico, que acaba por expor a mulher a vários membros da equipe.

O encaminhamento, como modo de operacionalizar o trabalho contribui para fortalecer a violência vivida porque a cada vez que ela é encaminhada para um outro profissional, a usuária necessitará revisitar mentalmente a situação de violência vivida, relatar os detalhes do(s) evento(s) e ao final, ainda não terá sua necessidade atendida por que se mantém a concepção de violência doméstica como problema doméstico e privado. Para superar essa fragilidade é necessário investir nas equipes, não só em capacitações técnicas, mas em discussões que discutam a construção das subjetividades. A compreensão das desigualdades como produto das relações sociais deve transversalizar a prática profissional, com fins ao alcance dos direitos humanos das mulheres.

Outrossim, por não haver o reconhecimento da violência enquanto demanda para o serviço de saúde com conseqüente desenvolvimento de processos de trabalho, a violência é desqualificada enquanto fenômeno que gera necessidade porque não está enunciada nos problemas de saúde que a racionalidade biomédica do profissional deve agir, a exemplo da hipertensão, da morbidade gestacional e neonatal, contribuindo para que seu enfrentamento fique aquém do serviço de saúde destinado à promoção da saúde e prevenção de doenças. Essa realidade aponta para a urgência de potencializar as equipes da ESF para o atendimento à mulher em situação de violência, contemplando a reflexão sobre a autodeterminação de cada membro da equipe como sujeito social. É

necessário, pois, que cada membro da equipe seja reconhecido também em sua singularidade identitária, trabalhando com cada um a compreensão da violência como negação de direitos humanos e como constructo das relações baseadas no patriarcalismo. Ou seja, para que a violência seja reconhecida como objeto, a(o) profissional precisa, antes, reconhecer-se como sujeito que sofre e produz violências, como sujeito, cuja identidade não é natural mas produzida ao longo da vida pelas relações de gênero dentro e fora do espaço doméstico e cujas concepções se reproduzem também nos processos de trabalho em saúde na ESF.

Em associação com a dificuldade em problematizar a violência de gênero contra mulher como objeto do trabalho na ESF, a enunciação do psicólogo como profissional habilitado para cuidar da mulher vivencia o fenômeno da violência, sem contudo produzir interdisciplinaridade na processualidade das ações, reforça a compreensão biológica da violência e a individualização de um problema que é de ordem coletiva. Com isso, as ações se mantêm na assistência individualizada, sem contribuir para transformações sociais no território onde o trabalho é operacionalizado.

A lógica medicalizadora dos serviços, segundo Oliveira (2011), dificulta à profissional diagnosticar a violência como problema social, só podendo ser acolhida como problema individual, específico daquela mulher que sofre e não da realidade da comunidade.

Contudo, esse modo de compreender a violência desconsidera os mecanismos de poder, a hierarquia entre os pares envolvidos e a condição social vivenciada pela usuária que se apresenta em situação de violência que, por vezes, a impede de romper com a violência vivida, bem como pode contribuir para a culpabilização da mulher pela violência. Essa conformação mantém a violência na concepção de problema individual e exceção à regra do convívio doméstico. Ademais, a ordem patriarcal de gênero dispõe de mecanismos sutis para a reprodução da culpabilização da mulher enquanto vítima da violência, como é possível identificar no depoimento de E16, ao atribuir a responsabilidade da mulher em *dar seu jeito para buscar ajuda psicológica*.

Todavia, este *jeito* pode expor a mulher ainda mais aos riscos decorrentes da violência, pois *a violência doméstica contra a mulher não se caracteriza somente por aquilo que é visível e que é tipificado no Código Penal* (SOARES, 2005 p. 19). O que se apresenta como motivo para a mulher buscar ajuda é apenas a ponta de um iceberg.

O que está imerso e, portanto, imperceptível e invisível aos olhos de quem está fora da relação afetiva pode corresponder a um risco eminente de homicídios (SOARES, 2005).

A individualização do fenômeno da violência dificulta a percepção da violência como um problema social que gera agravos a todas(os) que estão no seu entorno, configurando-se como um problema de saúde pública que pede outros instrumentos, novas articulações intersetoriais com os serviços que compõem a rede de atenção. A dificuldade do profissional em problematizar a violência de gênero e eleger instrumentos que transformem a opressão de gênero em superação tem sua base na formação do profissional que prioriza o saber intelectual científico de base biológica e fisiológica em detrimento de compreender a usuária como ser humano integral e indissociável.

Oliveira (2011) recorrendo a Merhy (1997) explica que a cultura institucional dos serviços de saúde ainda se mantém centrada no modelo de queixa-conduta pautado por uma racionalidade linear e mecanicista que recorre ao biológico e a intervenções técnicas e medicalizantes para operar todas as ações de saúde. Oliveira (2011) ainda argumenta que

Essa forma de atendimento é fruto de um processo histórico que tem suas raízes no conjunto de dicotomias que atravessa a organização dos serviços de saúde e que vem sendo sustentada pela lógica de mercado, restando às necessidades em saúde da população um plano secundário (OLIVEIRA, 2011 p. 167).

Baseado nessa reflexão, o instrumento torna-se inadequado ao objeto, de modo que o processo de trabalho não se desenvolve em sua potencialidade de transformação do *status quo*. No contexto das práticas de saúde enquanto práticas sociais, a construção e a legitimação da desigualdade de gênero se efetiva implicitamente à seleção do que é eleito como problema de saúde, podendo ou não se tornar objeto a ser transformado pelo processo de trabalho da equipe para atender necessidades das mulheres.

Baseado nesta reflexão, as práticas em saúde englobam a complexidade da dinâmica social, por suas articulações necessárias com as políticas públicas, tanto para sua organização interna como processos de trabalho institucionalizados - que necessitam buscar outros saberes, compartimentados e fragmentados nas diversas especialidades e

ciências que intersectam com a saúde - quanto em relação a seus aspectos externos, na qualidade de mediadoras das políticas sociais que precisam oferecer respostas aos diferentes interesses político-ideológicos dos grupos sociais de uma determinada conjuntura sócio-histórica.

Todavia, não se quer negar o caráter necessário do saber especializado em saúde, mas a necessidade de articular esse saber primordial com outros tão importantes com fins a produzir processos de trabalho potentes para a transformação da opressão de gênero, bem como considerar a complexidade da violência de gênero refletindo todas as dimensões inscritas neste fenômeno, a exemplo da dimensão psicológica, social, cultural para o alcance a atenção integral à saúde da mulher prevista na política que subsidia o trabalho em saúde.

De acordo com Egry (2009, p. 1183), as(os) profissionais de saúde da ESF *recorrem a diferentes instrumentos, sem, contudo, saber se eles conseguem reconhecer as necessidades em saúde e se permitem enfrentá-las*. Com isso, o processo de trabalho de uma(um) profissional se desenvolve de modo desarticulado com os demais profissionais, contribuindo para a manutenção da violência vivida no domicílio. Essa falta de reconhecimento é possível de ser evidenciada pelos depoimentos a seguir:

Eu falei com a assistente social, disse que o caso dela era muito grave, a assistente falou com a outra médica da outra unidade. A médica encaminhou pra outro serviço e ela não quis ir e eu a levei até em casa. (...) Eu falei com o marido dela, pra ele levá-la. Ele a levou lá [no CAPS] e passaram Diazepam pra ela. (...) Dei conselho a ela que ela tivesse calma, paciência, disse pra ela tomar chá pra se acalmar e tomasse o remédio que o psiquiatra passou. O esposo dela disse que não ia dar diazepam por que ela não era doida (E3).

Depende. Se for agressão física, tem a questão hospitalar, de encaminhar ao hospital. Do hospital, eles encaminham ao setor responsável. Se não for tão grave, vai pra assistente social e de lá para o psicólogo. (E15).

É possível perceber no depoimento que a história da situação de violência pela qual a usuária vivencia é repassada para três profissionais: o ACS, a assistente social, e a médica. Além destes, o agressor é avisado da busca da mulher pelo serviço, o que torna a expõe ainda mais à situação de violência.

Percebe-se, no depoimento em análise, a *via crucis* pela qual a usuária passa ao buscar o serviço de saúde para ter suas necessidades atendidas. No percurso para o alcance da atenção à sua necessidade, cada profissional toma mão de um instrumento específico (encaminhamento, diazepam, e chá), que não opera a transformação necessária para a finalidade desejada: superar a violência. Ao contrário, ao deixar o companheiro ciente de que a usuária busca o serviço para ter respostas à violência sofrida, o serviço pode, sem intenção, expor a mulher a um risco de vida, bem como desencorajá-la para continuar na luta pelo rompimento do ciclo da violência, destituindo-a de autonomia.

Nesse contexto, embora a violência seja reconhecida como uma realidade frequente ao serviço, sua resolubilidade institucional permanece baixa porque não há ações de saúde que correspondam ao enfrentamento da raiz da violência, isto é, das estruturas patriarcais hegemonicamente instituídas.

No tocante aos repasses que os profissionais fazem, de um para o outro bem como de um serviço a outro, decorrente da dificuldade de relacionar o enfrentamento da violência com processo de trabalho desenvolvido na ESF, Meneghel e Vial (2008) e Meneghel et al. (2011) enunciam que essa rota crítica percorrida pela mulher ao decidir romper com a violência é longa e sofrida, atravessada por avanços e retrocessos e muitas vezes, a mulher é re-vitimizada pelos profissionais que deveriam acolhê-la.

Além disso, o encaminhamento a outras instâncias da rede de serviços públicos também gera insumos, visto que mulheres vítimas de violência buscam com maior frequência os serviços de saúde para terem suas necessidades atendidas por processos de trabalho (ÂNGULO-TUESTA, 1997; OLIVEIRA, 2011) e ao buscarem os serviços são encaminhadas para outros, aumentando a busca a serviços especializados para atender a problemas que tem potencialidade de ser transformado no âmbito da atenção primária à saúde.

Por outro lado, a eleição do *encaminhamento* a outro profissional corresponde à concepção imediatista do trabalho em saúde, cujas intervenções são padronizadas mediante queixas já conhecidas. Essa padronização não contempla o sofrimento da mulher como doença a ser tratada por profissionais de saúde, exceto se houver uma base anatomopatológica objetiva para justificar essa assistência (SCHRAIBER; D'OLIVEIRA, 1999). Assim, ainda que a mulher busque o serviço de saúde, suas

expectativas são diferentes das da(o) profissional, que faz do encaminhamento a outro profissional da equipe ou a serviços externos à ESF, seu instrumento para o desenvolvimento do processo de trabalho à mulher em situação de violência.

O encaminhamento a outro profissional/outro serviço como instrumento do processo de trabalho remeteu à percepção dos profissionais sobre violência doméstica como um problema de saúde mental ou de segurança pública. Nos depoimentos, a patologização da violência correspondeu a um dos temas emergentes dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa em relação aos instrumentos eleitos na atenção à mulher em situação de violência. O outro tema referiu-se a segurança policial que será desenvolvido na sequência:

Nós encaminhamos para o CAPS (E12).

Eu referencio para o CAPS. Pra mim, é o que eu tenho mais contato (...), não esquecendo do serviço social, da nossa porta de entrada (E18).

A gente diz que vai encaminhar para o CAPS, que vai alguém na sua casa, com o delegado (E1).

Se chegar alguém eu mando para o centro de referência antes mesmo de mandar pra Delegacia da Mulher (E9).

A primeira coisa é preencher a notificação, mando para SMS e eles mandam para o ministério público. Agora se ela tiver fisicamente machucada, vai para o trauma ou trauminha (E15).

Mediante os depoimentos enunciados, o saber operante está centralizado na biologia e fisiologia. Profissionais têm dificuldade de eleger saberes que atuem na opressão de gênero, sob o ponto de vista do caráter epidemiológico e coletivo da violência. O repasse do problema da violência para outras instituições demonstra a dificuldade do profissional em reconhecer a necessidade de intervenção coletiva na violência doméstica contra mulher pelo setor saúde.

Os depoimentos que elegem o encaminhamento para o CAPS têm suas visões de mundo baseadas na medicalização do corpo para resolver um problema cuja origem não está no corpo (natureza), mas na relação patriarcal baseada na desigualdade entre homens e mulheres. Neste sentido, o saber utilizado para eleger o encaminhamento como o instrumento adequado mantém-se no conceito de naturalização das desigualdades cuja base é social, portanto mutável. Reconhecer a violência como

problema mental pode contribuir para a construção de estigmas nas relações familiares, desempoderando as mulheres, por que tende a sobrevalorizar a violência como dado percebido na sua história clínica e não como fator determinante para o adoecimento.

De acordo com D'Oliveira (2000), por serem as(os) psicólogos e psiquiatras profissionais reconhecidamente preparados para lidar com sintomas que são percebidos pelas usuárias, o encaminhamento de profissionais da ESF ao CAPS tem como fim tratar de sintomas mentais que respondem especificamente à violência.

Romper com a perspectiva biocêntrica do saber e incluir a abordagem de gênero como saber necessário para o desenvolvimento de processos de trabalho, contribuirá para retirar a psicopatologização da violência como justificativa para sua ocorrência, bem como romper com o caráter de excepcionalidade que retira a autonomia das mulheres violentadas (SAFFIOTI, 2011).

Com efeito, não se quer negar, a importância do CAPS e o reconhecimento dos impactos da violência para a saúde/saúde mental da usuária que a vivencia. Várias pesquisas apontam as morbidades decorrentes da exposição das mulheres à violência, entre elas os estudos de Avanci et al. (2013) identificaram que mulheres que sofrem violência física pelo companheiro têm maiores chances de desenvolver problemas psiquiátricos; Heise (1994) e Valdez-Santiago et al. (2006) identificaram a relação positiva entre mulheres com transtornos mentais (especialmente depressão, medo, fadiga, ansiedade) e a vivência da violência doméstica perpetrada pelos cônjuges.

Todavia, a atenção à mulher em situação de violência limitada à assistência física e psicológica apenas, não contribui para a transformação do fenômeno da violência e sua superação por meio de ações coletivas desenvolvidas nos setores da atenção básica. O trabalho em saúde que tem como finalidade a ampliação da atenção à mulher em situação de violência, para além da cura, recorta o apelo à saúde mental como uma das alternativas em um leque amplo de possibilidades para responder à necessidade das mulheres em superar o sofrimento advindo com a violência.

Nessa perspectiva, há a necessidade de recorrer a outros saberes enquanto instrumentos e outras instituições para abrir caminhos ao empoderamento das mulheres e melhora da autoestima com fins a que o coletivo de mulheres usuárias rompa com o ciclo da violência patriarcal tão naturalizada ainda neste século XXI. No entanto, esse processo demanda processos de trabalho que superem a execução de protocolos e

rompam com a concepção capitalista do trabalho em série, nos quais predominam a quantidade de atendimentos em detrimento da qualidade da atenção.

No contexto do trabalho na ESF, o conhecimento do território, da cultura da comunidade, seus valores, suas fragilidades e potencialidades constitui uma das perspectivas do modelo de atenção à saúde, preconizado nos documentos oficiais que ditam a política, que tem como ponto central *o estabelecimento de vínculo e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais e a equipe de saúde* (BRASIL, 1997, p. 7) e a ampliação do objeto de atenção da *doença* para os seus determinantes.

Assim, o processo de trabalho da(o) profissional da atenção básica não termina ao final do seu atendimento, quer no consultório, quer no domicílio. Ao contrário, o reconhecimento da vulnerabilidade de gênero e da recorrência das queixas secundárias à violência por usuárias devem pautar o saber na eleição de instrumentos de alcance individual e coletivo dentro e fora do serviço de saúde.

Além do CAPS, a delegacia da mulher foi o segundo cenário mais enunciado pelas(os) profissionais quando do atendimento à mulher em situação de violência, cuja denúncia do agressor correspondeu ao instrumento eleito na atenção à mulher em situação de violência:

A gente encaminha pra delegacia... Daí depende muito da pessoa que está sendo violentada (E1).

A gente conversa com elas para denunciar (E5).

Eu mando procurar a delegacia da mulher. Não sei nem onde fica... Eu não sei pra onde mandar. A primeira coisa que ocorre na minha cabeça é chamar a polícia... (E19).

Eu sabia que tinha sido agressão. Eu ainda disse: olhe, vá à delegacia (E15).

O depoimentos descritos reafirmam a responsabilização da mulher na busca da superação da violência, limitando a compreensão de enfrentamento à violência a denúncia. Embora as(os) profissionais intencionem a proteção da mulher contra a violência por meio da denúncia, o ato de denunciar o opressor pode lhes trazer riscos, pois antes é necessário um processo de empoderamento e resgate da autoestima, além

da certeza da mulher em poder contar com uma rede de apoio familiar, social e institucional se houver necessidade de acioná-la.

No tocante à busca de ajuda policial, pesquisa realizada em 2001 pela Fundação Perseu Abramo, identificou que 73% das mulheres só recorrem à delegacia para denunciar seus agressores, quando há o risco iminente de vida ou a presença do rompimento da integridade física (SOARES, 2005). Assim, tão perigoso quanto à violência vivida, pode ser a denuncia sem uma rede de apoio.

Em João Pessoa, existe apenas uma DEAM que atende em média 25 pessoas por dia entre vítimas e testemunhas, porém, os casos de violência extrapolam as estatísticas da delegacia porque parte das mulheres não denuncia o companheiro. No primeiro semestre de 2012, no Estado da Paraíba ocorreram 80 assassinatos de mulheres, dos quais 32% estavam relacionados à violência doméstica e sexual, 31% a drogas e 18% relacionados a latrocínio e vingança (SEDS, 2013). Esses dados conformam com a expectativa dos profissionais em compreender a denuncia como instrumento para o enfrentamento à violência, porém em desarmonia com os movimentos sociais pelo fim da violência. Nestes últimos, mais que a denuncia é necessário resgatar a autoestima da mulher, empoderá-la e dar alternativas para que ela possa romper com o ciclo da violência sem arriscar a própria vida e a vida dos filhos (SOARES, 2005).

Outrossim, concordamos com Saffioti (2011) ao esclarecer que, ao lutar contra a violência de gênero, não é *contra os homens* que se luta, mas contra *a ordem patriarcal de gênero* que naturaliza a violência sofrida por mulheres, diminuindo suas chances de enfrentá-la e reconstruir sua vida. Portanto, a denúncia ao agressor frisada pelas(os) depoentes não é suficiente para operar as necessidades de transformação da opressão de gênero necessárias para o alcance dos direitos humanos.

Corroborando com Saffioti (2011), Nascimento et al. (2009) argumentam que no processo de construção da identidade masculina, há uma relação entre dominação e ser homem, de modo a contribuir para a concepção da violência como essência do *ser homem*, internalizando-a e naturalizando-a. Assim, a dominação corresponde a uma pertença da masculinidade, cujo uso é autorizado socialmente como direito. É a deslegitimação desse direito que se busca, ao contemplar o enfrentamento da violência como objeto do trabalho e dos saberes em gênero como instrumentos de intervenção.

Por outro lado, a falta do reconhecimento da violência, enquanto necessidade que o trabalho em saúde deve atender sinaliza para a dificuldade do profissional em problematizar a violência de gênero contra mulher a partir da desigualdade social de poder e recortar a opressão como objeto do trabalho em saúde. Desse modo, o trabalho baseado, sobretudo, no saber técnico, realiza-se sem perspectivas de transformar o *status quo*, visto que o impacto da ação proposta não contribui para o empoderamento da categoria *mulher* na sociedade.

Não obstante, as dificuldades apresentadas nos depoimentos relativas à eleição de instrumentos adequados para o enfrentamento da violência doméstica contra mulher demonstram que a definição de uma política de enfrentamento à violência contra as mulheres, com diretrizes para o setor saúde, por si só não transformam as práticas em saúde, embora seja um eixo do modelo de atenção à saúde que contribua para esta transformação. Ou seja, a potencialidade da política não é efetivada no processo de trabalho porque o saber de gênero não é instrumento balizador das práticas sociais de saúde.

Saffioti (2011) argumenta que a amplitude da violência de gênero dificulta sua apropriação pelo senso comum, porque engloba tanto violência de homens contra mulheres quanto a violência de mulheres contra homens. A autora defende que o termo *patriarcado*, por referir ao regime de dominação-exploração das mulheres pelos homens, é um termo mais adequado para a reflexão sobre violência doméstica porque é mais fechado e de maior facilidade para sua compreensão. Isso não implica em negar o conceito de gênero, mas de não generalizá-lo, especialmente ao discutir a violência doméstica contra mulher. *Perde-se em extensão, porém se ganha em compreensão* segundo Saffioti (2009, p. 44).

No tocante à dificuldade das(os) profissionais em contemplar saberes em gênero para subsidiar suas práticas na assistência à mulher em situação de violência, pode ser explicado pela complexidade que é intrínseca à abordagem de gênero, posto que a identidade de cada profissional está estruturada na naturalização social das desigualdades entre os sexos e no atributo desigual de poder aos homens.

Em conformidade, Villela (2009) explica que sendo a identidade de gênero um dos eixos de estruturação da vida humana e portando das(os) profissionais de saúde, a incorporação da dimensão de gênero nas políticas, planos e programas é lenta visto que

uma categoria de interpretação da realidade não se traduz facilmente em ações programáticas no cotidiano dos serviços.

Por conseguinte, não é bastante ter uma política de enfrentamento à violência enquanto alcance da equidade, mas tomar gênero como categoria analítica para compreender necessidades, em especial as necessidade das mulheres em situação de violência.

Sob esse mesmo ponto de vista, para o enfrentamento dos problemas de saúde da mulher em situação de violência doméstica há de considerar ações intersetoriais e transdisciplinares que contribuam para a comunicação intersetorial, tomadas de decisões e para ações que impactem coletivamente nesse enfrentamento (LUCENA et al., 2010). A prática coletiva de ações voltadas ao enfrentamento da violência favorece a construção de redes de apoio e vínculos entre profissionais e usuários contribuindo, de modo efetivo, para a superação da opressão de gênero.

No contexto desta pesquisa, profissionais enunciaram ações que tecem inter-relacionamentos entre a ação da(o) trabalhadora(or) e a ação de demais membros da equipe e/ou de outras instituições sociais:

Quando tem os casos, a gente traz pra debater junto com a enfermeira. A gente conversa vai vendo as soluções... e aí a gente vai vendo por onde atuar...quem pode chamar pra ajudar (E7).

Embora haja por parte das(os) profissionais o reconhecimento da violência como problema que extrapola o âmbito da saúde, as ações ainda se conformam na concepção de violência como problema pessoal e individual devido à dificuldade de recorte do objeto, com consequente seleção de instrumentos que não alcançam a complexidade do fenômeno da violência e a urgência em admiti-lo como problema de saúde pública que demanda por ações coletivas amplas que alcancem a dimensão sociocultural e histórica da violência contra as mulheres.

Estudos, como o desenvolvido por D'Oliveira et al. (2009) e Hanada et al. (2010), apontam para a importância de se redefinir instrumentos, materiais e saberes para o trabalho cotidiano das(os) profissionais na atenção básica. Estes novos

instrumentos levam em consideração a subjetividade da mulher frente à violência e os determinantes sociais e culturais que a amparam ou suavizam esse fenômeno.

Além dos instrumentos adequados, há também o esforço para identificar e superar as contradições entre as *intenções da política* e a sua *materialização*, por meio das práticas profissionais. Estes constituem alguns dos desafios do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência na perspectiva da emancipação da opressão de gênero.

A proposta política atual é um avanço para o alcance do conceito ampliado de saúde, porém somente a intenção não é o bastante para a transformação da práxis. A promoção da saúde demanda a compreensão de saúde como um campo relacional de conhecimentos e práticas de promoção a partir do conjunto das inter-relações entre seus elementos e não como um somatório de princípios, estratégias, e ações (MARCONDES, 2007).

Portanto, é fundamental para o enfrentamento à violência contra a mulher enquanto problema de saúde coletivo, conhecer os elementos -teorias, referenciais, serviços e atores envolvidos na trama dessas inter-relações- e como eles se modificam e se reafirmam para formação de redes intersetoriais.

Reconhecemos que a ESF é um cenário fértil para desenvolver processos de trabalhos potentes com fins à superação da violência doméstica contra mulher. Todavia, existem limitações reconhecidas pelos profissionais para selecionar instrumentos adequados ao objeto opressão de gênero, conforme é descrito a seguir:

Há certo despreparo pra onde a gente encaminhar, o que a gente deve fazer. Não existe hoje um tipo de treinamento específico pra nós adentrarmos. [Também] não sei a melhor maneira pra gente abordar com relação à violência e esses assuntos... A gente não tem um suporte para isso (E26).

Por eu ser homem, já é uma dificuldade, por que se eu for conversar com a paciente, o marido vai querer saber o que está acontecendo, ele já fica com o pé atrás (E7).

Por que eu não sei orientar aonde ela deve procurar (...) eu não tenho nenhuma noção de como fazer, não sei nem por onde começar (E23).

Por que a gente não tem experiência pra lidar com isso [violência] e eu acho que também não tem tanta informação. Eu

ainda não parei pra focar nesse assunto. Então já começa aí a dificuldade (E1).

A gente não tá preparado para lidar com essa situação (...). Muitas vezes passam despercebidas (E5).

Nos depoimentos, o despreparo pessoal, a identidade de gênero e a falta de conhecimento do fluxo na rede de serviços corresponderam às justificativas das(os) profissionais para o não desenvolvimento de processos de trabalho potentes para a transformação da opressão de gênero em mulheres vítimas de violência.

Todavia, o reconhecimento das fragilidades do processo de trabalho no tocante à atenção à mulher em situação de violência é indicativo de interesse de profissionais entrevistadas(os) em superar a perspectiva curativa presente no saber que norteia o processo de trabalho em saúde. Esse interesse indica a teleologia que o trabalho em saúde possui, ao sinalizar para a dialética entre a prática preventiva e a promoção da saúde.

Por outro lado, a promoção da saúde implica em ações coordenadas de diferentes esferas de governo com o setor saúde, bem como a participação de outros setores e atores sociais e a própria comunidade. A necessidade de *preparo e capacitação* presentes nos depoimentos parte do reconhecimento da insuficiência do modelo biológico com foco na cura de lesões.

A insuficiência do modelo biológico veiculada na visão de mundo dos sujeitos traduzida nos depoimentos como falta de preparo, apontam para a compreensão da saúde em seu sentido amplo, bem como podem sinalizar o desejo de resignificar os processos de trabalho em saúde na ESF. Essa análise encontra respaldo no estudo de Hanada et al. (2010) ao discutir a ideia de compreender os fenômenos sociais e biológicos numa relação dinâmica na qual um vai atuar no outro produzindo agravos ou potencialidades para superar a medicalização e a psicologização da violência (HANADA et al., 2010).

Com fins a contribuir para a superação da violência de gênero Concha-Eastman e Malo (2006) enunciam algumas estratégias que podem favorecer a transformação paradigmática do trabalho em saúde, a saber: produzir banco de dados sobre violência, a fim de identificar a magnitude que o fenômeno alcança na realidade

microsocial; pesquisar os determinantes sociais que produzem mais riscos para o desenvolvimento de situações de violência; focar na prevenção da violência, definindo estratégias e intervenções preventivas; promover a inter e transdisciplinaridade, articulando diversas esferas do Estado e da Sociedade Civil; reavaliar continuamente os processos de trabalho com reformulações de estratégias de ação para o combate à violência de gênero. Essas medidas, de acordo com os autores visam tratar a violência na mesma lógica dos demais agravos do campo da saúde pública: com foco na prevenção.

Embora tenha predominado no conjunto dos depoimentos a concepção naturalista do adoecimento - ao priorizar a cura da lesão à violência em detrimento dos seus determinantes, ao transferir a responsabilidade de enfrentamento da violência para os setores de segurança pública ou tratar o sofrimento da violência como problema psiquiátrico, essa predominância ocorreu, principalmente, quando se questionou sobre as concepções de gênero, sobre a violência contra a mulher, sobre a atenção as necessidades ou problemas de saúde em decorrência do tema e sobre o impacto desse fenômeno na saúde da mulher.

A constatação dessa realidade justifica a análise sobre os desafios e as possibilidades de mudanças qualitativas dos serviços e processos de trabalho de saúde, considerando que os serviços realizam as intenções da política por meio de práticas profissionais ou processos de trabalho estéreis/potentes para a transformação do *status quo*.

Neste sentido, a finalidade enquanto elemento do processo de trabalho é consoante a todo o processo, dialogando com o objeto e instrumento, bem como com as políticas públicas vigentes e a organização dos serviços. Alcançar como produto final do processo de trabalho, a contribuição para o empoderamento da mulher com vistas à superação da opressão de gênero deve constituir um dos fins do trabalho na ESF na atenção à mulher em situação de violência, mediando uma ação em saúde e projetando outras, com recorte de outros objetos e novos instrumentos de forma elíptica e ascendente com buscas a equidade entre homens e mulheres.

4.2.3 A finalidade do processo de trabalho sob o enfoque do patriarcalismo

O processo de trabalho tem por finalidade atender a uma necessidade. A finalidade, por conseguinte, compreende a teleologia do trabalho, ou seja, o fim a que se destinam ações e práticas em saúde desenvolvidas no curso do processo de trabalho. Portanto, no desdobramento do processo de trabalho incide uma intencionalidade e uma racionalidade que o orienta e o acompanha, se concretizando por meio das práticas cotidianas em saúde para atender a um fim dado *a priori* (PEDUZZI, 2007).

Entretanto, as necessidades que geram esses processos de trabalho não são comuns a todas(os), pois são determinadas mediante processos sociais e históricos, modos de viver e costumes dos indivíduos que compõem um grupo. Nesse sentido, as necessidades não são iguais nem homogêneas, haja vista que o que é compreendido como necessidade para uma determinada(o) pessoa/grupo, pode não ser para outra(o). Assim, embora haja uma necessidade social de superação da opressão patriarcal vivida pelas mulheres usuárias a ser atendida pelo trabalho na ESF, essa demanda só é factível se a(o) profissional de saúde, com base em saberes científicos, sociais e históricos, apreendê-la como necessidade a ser atendida pela sua prática cotidiana.

Assim, finalidade, que perpassa todo o processo de trabalho, está subordinada às visões de mundo dos sujeitos que orientam a processualidade do trabalho com fins a contribuir para a superação da opressão de gênero e transformação social. A finalidade do trabalho em saúde a ser desenvolvido na Estratégia Saúde da Família está diretamente relacionada àquilo que a(o) profissional compreende como necessidade de saúde, recortando seu objeto à luz dessa necessidade, selecionando instrumentos materiais e não materiais para processar sua transformação em um produto e atender a necessidade que existia outrora no início do processo de trabalho. Desse modo, a finalidade só pode ser analisada em relação aos outros elementos do processo de trabalho.

No tocante ao que é proposto pelos documentos referentes ao trabalho na ESF, a finalidade do trabalho no cenário pesquisado deveria corresponder ao desenvolvimento, sob forma de trabalho em equipe, de ações de promoção da saúde que abranjessem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, considerando a(o) usuária(o) em sua

singularidade, na complexidade, na integralidade e na sua inserção sócio-cultural (BRASIL, 2006), e elegendo como *ponto central o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de corresponsabilidade entre profissionais de saúde e a população* (BRASIL, 1997, p. 7).

Neste estudo a finalidade do processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência revelou-se no tema *negação da violência como objeto do processo de trabalho* cujo fim do trabalho na atenção básica à saúde está limitado à *cura física e à desresponsabilização do serviço mediante o fenômeno da violência*, priorizando a abordagem individual, centrada no saber da biologia e fisiologia em detrimento dos determinantes sociais que contribuem para a manutenção da violência. Esse tema manifestou-se:

- Na abordagem curativista ao recortar como objeto de intervenção o corpo biológico, ao desenvolver o processo de trabalho, com predomínio do saber técnico e cuja finalidade das ações tem como potencial apenas a restauração do corpo físico:

A gente ajeitou o dente dela e pronto... (E10).

A gente olha mais para o rosto, a face, os dentes. (E14).

Meu trabalho aqui é marcar exame... Se for violência física e eu puder marcar um exame para ela será bom (E17).

Eu nunca parei para trabalhar junto, por que a gente sempre tá cheia de coisas (E9).

Eu ainda não parei pra focar nesse assunto. Então já começa aí a dificuldade (E1).

-Na responsabilização da mulher pela violência que sofre, de modo que a busca da transformação da sua condição de oprimida só será possível por seus próprios esforços e méritos. Essa concepção culpabiliza a mulher e retira do Estado o dever de proteção. Os profissionais estão imbuídos da visão de mundo reducionista sobre a violência, banalizando o problema como de ordem individual, não atentando para a necessidade de considerar a subjetividade de quem sofre violência no cotidiano da vida e para a sua própria subjetividade. Essa simplificação do fenômeno da violência individualiza um problema que é da ordem do coletivo; um problema que está além da dependência financeira porque alimenta referenciais de desigualdade de gênero e é

alimentado pela dependência afetiva, social e institucional – especialmente o status impresso no modelo de família nuclear ainda fortemente legitimado.

Nesse sentido, há a falta de reconhecimento de que a violência doméstica contra mulher decorre da ordem patriarcal de gênero, que não tratou a mulher igualmente ao homem como sujeito de direitos. Assim, profissionais, conforme é possível identificar nos depoimentos a seguir:

Muitas vezes a violência começa até por parte dela. Por exemplo, quando o marido está alcoolizado evitar discutir naquele momento (E20).

Ela não tem a coragem de denunciar ele. Ela só faz dizer: Um dia ainda faço isso!. E por que não faz? Não tem coragem! (E18).

Porque tem mulheres que até gostam. Não sei se gostam e ficam ou se, às vezes, são ameaçadas pelo companheiro para não deixa-lo (E22).

A mulher hoje é sobrecarregada. Ela procurou tanto (...) e aí ela tem obrigações e no final ela também se sente cansada e isso leva muita discussão para o lar e favorece para ela perder a paciência, para ela enfrentar ele (E14).

- Na referência da violência como problema fora do campo de atuação do profissional, porque é vista como problema externo ao serviço de saúde, bem como porque não há a compreensão de violência como violação de direitos humanos das mulheres que a sofrem:

Não é aqui que se resolvem esses casos. Isso não é com a gente (E24).

A nossa abrangência [em relação à violência doméstica contra mulher] é muito pouca. (...) E resolver mesmo? Não dá para a gente resolver nada (E2).

O que é que se pode fazer? Para gente chegar, o profissional chegar e dizer : Você! Vamos, vamos prender seu marido! Não, primeiro ela tem que querer (E1).

-No reconhecimento dos profissionais da insuficiência da abordagem biologicista para responder às necessidades resultantes da violência, especialmente no reconhecimento da necessidade de capacitação profissional no lidar com mulheres em situação de violência.

Ninguém nunca me veio falar nada sobre violência, nunca veio dizer da delegacia, da Maria da Penha (...). Eu acho que era para vir (E19).

A gente tem muita dificuldade... Porque às vezes tem esses relatos [de violência] (E16).

Isso aqui é uma caldeira e a violência [doméstica contra] da mulher é um problema sério aqui que ninguém sabe como resolver (E6).

[a violência doméstica contra mulher] É um assunto delicado. Que tem que ser falado com muito jeito (E13).

Identificamos nos depoimentos que o fenômeno da violência é subestimado tanto na formação quanto na gestão pública, pois não há ações destinadas ao seu enfrentamento no setor saúde, nem educação permanente no serviço que recorte a carência do profissional no tocante a desenvolver processos de trabalho com potencial para contribuir na transformação social da opressão de gênero. Desse modo, não é possível que profissionais da atenção básica desenvolvam ações de enfrentamento à violência por que o próprio serviço não promove condições para a produção de processos de trabalho potentes para a superação da opressão de gênero. Assim, de um lado permanece o profissional ancorado em referenciais de gênero que legitimam a violência contra mulher, com dificuldade em recortar objetos de trabalho mais amplos que considerem os determinantes da violência e não somente suas consequências; por outro, o modelo de processo de trabalho desenvolvido na atenção básica mantém-se ancorado no modelo de saúde pública tradicional baseado na doença.

Nesse sentido, por meio dos argumentos enunciados e dos depoimentos pertinentes a esses argumentos, percebe-se que a finalidade do trabalho na atenção à mulher em situação de violência doméstica desenvolvido pelas(os) profissionais na ESF está em dissonância com a perspectiva da política de enfrentamento à violência contra a mulher e com a PNAISM. Porém, em consonância com o objeto por elas(es) recortados e os instrumentos selecionados para estes objetos, orientados pelo enfoque do modelo de assistência tradicional à saúde baseado no enfoque biologicista. Ou seja, as intenções da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher no tocante ao enfrentamento à violência, não se efetivam por meio das práticas porque a finalidade do

trabalho, que perpassa toda a processualidade desse trabalho, está subsidiada pelo saber da saúde pública tradicional que prioriza as doenças em oposição a seus determinantes.

Nesse sentido, o processo de trabalho desenvolvido para atender mulheres em situação de violência, tem o saber técnico-científico como referência e este por sua vez não tem consistência para dar resposta às necessidades de saúde das mulheres que sofrem violência, uma vez que a inscrição da violência no corpo é apenas a ponta de um *iceberg* visível aos operadores da saúde na atenção básica.

O discurso de base patriarcal inscrito nos depoimentos, ora explicitamente verbalizado, ora verbalizado de modo sutil, - no qual a violência doméstica contra mulher é concebida como fenômeno tolerável - orienta o recorte do objeto e a seleção do saber de base biologicista para a execução de práticas em saúde.

No espaço dos serviços de saúde, as concepções patriarcais transversalizam o saber de gênero utilizado pela(o) profissional na atenção à mulher em situação de violência. Diante dessa processualidade do trabalho, as questões que trazem implicações sociais e comprometem a qualidade de vida e a autonomia social das(os) usuárias - como a desigualdade de gênero no âmbito doméstico, a negação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres - tem maiores chances de serem relegadas a um plano secundário, de menor importância porque esses problemas, embora corriqueiros, não são reconhecidos pelos profissionais como passíveis de intervenção por meio do trabalho, porque não estão inscritos nos instrumentos materiais utilizados no processo de trabalho.

De acordo com Mendes-Gonçalves (1992), o trabalho em saúde responde às finalidades colocadas pela vida social, de modo a satisfazer necessidades que vão além das necessidades necessárias, ou seja, daquelas necessidades que são imprescindíveis à vida. Nesta concepção, o trabalho só tem sentido tecnológico se for possível apreender o objeto de trabalho, transformá-lo por meio de instrumentos, tendo em vista um produto final - diferente do produto inicial - que atenda as necessidades de saúde sócio-historicamente determinadas e não apenas as visíveis ou priorizadas pela ciência médica.

Assim, a teleologia do trabalho – entendida como o motor do trabalho que converte intenções em ações em saúde - nesta pesquisa limitou-se a transformação da

lesão em reparo/cura, predominando assim a patologização e a medicalização da violência, sem satisfazer às necessidades da vida social.

No tocante a atenção à mulher vítima de violência, Hanada et al. (2010) e D'Oliveira et al. (2009) asseveram que a escuta qualificada às mulheres em situação de violência de gênero, o acolhimento no serviço, o respeito à cidadania e a articulação entre os diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher constituem algumas possibilidades dentre um vasto leque de ações profissionais para o enfrentamento à violência de gênero contra mulher.

Sob este olhar, a prevenção e o combate à violência exigem como política pública o diálogo e a articulação de diferentes serviços em uma rede integrada de atenção à mulher que vive em situação de violência, bem como a ressignificação das práticas profissionais a elas destinadas. Este enfoque considera que as visões de mundo do sujeito ancoradas em referenciais de gênero influem na escolha de conceitos para a prática profissional e no modo como profissionais concebem suas próprias identidades sociais.

Portanto, para uma transformação na qualidade do cuidado prestado à mulher em situação de violência é necessário a articulação do saber de gênero (instrumento) e da opressão de gênero como objeto, com fins ao empoderamento da mulher, o estímulo ao resgate de sua autonomia e a incorporação da mulher como sujeito de direitos, favorecendo, com isso, a implementação das políticas vigentes em sua completude, com conseguinte contribuição para a transformação social. Nesse processo, depreenderão outras necessidades sociais, com outras possibilidades de estruturação política e organização das práticas e dos serviços demandando, conseqüentemente recortes de objetos, seleção de instrumentos e finalidades novas para atender necessidades que surgem na processualidade do trabalho na ESF.

Nesse sentido, o processo de trabalho em saúde, devido a sua circularidade, dinamicidade e dialética; não pode ser regido por uma ciência, mas pelo diálogo dos saberes específicos do campo da saúde com os saberes inscritos na sociologia, antropologia, psicologia para atender, concretamente, necessidades sociais das mulheres que vivenciam a violência de gênero.

A superação do modelo biomédico corresponde a uma das finalidades da política de atenção integral à saúde da mulher, bem como uma das questões reclamadas

pelos movimentos feministas para o alcance a atenção integral à saúde da mulher. Para transformar em ações, a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres e a área técnica da mulher do Ministério da Saúde tem produzido mecanismos burocráticos como normas para qualificação profissional na atenção básica à saúde e na atenção secundária, capacitação de profissionais, articulação de diversos setores institucionais para formação de redes de enfrentamento à violência contra a mulher e apoio às mulheres em situação de violência.

Todavia, essas iniciativas ainda estão no plano do discurso, não se concretizando no cotidiano dos serviços por meio de práticas profissionais potentes para o empoderamento da mulher violentada como foi possível verificar neste estudo. Em adição, o trabalho em rede previsto na política vigente tem como pressuposto o conhecimento do trabalho da(o) outra(o), o conhecimento do próprio trabalho, a interação das(os) trabalhadoras(es) e a articulação das ações, a fim de promover a efetivação dos direitos humanos das mulheres. Esse conhecimento permite caracterizar a política de atenção intersetorial, considerando a complexidade que caracteriza a violência como objeto de intervenção.

Outrossim, a rede básica de saúde é compreendida como ‘a porta de entrada’ do serviço municipal público de saúde, por meio da ESF. Isso significa que a rede básica de saúde tem pelo menos duas finalidades: oferecer respostas sociais aos problemas e necessidades de saúde e constituir-se como serviço no setor terciário da economia (PAIM, 2006).

Com base nessa realidade, a rede básica comporta a compreensão de *lugar social* para a realização de ações individuais e coletivas de saúde, por meio de processos de trabalho, como práticas sociais relacionadas ao atendimento de necessidades sociais em saúde, decorrentes da experiência de viver cotidianamente a existência em todas as suas dimensões: a biológica, a social, psico-emocional e espiritual. Entre as responsabilidades da atenção básica encontra-se a de executar ações de saúde da mulher, por meio de processos de trabalho com potencial emancipatório da opressão de gênero (BRASIL, 2001).

Nessa concepção, uma das finalidades do trabalho em saúde coletiva do qual a ESF é parte, é alcançar a transformação do perfil de saúde-doença da coletividade. Segundo Oliveira (2011) recorrendo a Egry (1996) é possível produzir mudanças

mediante o trabalho das equipes de saúde, desde que haja o reconhecimento dos processos que determinam as necessidades e com base nesses processos, a execução de intervenções que contribuam para a transformação da realidade.

Para a superação do modelo clássico de atenção à saúde da mulher, a proposta do SUS incorpora um conceito de saúde ampliado, que comporta a perspectiva dos determinantes sociais da saúde, na qual o ser humano é compreendido como sujeito que se determina, também, na esfera da vida social e cujo adoecimento é fruto da simbiose entre a dimensão social, o ambiente onde o sujeito está inserido e a dimensão biológica. Pensar essa inter-relação é reconhecer a existência das inequidades e os meios para superá-las e promover a saúde potencial (MARCONDES, 2007; BARATA, 2009).

Aplicado à atenção à saúde da mulher é eleger a compreensão da determinação histórica, social e cultural que a violência infere na vida das mulheres, no saber que subsidia o processo de trabalho, a fim de construir novas práticas e reorientar serviços para o alcance da superação da desigualdade de gênero (BARATA, 2009).

Diante destas considerações, verifica-se a importância de refletir sobre a transversalidade das questões de gênero no processo de trabalho na atenção à mulher em situação de violência, enfoque que coloca as questões de saúde da mulher como responsabilidade do Estado na qualidade de definidor de políticas públicas para seu enfrentamento e executor dessas políticas por meio de processos de trabalho nos diversos setores e serviços, entre estes os serviços de saúde.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

*A utopia está lá no horizonte.
Me aproximo dois passos,
ela se afasta dois passos.
Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos.
Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei.
Para que serve a utopia?
Serve para isso:
para que eu não deixe de caminhar.*

Eduardo Galeano

Esta investigação buscou contribuir para a reflexão sobre a articulação entre as diretrizes das políticas de atenção à mulher em situação de violência e a sua efetivação por meio do processo de trabalho desenvolvido em duas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família do município de João Pessoa à luz das categorias gênero e trabalho. Discutimos os limites e possibilidades da transformação paradigmática das práticas em saúde na atenção básica para o empoderamento das mulheres que vivenciam violência enquanto fenômeno.

Compreendemos que a violência de gênero contra mulheres é um sério problema de saúde pública, por provocar sofrimento e adoecimento a quem a vivencia e a quem está em seu entorno, devendo ser enfrentado pelo Estado e pela sociedade. Este fenômeno, que está ancorado no patriarcalismo, compromete a garantia dos direitos humanos fundamentais das mulheres, cerceando-as da sua autonomia e da capacidade de se empoderarem para reconstruir a própria história e mudar os rumos da sua vida.

Nosso ponto de partida pressupõe que os processos de trabalho estão subordinados às visões de mundo dos sujeitos que os desenvolvem de modo a reproduzir, por meio de ações concretas, referenciais de gênero que qualificam as práticas em saúde com potencial para a manutenção ou emancipação da opressão de gênero. A transformação paradigmática do modelo de atenção à saúde da mulher envolve as visões de mundo dos sujeitos que realizam as práticas em saúde, pois é na ação concreta do trabalho que se modificam as estruturas sociais.

O processo de trabalho, analisado neste estudo sob o enfoque marxista, por meio da categoria trabalho e de gênero, juntamente com as intenções da política e a organização dos serviços, constituem os pilares do modelo de atenção à saúde. A articulação desses pilares se concretizará na efetivação da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher, com potencial para contribuir para a transformação da situação de opressão de gênero em superação.

Todavia a concretude do modelo de atenção à saúde da mulher só é passível de ser observada pelo processo de trabalho e os elementos que o compõem- o objeto do trabalho, os instrumentos adequados ao objeto e a finalidade do trabalho – de modo a se materializar por meio de ações de saúde. Assim, neste estudo, o trabalho foi compreendido enquanto processo dinâmico e articulado à totalidade social onde a usuária se insere.

Nossa premissa se sustentou no argumento de que os processos de trabalho em saúde na ESF possuem potencialidades para fomentar a transformação da atenção à saúde da mulher em situação de violência, à luz do enfoque de gênero. Esta potencialidade foi passível de investigação nas bases teóricas - saber - que norteiam o processo de trabalho. Portanto, o objeto desta investigação correspondeu ao saber de gênero que orienta os processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência.

Ao analisarmos o saber em gênero no processo de trabalho foi possível perceber as tensões relativas ao modelo de saúde pública tradicional hegemônica, que prioriza ações de saúde com foco curativo daquele proposto pelas políticas públicas vigentes. Nestas últimas, a pessoa é concebida em sua completude, considerando não só a base

biológica, mas os determinantes sociais e históricos que favorecem ao seu adoecimento.

Mais do que conhecer a existência de casos de violência, interessou-nos apreender quais sentidos a violência de gênero contra mulheres adquire para os profissionais das unidades de saúde investigadas e como estes desenvolvem seus processos de trabalhos para atender às necessidades das mulheres em situação de violência. Motivou-nos conhecer a dialética entre intenções políticas e práticas profissionais (processos de trabalhos) buscando subsidiar a construção de estratégias para a incorporação da categoria gênero na processualidade do trabalho.

Ao analisarmos os depoimentos dos sujeitos, foi possível apreender o reconhecimento dos profissionais sobre a vivência da violência doméstica no cotidiano das usuárias que buscam o serviço. As concepções dos profissionais sobre a violência doméstica contra mulher estiveram pautadas em referenciais ideológicos patriarcais, de modo que embora conhecessem a existência do fenômeno, não desenvolviam ações potenciais para o seu enfrentamento, exceto se o fenômeno se expressasse no corpo físico. Ou seja, reconheciam a violência contra a mulher como fenômeno existente em seu território, porém não acolhiam as necessidades provenientes deste fenômeno no seu cotidiano de trabalho.

Além da compreensão da violência prioritariamente em sua modalidade física, a análise apontou a concepção ideológica da violência como um problema do âmbito privado próprio do exercício afetivo do casal e, portanto, não passível de ser recortado como objeto do trabalho em saúde, traduzido nos depoimentos como exceção à realidade doméstica, problema individual e cuja mulher é cúmplice do agressor.

A visão de mundo das(os) profissionais da ESF investigada foi traduzida no discurso que predomina a concepção da mulher como vítima e também como responsável pela violência que vivencia. Sua propensão é a de atualizar os modos de assistir à mulher em sua dimensão biológica, sem a crítica ao estatuto da determinação biológica da condição feminina frente à violência.

Mediante a análise dos depoimentos dos participantes do estudo foi possível identificar que as(os) profissionais têm duas estratégias para lidar com a violência doméstica contra a mulher no desenvolver de suas ações cotidianas. A primeira corresponde à abordagem da violência como um problema biológico de saúde,

justificado pela dependência material, cuja ação concreta do trabalho compreende o encaminhamento a outra(o) profissional da ESF ou a outro serviço da rede de assistência.

Nestas situações a mulher pode ser revitimizada, por que a cada contato com profissional/serviço necessitará reviver mentalmente os episódios de violência. Além disso, o encaminhamento a outras instâncias da rede de serviços públicos onera os gastos com a saúde, visto que mulheres vítimas de violência buscam com maior frequência os serviços de saúde para terem suas necessidades atendidas.

A segunda estratégia correspondeu a conceber a violência não-física como não-violência, portanto sem ser contemplada como objeto a ser transformado pelo processo de trabalho. Tanto uma, quanto outra estratégia apresentam limitações concernentes à compreensão da violência como fenômeno social complexo, presente no cotidiano da mulher e que se opõe à garantia de direitos humanos.

Por outro lado, foi possível evidenciar que a visão de mundo das(os) profissionais sobre violência de gênero esta pautada na relação entre violência e condições de vida determinadas pelo contexto social, enunciadas pela falta de emprego, alcoolismo, tráfico de drogas, falta de educação formal, bem como pelo contexto cultural enunciado pelo machismo, pelas tensões decorrentes do acesso da mulher ao mercado formal de trabalho e pela desigualdade na divisão do trabalho doméstico. Por meio dessa compreensão e da crítica aos determinantes sociais que produzem doença, especialmente a violência, é possível produzir um saber que norteie práticas profissionais baseadas na análise dos determinantes sociais da saúde e da doença, entre eles os referenciais de gênero. O uso dessa lente analítica contribuirá para produção de processos de trabalho baseados com potencial para produzir transformações sociais.

Os determinantes sociais do processo de adoecimento são necessários para o recorte do objeto de trabalho, da seleção de instrumentos e da finalidade, haja vista que são esses determinantes que ditam a dinâmica das formas de viver e se relacionar dos indivíduos e grupos sociais contribuindo para ampliar o olhar sobre os elementos que favorecem ao adoecimento e propor ações de saúde que alcancem a dimensão coletiva da saúde pública.

O campo da saúde coletiva tem reconhecido a insuficiência do modelo biológico para responder às necessidades das mulheres em situação de violência, ao

valorizar a epidemiologia clínica para tratar de questões mais amplas relacionadas à reprodução social da desigualdade, a exemplo da violência de gênero.

Neste sentido, a epidemiologia social corresponde a um campo de saber que pode trazer à superfície os fatores que contribuem para o exercício e perpetuação da violência de gênero baseada no patriarcalismo, por meio da análise dos seus determinantes sociais, pois considera que as dimensões socioculturais e estruturais influenciam no processo saúde-doença.

No tocante aos elementos do processo de trabalho – objeto, instrumentos e finalidade – a análise do material empírico evidenciou consonância entre os elementos enunciados nos depoimentos ao recortar o objeto pela violência física e alcançar a transformação deste pela cura da lesão e a perspectiva biologicista. Nessa perspectiva, o fenômeno da violência doméstica é compreendido a partir da *patologização* da violência e medicalização do corpo feminino para tratar de questões de base social, sem produzir transformação social.

Este *modus operandi* está em dissonância com as intenções políticas, de modo que o que se configura como política pouco se reproduz no cotidiano das práticas em saúde. Os processos de trabalho em saúde e as intenções da política de atenção à mulher em situação de violência seguem caminhos distintos com aproximações e distanciamentos.

A qualidade emancipatória da opressão de gênero, enquanto direito humano da mulher, se apresenta na perspectiva das conquistas de direitos e de satisfações sociais de saúde ainda não alcançadas, nas práticas profissionais de saúde, na atenção à mulher em situação de violência na ESF.

Todavia, a análise dos depoimentos apontou para a identificação pelos profissionais, de suas fragilidades para lidar com o fenômeno da violência na ESF. Este reconhecimento pode ser indicativo de interesse dos entrevistados em superar a perspectiva curativa presente no saber que norteia o processo de trabalho em saúde. Esse interesse indica a teleologia que o trabalho em saúde possui, ao sinalizar para a dialética entre a prática profissional e a teoria que a subsidia.

Entretanto, considerando que o processo de trabalho em saúde corresponde à uma ação humana para atender necessidades, o fato de não termos incluído as mulheres usuárias do serviço como sujeitos da pesquisa pode ter limitado a compreensão da

relação entre processo de trabalho e necessidades, com fins a transformação social, pois não conhecemos empiricamente as expectativas das mulheres usuárias em relação ao trabalho dos profissionais. Deste modo, não foi possível relacionar as necessidades das usuárias com os elementos do processo de trabalho analisados.

Em contrapartida, acreditamos que este estudo poderá contribuir para ampliar a discussão sobre processo de trabalho na ESF pela perspectiva marxista, tema ainda pouco explorado pela enfermagem e pela saúde coletiva, especialmente no nordeste brasileiro. Por outro lado, o estudo constitui mais uma alternativa teórico-metodológica em um leque amplo de discussões sobre a inclusão do enfrentamento da violência contra a mulher na agenda da saúde à luz da abordagem de gênero.

A reflexão realizada nesta pesquisa sobre as duas categorias empíricas de análise, gênero e trabalho, sobre a articulação entre o que está proposto como política e o que concretamente se efetiva como ação no cuidado à mulher em situação de violência poderá subsidiar a formação de recursos humanos em saúde no tocante a contemplar além da dimensão biológica, a reflexão sobre a perspectiva ética e política do cuidado baseada nos direitos humanos e na igualdade de gênero, por meio da prática praxiológica - que pressupõe a transformação do sujeito e de sua realidade mediada pelo conhecimento, criatividade e autoconhecimento transformando (e conformando) seu mundo humano e histórico a si mesmo – de modo a contribuir para a transformação da atenção à mulher em situação de violência com fins a superação da opressão de gênero.

Defendemos que a análise e reflexão sobre os processos de trabalho na atenção à mulher em situação de violência, enquanto prática social, são fundamentais para produzir transformações necessárias para a promoção da equidade de gênero, pois tem alcance não só para as(os) usuárias(os), mas também para as(os) profissionais envolvidos, tornando-se um instrumento potencial para ultrapassar o reformismo e alcançar a transformação paradigmática do modelo de atenção à saúde da mulher previsto nos documentos oficiais.

No caminho para a superação deste limite propomos a realização de pesquisas que contemplem em seu bojo a análise das necessidades das mulheres usuárias do serviço e sua relação com os processos de trabalho na ESF.

Não obstante, reconhecemos que o campo da saúde representa um setor da atenção primordial para a superação da opressão de gênero da qual a violência contra a mulher faz parte. Nesta concepção, o campo da saúde é compreendido como campo social estratégico para o enfrentamento da violência de gênero contra mulheres, especialmente na ESF como componente estratégico da atenção básica à saúde, por seu caráter de lugar social.

Logo, o trabalho em saúde deve se desenvolver, necessariamente, em sua inter-relação com outros campos do saber, por meio de processos de trabalho que focalizem a intersetorialidade, articulando as diversas instituições e movimentos sociais para o desenvolvimento das potencialidades profissionais com vistas a alcançar a transformação social de gênero necessária para o exercício dos direitos humanos das mulheres.

Do ponto de vista local, ou seja no interior do serviço, o processo de trabalho deve ser desenvolvido, por um lado, *individualmente* por cada profissional considerando os saberes em gênero e a complexidade da vivência da violência pelas mulheres, na escuta e acolhimento qualificados respeitando os determinantes sociais que influem no empoderamento e na autodeterminação das mulheres como sujeitos; bem como no desenvolvimento do *trabalho em equipe* e no conhecimento mútuo das competências das diversas categorias profissionais, com formulações de núcleos comuns de trabalho para o enfrentamento à violência, pactuações de ações coletivas transdisciplinares e com a construção de projetos de cuidado que contemplem todas as dimensões do ser mulher.

Todavia não temos a resposta à pergunta de como desenvolver processos de trabalho interdisciplinares, multiprofissionais e transeitoriais. Acreditamos que cada contexto do trabalho em saúde tem suas estratégias para a análise da processualidade do trabalho, tendo em vista a transformação social.

Entretanto, consideramos imprescindível que as mulheres usuárias façam parte desse processo, discutindo com a equipe os problemas prioritários que necessariamente precisam ser atendidos pelos processos de trabalho. Desta forma, modificamos a qualidade da mulher que busca o serviço, posto que não é paciente, tampouco apenas usuária, mas sujeito que se determina no e pelo processo de trabalho.

Para alcançar esse novo *modus operandi*, apontamos a necessidade de fomentar estudos que enfatizem o trabalho numa perspectiva ampla e relacional, estimulando pesquisas sobre as diversas abordagens do cuidado, assim como as análises voltadas à compreensão dos limites e potencialidades do processo de trabalho em saúde e da relação deste campo com as outras áreas. Cabe ainda estimular estudos sobre a dinâmica das transformações ocorridas no papel da mulher como sujeito social e dos desafios que o setor saúde possui para atender às novas necessidades que se sobressaem destas transformações para a efetivação da saúde como um bem social e uma questão de direitos humanos das mulheres.

REFERÊNCIAS

AGENDE, CLADEM. **Ações em Gênero, Cidadania e Desenvolvimento (AGENDE); Comitê Latino-Americano e do Caribe para a Defesa dos Direitos da Mulher (CLADEM). O Brasil e a Convenção Sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher. Documento do movimento de mulheres para o cumprimento da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Contra a Mulher (CEDAW), pelo Estado Brasileiro: propostas e recomendações.** Brasília, DF: AGENDE, 2003.

ALMEIDA-FILHO, N. A problemática teórica da determinação social da saúde. In: NOGUEIRA, R. P. **Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária.** Rio de Janeiro: CEBES, 2010.

ÂNGULO-TUESTA, A. **Gênero e violência no âmbito doméstico: a perspectiva dos profissionais de saúde.** Dissertação (Mestrado em Ciências). Rio de Janeiro: ENSP, 1997.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho.** São Paulo: Boitempo, 2009.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho.** 15ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; MINAYO, M. C. S.; PIRES, T. O.; OLIVEIRA, R. V. C. Violência na família, na escola e na comunidade e relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2001, vol.6, n.1 [cited 2013-03-04], pp. 63-72.

AYRES, J. R. C. M. Para comprender el sentido práctico de las acciones de salud: contribuciones de la Hermenéutica Filosófica. **Salud colectiva**, Buenos Aires, 4(2):159-172, Mayo - Agosto, 2008.

AVANCI, J.; ASSIS, S.; OLIVEIRA, R. A cross-sectional analysis of women's mental health problems: examining the association with different types of violence among a sample of Brazilian mothers. **BMC Women's Health** 2013, 13:20. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/13/20> Acesso em 13/05/2013.

BARATA, R. B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, R. S.; GIFFIN, K. Gênero, saúde reprodutiva e vida cotidiana em uma experiência de pesquisa-ação com jovens da Maré, Rio de Janeiro. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 11, n. 23, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 31 ago. 2011. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000300011>.

BOFF, L. **A águia e a galinha: a metáfora da condição humana**. 40ª ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

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

BORRELL, C.; ARTAZCOZ, L. La relación entre El sexismo percibido y La depresión. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, V. 33, N. 82, p. 316-325, maio/ago. 2009.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. **Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa – CONEP – **Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: 1996.

_____. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 36p, 1997.

_____. **Regionalização de Assistência à saúde: aprofunda a descentralização com equidade no acesso**. NOAS-SUS 01/01 Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. **Residências terapêuticas: o que são, para que servem**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Lei n. 11.340 de 22 de setembro de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 25 de set 2006. [Legislação na internet].Brasília; 2006 [citado 18 jun. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111340.htm.

_____. **Plano Nacional de Políticas para Mulheres**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004b.

_____. **PAISM: 21 anos depois**. Brasília, 2005.

_____. **Normas técnicas de uniformização: Centros de Referência de atendimento à mulher em situação de violência**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2006.

_____. **Pacto Nacional de Enfrentamento à violência contra a Mulher**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2007.

_____. **Com todas as mulheres, por todos os seus direitos**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2010.

_____. **Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres.** Brasília: Secretaria Especial de Políticas para Mulheres, 2011.

BUSS, P. M. Saúde Pública hoje. **Saúde pública hoje:** aula de abertura do Doutorado Interinstitucional em Saúde Pública ENSP/UFPB/UFCG/UFAL. João Pessoa, setembro, 2009.

BUSTORFF, L. A. C. V. **O conceito de gênero nas políticas públicas que orientam atenção à saúde da mulher:** Revisão integrativa da literatura. 2010. 165p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa/PB, 2010.

CAMURÇA, S. O Feminismo e a situação das mulheres na política. In Camurça, S. **Agenda Política: Construir a voz das mulheres no contexto eleitoral.** Recife: Articulação de Mulheres Brasileiras – SOS Corpo – Instituto feminista para a Democracia, 2008.

CARVALHO, N. M. **Breve história da saúde brasileira no século XX.** Texto para utilização no I Curso de Educação em Saúde Pública Voltado para a Formação de Preceptores. Santa Maria – RS, 2007.

CARVALHO, B. G.; PEDUZZI, M.; MANDÚ, E. N. T.; AYRES, J. R. C. M. Trabalho e intersubjetividade: reflexão teórica sobre sua dialética no campo da saúde e enfermagem. **Revista latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. jan.-fev. 2012 (acesso em: 20/12/2012);20(1), p. 19-26.

CARVALHO, B. G.; LIMA, J. V. C.; BADUY, R. S. Movimentos, encontros e desencontros da produção da residência multiprofissional em Saúde Família. In: BRASIL, **Residência Multiprofissional em saúde:** experiência, avanços e desafios. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

CASTRO, A. P.; FEITOSA, A. A. F. M. A.; SOUSA, E. S. S.; GUILLAM, M. C. R. Saúde pública e ações afirmativas para as múltiplas faces da violência na Paraíba. In: FEITOSA, A. A. F. M. A.; ALMEIDA, J. C.; SANTOS, J. E. **Estudos e ações ambientais no semiárido.** Campina Grande: EDUFCG, 2011.

CHAUÍ, M. Participando do Debate sobre Mulher e Violência”. In: FRANCHETTO, B.; CAVALCANTI, M. L. V. C.; HEILBORN, M. L. (org.). **Perspectivas Antropológicas da Mulher 4,** São Paulo, Zahar Editores, 1985.

_____. **Convite à filosofia.** São Paulo: Ática, 2005.

_____. **Cultura e democracia:** o discurso competente e outras falas. 11^a ed. São Paulo: Cortez, 2006.

_____. Cultura e democracia. In: Crítica y emancipación : **Revista latino americana de Ciencias Sociales.** Año 1, no. 1. Buenos Aires : CLACSO, 2008.

CONCHA-EASTMAN, A.; MALO, M. From repression to prevention against violence: a challenge posed to civil society and the health sector. **Ciência & Saúde Coletiva,** 11(2):339-348, 2006.

COELHO, E. C. **Enfermeiras que cuidam de mulheres**: conhecendo a prática sob o olhar de gênero. 2001. 180f. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2001.

DEBRET, G. G.; GREGORI, M. F. Violência e gênero: novas propostas, velhos dilemas. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 66, 2008.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, Set./Dez. 2004.

DIEESE. **Anuário das mulheres brasileiras**. São Paulo: DIEESE, 2011.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L. **Violência de gênero, necessidades de saúde e uso de serviços em atenção primária** Tese (Doutorado em Medicina). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SENNA, D. M. Saúde da mulher. IN: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (org.). **Saúde do adulto: programa e ações na unidade básica**. São Paulo: HUCITEC; 2000. 2ed. p.86-108.

D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B.; HANADA, H.; DURAND, J. Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero: uma alternativa para atenção primária em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, 2009; 14 (4) 1037-1050.

EGRY, E. Y.; OLIVEIRA, M. A. C.; CIOSAK, S. I.; MAEDA, S. T.; BARRIENTOS, D. M. S.; FONSECA, R. M. G. S.; CHAVES, R. M. N.; HINO, P. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP** . N. 43(supl. 2): 1181-1186, 2009.

ESTEVAO, C. V. Democracia, Direitos Humanos e Educação: Para uma perspectiva crítica de educação para os direitos humanos. **Rev. Lusófona de Educação**, Lisboa, n. 17, 2011. Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-72502011000100002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 28 fev. 2013.

FARAH, M. F. S. Gênero e políticas públicas. **Rev. Estud. Fem.** 2004;12(1):71-4.

FIORIN, J. L. **Linguagem e ideologia**. 6ª ed. São Paulo: Ática, 1998.

_____. **Introdução ao pensamento de Bakhtin**. São Paulo: Ática, 2006.

_____. **Elementos de análise do discurso**. 15. ed. São Paulo: Contexto/EDUSP, 2011. v. 1. 94p.

_____. SAVIOLI, F. P. **Para entender o texto: leitura e redação**. 15ª ed. São Paulo: Ática, 1999.

FONSECA, R. M. G. S. Equidade de gênero e saúde das mulheres. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, V.39, Sup 4, p.450-459, 2005.

FONSECA, R. M. G. S.; LEAL, A. E. R. B.; SKUBS, T.; GUEDES, R. N., EGRY, E. Y. Violência doméstica contra a mulher na visão do agente comunitário de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, V 17, n. 6, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial In: MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; RIMOLI, J.; BUENO, W. S. (org) **O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. HUCITEC: São Paulo, 2003.

FRANZOI, N. M.; FONSECA, R. M. G. S.; GUEDES, R. N. Violência de gênero: concepções de profissionais das equipes de saúde da família. **Revista Latino-Americana de Enfermagem** [Internet]. maio-jun 2011 [Acesso em 05 fev.2012]; 19(3) [9 telas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae.

FREITAS, W. M. F. **Significado da paternidade para homens que a vivenciam: um olhar de gênero**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Paraíba; 2004.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C.; GUEDES, R. N.; LUCENA, K. D. T.; COSTA, A. P. T. Paternidade: responsabilidade social do homem no papel de provedor. **Revista de Saúde Pública**, V 43, n 1, p 85-90. 2009.

FREITAS, W. M. F.; COELHO, E. A. C.; SILVA, A. T. M. C. Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: 23(1):137-145, jan, 2007.

FREITAS, W. M. F.; SILVA, A. T. M. C. Direito e violência de gênero: podem as práticas profissionais contribuir para a emancipação da opressão de gênero? In: OLIVEIRA, M. H. B.; VASCONCELOS, L. C. F.; GUILLAM, M. C.; SCHUTZ, G. E.; SILVA, A. T. M. C. **Direito e saúde: cidadania e ética na construção de sujeitos sanitários**. Maceió: EDUFAL, 2012.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. 2009; 11(2):424-8. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>.

FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. Fundação Perseu Abramo, 2001. Disponível em: http://www.agende.org.br/docs/File/dados_pesquisas/feminismo/A%20Mulher%20Brasileira%20nos%20Espacos%20Publico%20e%20Privado-Fundacao%20Perseu%20Abramo.pdf. Acesso em 22/08/2013

GOELLNER, S. V. A produção cultural do corpo. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V. (orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação**. Petrópolis: Vozes, 2003.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 2, n. 2, p. 103-114 – julho 1994.

GOMES, R. Violência contra mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. In: Brasil. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: 2004

_____. A dimensão simbólica da violência de gênero: uma discussão introdutória. **Athenea Digital**. N. 14, p. 237–243, 2008. Disponível em:<http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/520>.

_____. Não basta o socorro físico: é preciso atuar nas causas da violência. **Revista do Instituto Humanitas Unisinos**. N. 255, p. 18-19.

_____. Invisibilidade da violência nas relações afetivo-sexuais. In: MINAYO, MCS; ASSIS, SG; NJAINE, K. **Amor e violência: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

GUEDES, R. N., SILVA, A. T. M. C., FONSECA, R. M. G. S. A violência de gênero e o processo saúde-doença das mulheres. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, V.13, N.3, p. 625-631. 2009.

HANADA, H.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L.; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**. Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010.

HEISE, L. Gender-based Abuse: The Global Epidemic. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supl. 1): 135-145, 1994.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, João Pessoa, 2010.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. Trad. Miriam Nobre. In: HIRATA, H. (Org.). **Dictionnaire critique du féminisme**. Paris: Ed. Presses Universitaires de France, 2000. Tradução em 2003. Disponível em: http://polignu.org/sites/default/files/mulheres/data_curta/adivisaosexualdotrabalho_0.pdf

KISS, L. B.; SCHRAIBER, L. B.; D’OLIVEIRA, A. F. P. L. Possibilidade de uma rede intersetorial de atendimento a mulheres em situação de violência. **Interface – Comunicação e saúde**. V.11, n.23, p.485-501, set/dez. 2007.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz & Terra, 1992.

LIMA, J. C. F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: FONSECA, A. F.; STAUFFER, A. B. **O processo histórico do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

LIONÇO, T. Que Direito à Saúde para a População GLBT? Considerando Direitos Humanos, Sexuais e Reprodutivos em Busca da Integralidade e da Equidade. **São Paulo: Saúde e sociedade**, v.17, n.2, p.11-21, 2008.

LOFORTE, A. M. Políticas e estratégias para a igualdade de gênero: constrangimentos e ambiguidades. **Outras vozes**, n. 8, agosto, 2004.

LOURENÇO, S. Gênero: acepções e considerações. **Revista capital científico Guarapuava** - PR v. 2 n. 1 p. 65-78 jan/dez. 2004.

LUCENA, K. D. T. **Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2007 em João Pessoa-PB**. Dissertação (Mestrado em modelos de decisão em saúde). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba; 2011.

_____; SILVA, A. T. M. C.; MORAES, R. M.; SILVA, C. C.; BEZERRA, I. M. P. Análise espacial da violência doméstica contra a mulher entre os anos de 2002 e 2005 em João Pessoa, Paraíba, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 6, jun. 2012.

_____; FREITAS, W. M. F.; OLIVEIRA, A. K. S.; CARÍCIO, M. R. et all. A abordagem de gênero no contexto do trabalho na ESF do município de João Pessoa (PB). **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro v.34 n.86 jul./set. 2010.

MACÊDO, G. N. S. **Construção da relação de gênero no discurso de homens e mulheres, dentro do contexto Organizacional**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Universidade Católica de Goiás, 2003.

MARCONDES, W. B. **Participação popular na saúde pelos caminhos da prática educativa**. 2007. 142f. Tese (Doutorado em ciencias) - Escola Nacional de saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2007.

MENEGHEL, S. N.; VIAL, S. R. M. Rotas críticas: mulheres enfrentando as violências. **Athenea Digital**, 14, 199-213, 2008 Disponível em <http://psicologiasocial.uab.es/athenea/index.php/atheneaDigital/article/view/533>. Acesso em 13/05/2012.

_____; BAIRRO, F.; MUELLE, B.; MONTEIRO, D.; OLIVEIRA, L. P.; COLLAZIO, M. E. Rotas críticas de mulheres em situação de violência: depoimentos de mulheres e operadores em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(4):743-752, abr, 2011.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviço. **Revista de Economia Política**, vol. 26, nº 1 (101), pp. 119-136 janeiro-março/2006.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 1992. Mimeografado.

_____. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC; 1994.

MENEZES, M. A. R. Processo de trabalho e serviço social: notas sobre o processo de trabalho, produção social, reprodução social e regulação social. **Teoria Política e Social** v.1, n.1, p. 67-72, dez. 2008.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

MERHY, E. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. In: MERHY, E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Práxis em salud**: um desafio para lo público. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec/Lugar Editorial, 1997. p. 197-228.

MEYER, D. E. Gênero e educação: teoria e política. In: LOURO, G. L.; NECKEL, J. F.; GOELLNER, S. V.(orgs.). **Corpo, gênero e sexualidade**. Um debate contemporâneo na educação. Petrópolis: Vozes, 2003.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**. 1998; 4(3):513-531.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema de saúde para os brasileiros In: BRASIL. **Impacto da violência na saúde dos brasileiros**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Conceitos, teorias e tipologias de violências: a violência faz mal à saúde individual e coletiva. In NJAINE, K.; ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. (org) **Impactos da violência sobre a saúde**. Rio de Janeiro: editora Fiocruz, 2009.

_____. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. A violência dramatiza causas. In: MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. (Org) **Violência sob o olhar da saúde**: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. 2ª reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

_____. A condição juvenil no século XXI. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. **Amor e violência**: um paradoxo das relações de namoro e do “ficar” entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011b.

_____. **Dia da Mulher marca conquistas e problemas como a violência**. 08 de março de 2013. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/departamentos/arquivos/anexos/ABMateria%20Violencia%20contra%20a%20Mulher%20Cecilia%20Minayo.pdf> Acesso em 03/06/2013.

MIRIM, L. A. Balanço do enfrentamento da violência contra a mulher na perspectiva da saúde mental. In: DINIZ, S. G.; SILVEIRA, L. P.; MIRIM, L. A. (Orgs.). **Vinte e cinco anos de respostas brasileiras em violência contra a mulher**: alcances e limites. São Paulo: Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, p.266-287, 2006.

MORAES, A. F.; SORJ, B. Os paradoxos da expansão dos direitos das mulheres no Brasil. In: MORAES, A. F.; SORJ, B. **Gênero, violência e Direitos na sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: 7letras, p. 10-22, 2009.

MOTA, A.; SILVA, J. Á.; SCHRAIBER, L. B. **Contribuições pragmáticas para a organização dos recursos humanos em saúde e para a História da profissão médica no Brasil**: à obra de Maria Cecília Donnangelo. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R.; REBELO, L. E. F. S. Violência é coisa de homem? A “naturalização” da violência nas falas de homens jovens. **Ciência & Saúde Coletiva**, 14(4):1151-1157, 2009.

OLIVEIRA, S. F. **Avaliação do Programa Saúde da Família: uma análise a partir das crenças dos profissionais da equipe de saúde e da população assistida**. Dissertação (Mestrado). João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba UFPB/CCHLA, 2006.

OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos da Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília 2012 mai-jun; 65(3): 401-5.

OLIVEIRA, R. N. G. **Violência de gênero e necessidades em saúde: limites e possibilidades da Estratégia Saúde da Família**. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2011.

OMS. **Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica**: primeiros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. Genebra: 2005.

OMS. Declaração de Alma-Ata. **Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978.

ONU. **Report of the economic and social council for 1997**. Postado em 10/01/2000 Disponível em: <http://www.un.org/documents/ga/docs/52/plenary/a52-3.htm> acesso em 03/01/2013.

OPAS. Organização Panamericana de Saúde. **Informe mundial sobre la violencia y la salud**: resumem. Organizacion Mundial de la Salud, Washington, DC; 2002.

PAIM, J. S. **Desafios para a Saúde Coletiva no Século XXI**. Salvador: EDUFBA, 2006.

PARO, V. H. **Escritos sobre educação**. São Paulo: Xamã; 2001.

PEDUZZI, M. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde**: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população. 2007. 247f. (Tese livre docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2007.

PEDUZZI, M. ; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B; LIMA, J. C. F. **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEQUENO, M. **O fundamento dos direitos humanos**. Disponível em http://www.redhbrasil.net/documentos/biblioteca_on_line/modulo1/2.fundamento_dos_direitos_humanos_marconi.pdf Acesso em 14 de setembro de 2011.

PEREIRA, V. N.; OLIVEIRA, F. A.; GOMES, N. P.; COUTO, T. M.; PAIXÃO, G. P. N. Abortamento induzido: vivência de mulheres baianas. **Saúde e Sociedade**, 21(4), 1056-1062. 2012.

PORTAL DE DIREITO INTERNACIONAL. Declaração e programa de ação de Viena: **Conferência Mundial sobre Direitos Humanos**. Disponível em www.cedin.com.br. Acesso em 25/10/2010.

SAFFIOTI, H. I. B. **A mulher na sociedade de classes: mito e realidade**. 2. ed. - Petrópolis: Vozes, 1979.

_____. **Estudos Sobre Mulher no Brasil: avaliação e perspectivas**. São Roque. SP. Fundação Carlos Chagas. V.1, Nov/1990, p.6-8.

_____. **Já se mete a colher em briga de marido e mulher**. São Paulo: Perspectiva 13(4): 82-91, 1999.

_____. Contribuições feministas para o estudo da violência de gênero. **Labrys estudos feministas**. N. 1-2, Jul-dez. 2002. Disponível em: http://vsites.unb.br/ih/his/gefem/labrys1_2/heleieth1.html. Acesso em 16/02/2011.

_____. **Gênero, patriarcado, violência**. 2ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2011.

_____. **Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres**. Série estudos e ensaios. Ciências sociais. FLACSO Brasil, jun. 2009.

_____. Gênero e Patriarcado: violência contra mulheres. In: VENTURI, G.; RECAMÁN, M.; OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. 1ª reimpressão. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2009.

SANTOS, B. S. **A construção multicultural da desigualdade e da diferença**. Coimbra: Oficina do CES - Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra. n. 135, 1999.

_____. **Um Discurso sobre as Ciências**. Porto: Afrontamento, 1987.

SANTOS, C. M.; IZUMINO, W. P. Violência contra as Mulheres e Violência de Gênero: Notas sobre Estudos Feministas no Brasil. **Revista Estudos Interdisciplinares de America Latina y El Caribe**. Israel: Universidade de Tel Aviv, v.16, nº 1, 2005, p.147-164.

SANTOS, M. C. M. Cidadania de gênero contraditória: queixas crime e direitos na delegacia da mulher em São Paulo. In: Amaral Júnior, A.; Perrone-Moisés, C. (orgs) **O cinquentenário da declaração universal dos direitos humanos**. São Paulo: EDUSP, 1999

SCHRAIBER, L. B. **Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas (tese livre docência)**. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 1997.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**, v.3 , n.5, 1999.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; FRANÇA-JUNIOR, I.; STRAKE, S. S.; OLIVEIRA, E. A. A. violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Revista Saúde e Sociedade**, V 9, N 1-2, p. 3-15, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. Apresentação. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. (org.). **Saúde do adulto**: programa e ações na unidade básica. São Paulo: HUCITEC; 2000. 2ed. p.29.

SCHRAIBER, L. B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 4, p. 470-47, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. P. L.; COUTO, M. T. Violência e saúde: contribuições teóricas, metodológicas e éticas de estudos da violência contra a mulher. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S205-S216, 2009

SCOTT, J. **Gênero**: uma categoria útil para análise histórica. Recife: SOS corpo; 1991.

SEDS. **Dados sobre violência contra mulher** – 2012. João Pessoa: Secretaria de Segurança e Desenvolvimento Social, 2013. Disponível em: <http://www.violenciacontramulher.pb.gov.br/dados> Acesso em 22/07/2013.

SILVA, A. T. M. C. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa-Pb**: limites e possibilidades de transformação do trabalho para produzir saúde mental. Tese (Doutorado em Enfermagem). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2003.

SILVA, J. P. V.; BATISTELLA, C.; GOMES, M. L. Problemas, Necessidades e Situação de Saúde: uma revisão de abordagens para a reflexão e ação da equipe de saúde da família. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (org). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

SILVA, L. V. M.; COELHO, E. A. C. Experiências sexuais de mães adolescentes, vulnerabilidade e dupla proteção. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 25, n. 2, p. 133-144, maio/ago. 2011.

SOARES, B. M. **Enfrentando a violência contra Mulher**: orientações práticas para profissionais e voluntários (as). Brasília, 2005.

SOUSA, G. M.; BORBA, J. K. Q.; LUCENA, K. D. T.; DEININGER, L. S. C.; BORRALHO, L. M. **Relatório anual de gestão** – 2012: Distrito Sanitário IV. João Pessoa: Secretaria Municipal de Saúde. 2012.

STOTZ, E. N. Os Desafios para o SUS e a Educação Popular: uma Análise Baseada na Dialética da Satisfação das Necessidades de Saúde. In: BRASIL. Ver – **SUS Brasil: cadernos de textos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

SUDENE. Região nordeste. [Sd]. Disponível em: <http://www.sudene.gov.br/aceso-a-informacao/institucional/area-de-atuacao-da-sudene/regiao-nordeste>. Acesso em 25/08/2013.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas.** Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

UNICEF. CEDAW: **Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women.** New York, 2011.

VALDEZ-SANTIAGO, R.; JUÁREZ-RAMÍREZ, C.; SALGADO-DE SNYDER, V. N.; AGOFF, C.; AVILA-BURGOS, L.; HÍJAR, M. Violencia de género y otros factores asociados a la salud emocional de las usuárias del sector salud en México. **Salud Publica Mex.** N. 48 supl 2:S250-S258, 2006.

VASCONCELOS, L. C. F.; OLIVEIRA, M. H. B. Direitos humanos e saúde no trabalho. **Revista Saúde e Direitos Humanos.** Rio de Janeiro, Ano 4, n 4, p. 113-134, 2007.

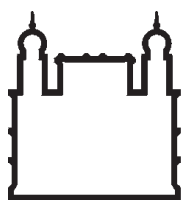
VIEIRA, E. M.; PERDONA, G. S. C.; SANTOS, M. A. Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública,** São Paulo, v. 45, n. 4, Aug. 2011.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. A promissora expansão do uso da categoria gênero pela Saúde Coletiva Brasileira. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, Agosto, 2009. Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400001&lng=en&nrm=iso. Acesso em 20/03/2011.

WAISELFISZ, J. J. **Mapa da violência 2012: atualização homicídios de mulheres no Brasil.** FLACSO Brasil, agosto, 2012. Disponível em: http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/MapaViolencia2012_atual_mulheres.pdf acesso em 10/04/2013

ZILBERMAN, M. L.; BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. **Revista Brasileira de Psiquiatria** [online]. 2005, vol.27, suppl.2 [acessado em 20/03/2013], pp. s51-s55. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-62005000600004&lng=en&nrm=iso>. ISSN 1516-4446. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600004>.

Apêndices



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Apêndice I



Termo de consentimento livre e esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de minha tese de doutorado, intitulada *Práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência á luz do processo de trabalho: limites e possibilidades para a superação da opressão de gênero*, que tem como objetivo geral Compreender a articulação entre as diretrizes da atual política de atenção à mulher em situação de violência e a sua efetivação por meio de práticas profissionais, compreendidas como processos de trabalho, nos serviços públicos destinados a esse fim e objetivos específicos: mapear a rede de serviços de atenção à mulher em situação de violência doméstica no município de João Pessoa-PB; verificar a qualidade dos conteúdos das concepções sobre a violência doméstica contra a mulher nos processos de trabalho instituídos para atender à mulher em situação de violência doméstica nos serviços investigados; analisar os limites e as possibilidades da reorientação das práticas profissionais de atenção à mulher em situação de violência, à luz da abordagem de gênero.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste estudo, motivo pelo qual solicito sua participação. Seu consentimento deve considerar

- 1- A importância da transformação das práticas profissionais na atenção á mulher em situação de violência no município de João Pessoa –PB, com fins a alcançar a efetivação da política de atenção à mulher em situação de violência

- 2- Sua participação será por meio de entrevistas semi-estruturadas gravadas e você poderá ouvi-la e ter livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discutir com o pesquisador, se for do seu interesse.
- 3- O conteúdo da sua entrevista e dos demais participantes será analisado pela Técnica de Análise do Discurso, tendo o referencial do SUS, a abordagem de gênero, e o trabalho como categorias de análise;
- 4- Sua participação é voluntária, podendo desistir a qualquer momento durante o processo de investigação, se assim o desejar;
- 5- Será garantido seu anonimato, por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de informações confidenciais;
- 6- Caso você sinta necessidade de me contatar durante e/ou após a investigação, poderá fazê-lo pelo telefone: (83)8630-7598/ 3216-7229.

Agradeço sua participação

Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas

CONSELHO DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

Rua Leopoldo Bulhões, 1.480 - Térreo

Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ / CEP. 21041-210

Tel e Fax - (21) 2598-2863

Ciente, dessas informações, concordo em participar do estudo.

João Pessoa, ____/____/____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Apêndice II - Roteiro de entrevista

I - Dados de identificação:

Profissão:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade:

Instituição a qual pertence:

Cargo/função:

Tempo como profissional de saúde

Tempo nesse serviço (PSF)

II - Questões norteadoras

1- Em que consiste seu trabalho nesta instituição, em relação à mulher que sofre violência doméstica? (Fale-me das dificuldades no dia-a-dia para o desenvolvimento do seu trabalho. Existem nós? Onde há o problema? Quais são as dificuldades? - o que quero saber: De que modo o seu trabalho contribui para atender as necessidades da mulher usuária deste serviço?)

2- Descreva um dia típico de seu trabalho, que inclua essa assistência. (relate o último caso que você atendeu. Descreva detalhadamente como foi esse atendimento. Que encaminhamento teve este caso?)

3- Você conhece outros serviços que atendem mulher em situação de violência? Quais? Tem contato com esses serviços? Como eles funcionam? Descreva um fluxo seguido por uma usuária atendida por você neste serviço. Há outras possibilidades de fluxos diferentes do caso descrito? Quais? Existe algum instrumento formal de referência e contra-referência utilizado durante o atendimento?

4 -Como você compreende a violência vivenciada pelas mulheres usuárias deste serviço?

Anexos

Anexo 1 – Certidão do Comitê de Ética em Pesquisa



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca
Comitê de Ética em Pesquisa



Rio de Janeiro, 21 de novembro de 2011.

O Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca – CEP/ENSP, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo, discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA CEP/ENSP - Nº 261/11
CAAE: 0291.0.031.000-11

Título do Projeto: “Práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência à luz do processo de trabalho: limites e possibilidades para a superação da opressão de gênero”

Classificação no Fluxograma: Grupo III – Nível – Prevenção – Doutorado Interinstitucional

Será encaminhado à Conep (áreas temáticas especiais) e, portanto, deve aguardar a apreciação final desta para início da execução? Não

Pesquisadora Responsável: Waglânia de Mendonça F. de Freitas

Orientadores: Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva e Maria Helena Barros de Oliveira

Instituição Proponente: Instituição proponente: Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ.

Data de recebimento no CEP-ENSP: 18 / 10 / 2011

Data de apreciação: 09 / 11 / 2011

Parecer do CEP/ENSP: Aprovado.

Ressaltamos que a pesquisadora responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII.13.d., da resolução CNS/MS Nº 196/96*) de acordo com o modelo disponível na página do CEP/ENSP na internet.

Esclarecemos, que o CEP/ENSP deverá ser informado de quaisquer fatos relevantes (incluindo mudanças de método) que alterem o curso normal do estudo, devendo a pesquisadora justificar caso o mesmo venha a ser interrompido.

Prof. Angela Esher
Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa
CEP/ENSP



**PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS
DISTRITO SANITÁRIO IV**

TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizamos a pesquisadora, *Waglânia de Mendonça Faustino e Freitas*, do Projeto intitulado *Práticas profissionais na atenção à mulher em situação de violência a luz do processo de trabalho: limites e possibilidades para a superação da expressão de gênero*, a realizar coleta de dados em todas as unidades do respectivo *Distrito Sanitário IV* a partir desta data.

G. Sousa
Glaube Mary de Souza
Diretora Técnica D.S.IV - Colegiada
Matricula: 24.186-5
Glaube Mary de Sousa
Diretora Técnica Colegiada

DATA: 30/09/2011