



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
COLEGIADO DE ENSINO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

EVELYN RAIANE BRANDÃO SILVA

**O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ÁREA DA SAÚDE**

Salvador
2022

EVELYN RAIANE BRANDÃO SILVA

**O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA
VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho apresentado como requisito para conclusão do curso de Graduação em Serviço Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Larissa Vieira Barros

Salvador
2022

EVELYN RAIANE BRANDÃO SILVA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social, ao Instituto de Psicologia, da Universidade Federal da Bahia.

Aprovada em ____ de _____ 2022

Banca Examinadora

Prof^a. Dr^a Larissa Daiane Vieira Barros (Orientadora)
Doutora em Saúde Pública, pelo Instituto de Saúde Coletiva ISC/UFBA (2021)
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Dr^a. Marcia Santana Tavares
Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia (2008).
Universidade Federal da Bahia

Prof^a. Stella Maria Leal Bastos Senes
Doutora pela Universidade Federal do Rio de Janeiro
UFRJ- (DINTER) UFRJ/UFRB (2018)
Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, não poderia ser diferente, agradeço a Deus por me proporcionar vida e saúde para chegar até aqui. Depois, agradeço ao meu pai Paulo Cezar Pereira da Silva (in memoriam) e a minha mãe Djanira dos Santos Brandão, que mesmo com todas as dificuldades souberam incentivar a mim e aos meus irmãos a priorizar os estudos. Por entenderem que a educação e o conhecimento eram a única coisa que ninguém pode nos tirar, foram sempre incentivadores. Sobretudo, minha mãe que além de incentivar, segurou as pontas para que eu pudesse sair do trabalho e me dedicar aos estudos.

Em segundo lugar, sou grata a toda a minha família, minha irmã e irmão, avós, tias, tios, primos e primas, os “agregados”, ao meu namorado - que sempre se colocaram como minha rede de apoio para tudo - vocês também são responsáveis por essa conquista.

As minhas amigas e amigos, os que estão comigo a longos anos e aos que eu conheci no decorrer da minha graduação e que fazem total diferença na minha vida. Aliviam as tensões, contribuem no processo, divide o peso comigo. Muito Obrigada!

Como estou escrevendo e reescrevendo o meu trabalho, optei por não confiar na minha mente e citar nomes. Certamente eu iria esquecer alguém importante e a pessoa ficaria chateada. Dito isso, espero que todas e todos vocês compreendam que são extremamente importantes pra mim e que contribuíram demais na minha formação.

Não esqueço nenhum conselho, desde a ideia do curso que uma amiga muito especial me indicou e que eu me identifiquei demais, até as marmitas que minha avó guardava para mim, para eu pegar quando passasse pela casa dela, até os trabalhos que fiz em conjunto com meus colegas de equipe. Os abraços, o carinho, a atenção, as boas energias que vocês mentalizaram para mim, chegaram e eu consegui.

Por fim, agradeço aos professores que me apontaram a direção durante o meu período de graduação. Eu saio da UFBA uma pessoa completamente diferente da pessoa que era quando cheguei. Observo em mim, um crescimento enorme, que pude ir acumulando com as reflexões e ensinamentos do convívio em sala de aula, grupos de iniciação científica e extensão me proporcionaram. Sou grata até pelas correções meticulosas dos trabalhos, foi

assim que desenvolvi minha capacidade de escrever e organizar as ideias. Muito obrigada professoras e professores!

E assim venço mais uma etapa da minha vida e inicio outra. Conto com vocês para continuar a seguir o meu caminho.

BRANDÃO, Evelyn, R. O trabalho de assistentes sociais no enfrentamento da violência contra as mulheres na área da saúde. 2022. Trabalho de Conclusão de Curso. Instituto de Psicologia, Curso de Serviço Social, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2022.

RESUMO

O presente trabalho tem o objetivo de investigar quais as principais atividades que os assistentes sociais, no âmbito da saúde, vêm realizando no enfrentamento da violência de gênero contra a mulher. Buscamos responder às seguintes questões: Como o serviço social vem atuando no enfrentamento da violência de gênero contra a mulher, no âmbito da saúde? Qual trabalho as assistentes sociais desenvolvem no combate a violência de gênero na saúde? Quais as principais atividades realizadas? Como compreendem a violência de gênero? Quais principais desafios e potencialidades são identificados no cotidiano do trabalho? Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória, a partir de um levantamento bibliográfico sobre o respectivo tema. O resultado desta pesquisa inicial aponta que a atuação do assistente social tem ocorrido de maneira incipiente e as poucas informações que foi possível identificar através dos trabalhos analisados, identificaram a visita de campo, a escuta ativa, os encaminhamentos profissionais e para a rede institucional, as atividades multiprofissionais e o estudo de caso, como os principais meios/instrumentos da intervenção. São muitos os desafios para a categoria no enfrentamento da violência, mas diante do exposto, urge a necessidade de qualificação profissional para o atendimento, acolhimento, acompanhamento e suporte às mulheres em situação de violência, além de necessidade de produzir materiais que reflitam esse cenário na saúde.

Palavras-chave: Violência contra a mulher; Serviço Social; Saúde; Trabalho Profissional;

ABSTRACT

The present work has to investigate what are the main activities that the assistants, in the health field, have been carrying out in the fight against gender violence against women. We seek to answer the following questions: How does social service come against women in the face of gender violence, in the health field? What work as social workers do you develop in the fight against gender violence in health? What are the main activities carried out? How is the violence of ? Main challenges and potentialities identified in everyday life What is the job? This is a qualitative and exploratory study, based on a bibliographic survey on the subject. The result of this initial research shows that the work of the social worker has occurred in an incipient way and the little information that it was possible to identify through the analyzed works, identified the field visit, active listening, professional referrals and to the institutional network, the multidisciplinary activities and the case study, as the main means/instruments of intervention. There are many challenges for the category in dealing with violence, but in view of the above, there is an urgent need for professional qualification for the care, reception, monitoring and support of women in situations of violence, in addition to the need to produce materials that reflect this scenario in health.

Descriptors: Violence against women; Social service; Health; professional work

LISTA DE SIGLAS

ABESS	Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social
ANAS	Associação Nacional dos Assistentes Sociais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CEBES	Centro Brasileiro de Estudo de Saúde
CFAS	Conselho Federal de Assistentes Sociais
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAM	Centro de Referência de Atenção a Mulher
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DEAM	Delegacia Especial de Atendimento a Mulher
FBSP	Fórum Brasileiro de Segurança Pública
GEDEM	Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher
IAPS	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NUDEM	Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher
ONU	Organização das Nações Unidas
PECE	Programa Especial de Controle da Esquistossomose
PECs	Programas de Extensão de Cobertura
PIASS	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PNI	Programa Nacional de Imunizações
PNS	Política Nacional de Saúde
PRONAN	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição
SPM	Secretaria de Política para Mulheres
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

UFF

Universidade Federal Fluminense

UPA

Unidade De Pronto Atendimento

VCM

Violência Contra a Mulher

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	7
2. METODOLOGIA	12
3. OBJETIVO GERAL	17
3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
4. CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL	18
5. CAPÍTULO II – PANORAMA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES E A FALTA DE ASSISTÊNCIA NA SAÚDE	28
6. CAPÍTULO III - O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NA ÁREA DA SAÚDE	36
6.1 Atividades e meios/instrumentos utilizados no enfrentamento da VCM	36
6.2 Desafios e potencialidades do trabalho profissional na saúde	42
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	47
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE	53

1. INTRODUÇÃO

A violência de gênero contra as mulheres é um fenômeno em crescimento no Brasil. Usaremos o termo no plural por compreender que existe múltiplas maneira de ser mulher. Os lares, que deveriam ser um local de segurança para as mulheres, são os principais cenários de práticas de violência e seus parceiros íntimos, são os principais agentes da violência. Essa situação extrapola o âmbito doméstico e gera repercussão no ambiente público, como no transporte, no trabalho, na política e nas instituições.

No entanto, a violência faz parte das relações no Brasil desde o seu “descobrimento”. Desde a chegada dos Portugueses e o período colonial, as violências baseadas na raça, etnia, gênero, classe, deu base para o tipo de sociabilidade instituída no Brasil. Longe de situar a violência como um fenômeno atual, compreendendo sua íntima relação com o avanço do capitalismo e as desigualdades e opressões dos grupos minoritários como inerente a esse processo, faremos um esforço de apresentar a temática relacionada ao setor saúde, trazer números atuais, o cenário das políticas de enfrentamento da violência para conseguir chegar a relação do serviço social e analisar as ações realizadas pelas assistentes sociais.

No ano de 2020, segundo dados do Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP, 2021), o país teve 3.913 homicídios de mulheres, dos quais 1.350 foram registrados como feminicídios¹. Na Bahia, o número de assassinato chegou a 440, sendo registrados 113, como feminicídios. Nesse mesmo ano, o Brasil registrou mais de 230 mil casos de violência doméstica, enquanto na Bahia, foram 10.965 registros².

A situação é ainda mais alarmante já que esses números estão sujeitos a subnotificações, acentuado ao fato de ser um ano pandêmico devido ao COVID19, que trouxe medidas restritivas de isolamento acarretando em dificuldade para a realização das denúncias, além de também haver uma necessidade dos agentes estarem qualificados para a identificação do crime de feminicídio.

Observando os termos legais, os fatores e critérios para o registro dos casos de mortes de mulheres como feminicídio, de acordo com o código penal é "circunstância qualificadora do crime de homicídio" e “§ 2º - A. Considera-se que há razões de condição de sexo feminino quando o crime envolve: I - violência doméstica e familiar; II - menosprezo ou discriminação

¹ Trataremos da definição mais adiantes, no entanto, localizamos o debate presente em PASINATO (2011).

² Dados retirados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021, p. 101.

à condição de mulher” (BRASIL, 2015). No entanto, a interpretação do homicídio como feminicídio depende do nível de aproximação, interesse e comprometimento dos agentes envolvidos nos registros de ocorrência.

A criação da Secretaria de Política Para Mulheres em 2003, órgão ligado à presidência da República, foi o marco nas ações de atenção e enfrentamento ao fenômeno da violência contra a mulher no Brasil. Neste momento, iniciava-se a atenção para a temática e desencadeou ações na promoção da equidade e enfrentamento a violência de gênero.

Até então, as iniciativas de enfrentamento à violência contra as mulheres constituíam, em geral, ações isoladas e referiam-se basicamente a duas estratégias: a capacitação de profissionais da rede de atendimento às mulheres em situação de violência e a criação de serviços especializados, mais especificamente Casas-Abrigo e Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher (BRASILIA, 2011).

A partir de 2003, as políticas públicas de enfrentamento a VCM se consolidam como ações ampliadas e integradas que incluem: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo e construção de rede de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção a violência e ampliação do acesso das mulheres a justiça e aos serviços de segurança pública (SPM, 2011).

Esta ampliação é retratada através dos aparatos legais criados ou retificados neste período, como os Planos Nacionais de Políticas para as Mulheres, a Lei Maria da Penha, a Política e 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, Norma Técnica do Centro de Atendimento à Mulher em situação de Violência, Norma Técnica das Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulher, entre outros.

É importante pontuar que partimos do princípio de que quando falamos em política para mulheres, estamos utilizando o termo no sentido usual. No entanto, defendemos as políticas na perspectiva de gênero. Nesse sentido a violência de gênero contra mulheres é complexa, e utilizaremos a diferenciação dos tipos de violência, da Lei Nº 11.340/2006, conhecida como Lei Maria da Penha. Essa lei foi sancionada em 7 de agosto de 2006 pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, com 46 artigos distribuídos em sete títulos, ela cria mecanismos para prevenir e reprimir a violência doméstica e familiar contra a mulher em conformidade com a constituição federal.

De acordo com a lei Maria da Penha, podemos identificar a violência física como qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal da mulher; a violência moral é considerada qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria; a violência sexual trata-se de qualquer conduta que constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; a violência psicológica é considerada qualquer conduta que cause dano emocional e diminuição da autoestima; prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e decisões; e a violência patrimonial entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades (BRASIL, 2006).

Devido ao seu caráter complexo, o enfrentamento desse fenômeno exige ações conjuntas dos diversos setores (saúde, sistema de justiça, segurança pública, educação, assistência social, habitação, dentre outros). Pensando nisso, foi criada a Rede de Enfrentamento a Violência contra a mulher com o objetivo de efetivar os quatro eixos previstos na política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres, que são: combate, prevenção, assistência, garantia de direitos. Ela é composta por agentes governamentais e não-governamentais, formuladores, fiscalizadores e executores de políticas voltadas para as mulheres.

Dessa forma, o eixo da prevenção é desenvolvido a partir de ações educativas e culturais que interfiram nos padrões sexistas; o enfrentamento e combate são realizados através de Ações punitivas e cumprimento da Lei Maria da Penha; a assistência desenvolve o fortalecimento da Rede de Atendimento e capacitação de agentes públicos; e a garantia de direitos está no cumprimento da legislação nacional/ internacional e iniciativas para o empoderamento das mulheres.

Essas estratégias dependem dos dispositivos alocados em cada setor para alcançar a efetividade e o público desejado. Abaixo, especificamos cada dispositivo e sua respectiva área de atuação, no entanto, pode haver diferença entre estados e municípios na implementação das estratégias de enfrentamento a violência contra a mulher. No caso deste trabalho, vamos tratar especificamente do estado da Bahia e fazer comparativos, quando necessário com outros estados.

Sistema de Justiça e Segurança Pública: Vara de Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher; Ministério Público do Estado da Bahia – GEDEM (Grupo de Atuação Especial em Defesa da Mulher); Comissão de Proteção de Direitos da Mulher OAB; Defensoria Pública – NUDEM (Núcleo de Defesa dos Direitos da Mulher); DEAM (Delegacia Especial de Atendimento a Mulher); Ronda Maria da Penha; Promotoria de Justiça e Combate a Violência Doméstica; Tribunal de Justiça do Estado da Bahia - Coordenadoria Da Mulher.

Sistema Único De Assistência: Centro de Referência de Assistência Social (CRAS); Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS); Centro de Atenção Psicossocial (CAPS); Centro de Referência de Atenção a Mulher (CREAM); casa de Acolhimento Provisório; Casa Abrigo; Universidades; Coletivo De Mulheres; Secretarias De Políticas Para Mulheres: Federal, Estadual e Municipal.

Sistema Único De Saúde: Unidade Básica De Saúde e Unidade De Saúde Da Família; Hospital Da Mulher; Maternidades; Unidade De Pronto Atendimento (UPA); Hospital Geral.

Este trabalho não tem como objetivo detalhar a função de cada órgão da rede de enfrentamento, portanto, iremos focar nossa análise nos dispositivos de saúde. Como citado, respeitando e compreendendo a articulação interdisciplinar e intersetorial – implicando em articulação entre saúde, assistência, setor jurídico, previdência, etc. Pretendemos identificar as principais ações dos profissionais do serviço social na saúde. Pensando nessa questão, esse trabalho tem o objetivo de investigar quais as principais atividades que os assistentes sociais, no âmbito da saúde, vêm realizando no enfrentamento da violência contra as mulheres.

O objeto foi escolhido a partir da experiência de estágio supervisionado realizado em uma maternidade de Salvador, onde foi identificada uma insuficiência no acolhimento/atendimento das mulheres em situação de violência por parte de toda a equipe, além da falta de parâmetros e instrumentalidade para a atuação dos assistentes sociais diante do fenômeno.

A partir desse desconforto no campo de estágio, me vinculei a um grupo de extensão ligada a Escola de Enfermagem da UFBA, chamado Laboratório VID@ - Violência, Saúde e Qualidade de Vida, que faz estudos e pesquisas sobre violência de gênero e passei a me interessar ainda mais pela temática.

Buscamos responder às seguintes questões: Como o serviço social vem atuando no enfrentamento da violência de gênero contra as mulheres, no âmbito da saúde? Qual trabalho as assistentes sociais desenvolvem no combate a violência de gênero na saúde? Quais as principais atividades realizadas? Como compreendem a violência de gênero? Quais principais desafios e potencialidades são identificados no cotidiano do trabalho?

Essas questões por vezes são tocadas em trabalhos desenvolvidos por profissionais de outras categorias, devido à baixa produção da categoria do Serviço Social na sistematização do trabalho, e por esse motivo identificamos a necessidade discutir e sistematizar o trabalho de Assistentes Sociais no combate a violência de gênero contra as mulheres, no âmbito da saúde.

Nesse sentido, buscamos no capítulo I realizar um resgate histórico da conformação da política de saúde no Brasil, mostrando como se deu a inserção do Serviço Social e suas principais atribuições. No capítulo II, traremos as reflexões propostas a partir dos determinantes sociais na saúde que passam pela compreensão dos aspectos sociais, econômicos, culturais que interferem no processo saúde/doença e a busca de estratégias para o enfrentamento destas questões. No capítulo III localizaremos a temática da violência de gênero contra as mulheres, os principais conceitos, as formas de enfrentamento e por último os resultados da pesquisa.

2. METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e exploratória que busca compreender o trabalho dos Assistentes Sociais no enfrentamento da violência contra as mulheres no âmbito da saúde, a partir de um levantamento bibliográfico sobre o respectivo tema.

Segundo (GIL, p. 45) “[...] a principal vantagem da pesquisa bibliográfica reside no fato de permitir ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente”.

Colaborando com GIL, Robert Yin (2016), cita algumas características da pesquisa qualitativa como:

[...]estudar o significado da vida das pessoas, nas condições da vida real; representar as opiniões e perspectivas das pessoas de um estudo; abranger as condições contextuais em que as pessoas vivem; contribuir com revelações sobre conceitos existentes ou emergentes que podem ajudar a explicar o comportamento social humano; esforçar-se por usar múltiplas fontes de evidência em vez de se basear em uma única fonte (YIN, p. 29).

A revisão de literatura se deu através de periódicos científicos que incluem a revista *Katálysis*, revista *Gênero* da Universidade Federal Fluminense (UFF) e artigos publicados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS). A pesquisa foi realizada considerando o período de 2011 a 2021, os últimos dez anos, e foi escolhido diante do intervalo de estruturação da Política Nacional de Atenção às Mulheres em Situação de Violência que aconteceu após 2006 e a implementação dos planos, programas e projetos.

As revistas *Katálysis* e *Gênero* foram escolhidas por reunir trabalhos produzidos pela categoria dos Assistentes Sociais, e a BVS por reunir publicações na área da saúde. Inicialmente foi pensada em analisar as produções e reflexões do Serviço Social, no entanto, diante da escassa produção da categoria no que tange a sistematização do seu trabalho, ampliamos a busca para compreender o trabalho dos assistentes sociais, também da perspectiva das categorias profissionais que compõe as intervenções multiprofissionais. Esse primeiro obstáculo na busca por produções acerca do objeto, exigiu uma busca ainda mais minuciosa e demandou esforços para extraí de cada artigo o máximo de resultado.

Na revista *Gênero* da UFF foi realizada uma busca nas últimas publicações, considerando o mesmo período citado acima e localizada 20 publicações da revista. Após leitura do título e resumo das publicações, 1 artigo foi selecionado. Na revista *Katálisis*, a busca e leitura de títulos foi realizada e identificadas 28 edições da revista das quais selecionamos apenas 1 artigo publicado. Na BVS/LILACS, a pesquisa no site se deu através da busca com o descritor “Violência contra a mulher and serviço social”, com o intervalo de ano da publicação de 2011 a 2021 e foram encontrados 152 arquivos. Destes foram selecionados 7 artigos. No total, 9 artigos foram selecionados para a discussão. Através da tabela abaixo é possível visualizar o nome dos artigos e seus respectivos autores:

FONTE	TRABALHOS ANALISADOS	TRABALHOS SELECIONADOS	REFERÊNCIA
Revista Gênero	20	1	GONSALVES, Emmanuela N; SCHRAIBER, Lilia B. Potencialidades de construção de uma rede especializada para o atendimento a mulheres em situação de violência no Rio de Janeiro.
REVISTA KATÁLYSIS	29	1	VIOLÊNCIA DE GÊNERO ENTRE USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA DO SUS NA PARAÍBA/Idalina M. F. L. Santiago.
BVS (LILACS)	152	7	<p>GOMES; Nadirlene P. et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal.</p> <p>TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.</p> <p>BEZERRA, J. F; LARA, S. R. G; NASCIMENTO, J. L; BARBIERI, M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa.</p> <p>MINAYO, Maria Cecilia de Souza et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.</p> <p>GUEDES, Rebeca N; FONSECA, Rosa M. G. S; EGRY, Emiko Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero.</p>

			<p>PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.</p> <p>MACHADO, Juliana Costa et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família.</p>
TOTAL	49	9	

Utilizamos como critério de inclusão os artigos que discutem o trabalho dos assistentes sociais no enfrentamento da violência no campo da saúde, não sendo considerados os estudos que abordam o debate da violência de gênero no âmbito do serviço social.

Nesse sentido, foi possível realizar a sistematização da produção a fim de revelar as principais atividades dos assistentes sociais, no âmbito da saúde, no enfrentamento da violência contra as mulheres e apontar os principais desafios e possibilidades do trabalho profissional.

3. OBJETIVO GERAL

Sistematizar o trabalho de Assistentes Sociais no enfrentamento da violência contra a mulher, no âmbito da saúde.

3.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar um breve panorama das legislações de combate a violência contra as mulheres, em particular no âmbito da saúde;

Conhecer e sistematizar as principais atividades/ações realizadas pelas assistentes sociais no enfrentamento da VCM na área da saúde;

Refletir sobre os desafios/contradições do trabalho realizado pelas assistentes sociais no enfrentamento da VCM no campo da saúde;

4. CAPÍTULO I - POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL E A INSERÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL

A história da política de saúde no Brasil é iniciada por volta dos anos 1930, devido a uma maior intervenção do Estado, que passou a ser mais efetiva diante da organização da classe trabalhadora por melhores condições de vida, dentre elas o direito a saúde (BRAVO 2004; MATOS 2009).

As mudanças ocorridas no início dos anos 30-40 se deram devido às consequências do avanço da emergência do trabalho assalariado. O processo de industrialização e a reconfiguração do Estado possibilitaram o surgimento das políticas sociais, fruto de reivindicações da classe trabalhadora, que diante dos constantes acidentes de trabalho, epidemias e surtos das mais variadas doenças, que levaram a óbito muitos trabalhadores, reivindicavam o direito a saúde. Como relata Bravo, “a conjuntura de 30, com suas características econômicas e políticas, possibilitou o surgimento de políticas sociais nacionais que respondessem às questões sociais³ de forma orgânica e sistemática” (BRAVO, p. 91).

Essa conjuntura marca a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), e também o surgimento do Serviço Social no Brasil, porém a saúde não se constituiu imediatamente como um campo de atuação para o assistente social. Somente após 1948, com a ampliação do conceito de saúde, que tinha um enfoque biopsicossocial passou a requisitar outros profissionais para atuar no setor, dentre elas, o assistente social. Devido ao agravamento das precárias condições de saúde da população, este conceito biopsicossocial surge de organismos internacionais com o objetivo de ampliar a abordagem em saúde, “[...]introduzindo conteúdos preventistas e educativos, e criar programas prioritários com segmentos da população, dada a inviabilidade de universalizar a atenção médica e social”. (BRAVO; MATOS, p. 199).

Além disso, foi na década de 1940, que se consolidou a Política de Saúde do país, com ampliação dos gastos com assistência médica pela previdência social. Com isso, o assistente social passa a atuar em hospitais realizando tarefas educativas, intervindo em hábitos de higiene e saúde dos “clientes”, atuando em programas prioritários viabilizando o acesso aos

³ Apesar de a autora apresentar o termo questões sociais, este trabalho adotará a definição cunhada por IAMAMOTO, que compreende a “Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (IAMAMOTO, 2000, p. 26).

beneficiários dos serviços, devido ao caráter excludente dos programas. Suas ações eram realizadas em forma de plantão, triagem ou seleções, encaminhamento, concessão de benefícios e orientações previdenciárias (BRAVO, 2004).

Os anos de 1950 são marcados pelo desenvolvimentismo no país e a profissão também irá se modificar, com o incremento de planejamento tecnocrático e o Serviço Social de comunidade, que não chegará a saúde. A estrutura do atendimento hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já apontava na direção da formação das empresas médicas. As corporações médicas, ligadas aos interesses de mercado, se gestaram neste período e posteriormente ganham força. No que tange as condições de vida da classe trabalhadora e o campo da saúde em especial, mesmo com os esforços públicos e melhorias das condições sanitárias “[...] não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral” (BRAVO, p. 92).

Nesse período, o Serviço Social não apresentou debates ou reflexões que ameaçassem o conservadorismo que dominou não só o trabalho profissional, como também a produção do conhecimento e as atividades organizativas. Foi somente nos anos 1960 que este cenário começou a esboçar uma mudança, sob a influência e respaldo das questões levantadas nas ciências sociais e humanas, resultando em debates internos na profissão, questionando o conservadorismo. No Brasil e América Latina há um movimento interno na profissão, que devido a conjunturas políticas, indicará mudanças em períodos diferentes para cada país. Esse processo de crítica foi abortado pelo golpe militar de 1964, que censurou os protagonistas sociais responsáveis pela socialização do pensamento crítico e perspectivas democráticas na sociedade (BRAVO, 2004; MATOS, 2009).

A ditadura retardou as discussões no interior da profissão e não apresentou mudanças no fazer profissional, como podemos constatar:

O Serviço Social na saúde vai receber as influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária — maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país (BRAVO, 1996 apud BRAVO, 2004, p. 202).

O período correspondente a 1974-1979, foram anos de organização expressiva dos trabalhadores e de pressão popular, no enfrentamento da “questão social” que dado as suas

múltiplas expressões, se complexificava e exigia respostas que o Estado não acompanhava. A emergência do movimento sanitário fez com que o Ministério da Saúde retomasse medidas de saúde pública mesmo que de forma limitada, mas que aumentaram as contradições no Sistema Nacional de Saúde, ainda dominada pela previdência social, comandada pelo setor privado (BRAVO, p. 95).

Sobre as ações do Ministério da Saúde, PAIM (2008) afirma:

[...]Na medida em que o autoritarismo se debilitava a questão social voltava à tona, indicando momentos de crise do Estado ou de hegemonia (LUZ, 1979). Apareceram nesse quadro certos movimentos em torno da questão de saúde nos seguintes segmentos: populares, estudantis, profissionais e intelectuais (LUZ, 1979 apud PAIM, 2008, p. 70).

Nesse mesmo período, o Estado esboçou algumas respostas frente às reivindicações como:

O Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) quando, junto à privatização da assistência médica da Previdência Social, eram produzidos os programas verticais do Ministério da Saúde e PECs. Os Programas de Extensão de Cobertura (PECs), inspirados na Medicina Comunitária, apresentavam-se como uma proposta de prestação de serviços a grupos populacionais excluídos do consumo médico. O Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (Piass), criado em 1976 pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) e executado pelo Ministério da Saúde, representou um espaço de articulação de grupos progressistas, alguns oriundos da experiência de Montes Claros, onde podem ser identificados elementos organizativos do futuro SUS. A expansão dos PECs, no entanto, deveria ser programada de tal modo a não incidir sobre os interesses privados cristalizados no setor saúde. Assim, o Ministério da Saúde desenvolveu o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, a Campanha da Meningite, o Programa Nacional de Imunizações (PNI), o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (Lei 6259/75), a Rede de Laboratórios de Saúde Pública, o Programa Especial de Controle da Esquistossomose (PECE) o Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (Pronan) e a chamada “Política Nacional de Saúde” (PAIM, 1981 apud PAIM, 2008, p. 73).

Apesar desse movimento, o serviço social na saúde não se modificou, o trabalho profissional permaneceu orientado pela perspectiva “modernizadora”, positivista e burocrata. É possível identificar apenas uma exceção a essa tendência, um artigo de Nicoletti (1979), publicado na Revista Serviço Social e Sociedade, que abordava a planificação em saúde e a participação comunitária, questões pertencentes ao debate do movimento sanitário (BRAVO, 2004).

A década de 1980 foi marcada por um processo de democratização, que ocorreu após o término da ditadura militar instaurada em 1964. A política de saúde apesar de conservadora passou a esboçar um sentido intimamente ligado a democracia, com a importante atuação do que se denominou o Movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Dentre os atores sociais que se empenharam no que se conformou o movimento sanitário, é possível destacar:

Em investigação realizada sobre o movimento sanitário foram destacados os seguintes componentes: a) as bases universitárias e “academia” (departamentos de medicina preventiva e social, Programa de Estudos Sócio-Econômicos de Saúde (PESES), etc.); b) o movimento estudantil e o Cebes; c) o movimento médico (Movimento dos Médicos Residentes e o REME); d) os projetos institucionais (Montes Claros, PIASS, etc.) (SCOREL, 1998 apud PAIM, 2008).

Cabe ressaltar a importância do Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) como principal difusor das pautas defendidas pelo movimento sanitário, como também pelos partidos de oposição e pelos movimentos sociais urbanos.

Como explicitaremos a seguir:

Nesse momento de tantas manifestações políticas, o Cebes apresentou no I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde (BRASIL. Câmara dos Deputados, 1980) o documento A Questão Democrática da Saúde (CENTRO BRASILEIRO..., 1980) propondo, pela primeira vez em 1979, a criação do SUS. Esse texto foi divulgado anteriormente durante a VI SESAC, realizada em Florianópolis, possivelmente entre 8 e 13 de abril de 1979, (coletânea sem data), com o título A questão democrática na área de saúde e autoria de Hésio Cordeiro, José Luiz Fiori e Reinaldo Guimarães. A importância histórica desse texto, entre outros aspectos, reside no fato de, pela primeira vez, propor a criação do “Sistema Único de Saúde (SUS)”, posteriormente, adotado como documento do Cebes Nacional e apresentado por Sérgio Arouca no I Simpósio de Política de Saúde da Câmara de Deputados (PAIM, p. 82).

A Reforma Sanitária Brasileira nos leva a compreender como “uma ideia pode desencadear movimento capaz de apresentar proposta que se torna projeto e processo” (PAIM, p. 83). Nesse sentido, a ideia de necessidade de uma reforma na saúde, se transformou em um movimento de defesa de um sistema de saúde democrático, os atores envolvidos nesse movimento – estudantes, médicos, trabalhadores da saúde, intelectuais, sindicalistas, entre outros - desenvolveram proposta que se ampliaram com a criação de associações, entidades, que contribuíram para a elaboração de projetos. Esses últimos são construídos de maneira coletiva e contínua ressaltando o aspecto de continuidade do processo.

Segundo PAIM, a crise do setor da saúde nesta época demandava uma reorganização do Estado nas ações de saúde e que se aprofundaram pelas consequências trazidas pelo “milagre econômico”, como resultado da crise do capitalismo (PAIM, 2008). O cenário dessa década foi de grandes mobilizações e reivindicações da classe trabalhadora por salário, transporte, moradia e melhores condições de vida. Junto às organizações coletivas, no setor saúde, eles defendiam propostas como a “universalização do acesso, a concepção de saúde como direito social e dever do Estado, a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde [...] a descentralização do processo decisório para as esferas

estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde” (BRAVO, p. 96).

Um marco fundamental nas estratégias adotadas pelo movimento sanitário foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que foi estruturada sobre três eixos básicos: saúde como direito inerente à cidadania, reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento do setor saúde. Também trouxe a discussão para a arena pública, ultrapassando as análises setoriais e propondo a sociedade como um todo o Sistema Único e a Reforma Sanitária Brasileira (PAIM, 2008; BRAVO, 2009)⁴.

Em síntese, a leitura desse Relatório Final (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) permite destacar os principais elementos constitutivos do *projeto* da Reforma Sanitária construído pela 8ª CNS: a) ampliação do conceito de saúde; b) reconhecimento da Saúde como direito de todos e dever do Estado; c) criação do SUS; d) participação popular; e) constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, p. 125).

Após pressão popular e inúmeros acordos políticos, o texto constitucional contemplou grande parte das demandas do movimento sanitário, abarcando proposições defendidas durante anos pelos atores sociais. A década de 1980 se constituiu como um avanço para a política de saúde, tendo destaque pela politização da questão saúde, alteração da norma constitucional e a mudança de arcabouço (BRAVO, 2009).

A mudança do arcabouço e das práticas institucionais foi realizada através de algumas medidas que visavam o fortalecimento do setor público e a universalização do atendimento; a redução do papel do setor privado na prestação de serviços à Saúde; a descentralização política e administração do processo decisório da política de saúde e a execução dos serviços ao nível local, que culminou com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987[...] (BRAVO, p. 99).

Entretanto, as medidas renderam pouco impacto para a população que passou a questionar a sua eficácia, diante da falta de operacionalização. Como explica Bravo (2009):

No final da década de 1980, já havia algumas dúvidas e incertezas com relação à implementação do Projeto de Reforma Sanitária cabendo destacar: a fragilidade das medidas reformadoras em curso, a ineficácia do setor público, as tensões com os profissionais de saúde, a redução do apoio popular face a ausência de resultados concretos na melhoria da atenção à saúde da população brasileira e a reorganização dos setores conservadores contrários à reforma que passam a dar a direção no setor, a partir de 1988 (BRAVO, 2009, p. 99).

⁴ [...] as proposições apresentadas não se restringiam à institucionalidade e à organização do novo sistema, avançando para a incorporação ou articulação de outros setores no sistema de saúde. A busca de articulação intersetorial necessária para o equacionamento de problemas apontava para a necessidade de uma real “reforma sanitária”, transcendendo “os limites formais do sistema prestador de serviços e alcançando todos os meios e setores que afetam a qualidade de vida” (PAIM apud RODRIGUEZ NETO, 1987, p. 257).

Como resultado de uma forte pressão popular, dos movimentos sociais, sindicatos e dos esforços do Movimento Sanitário, a Constituição Federal de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde Lei 8.080/1990 formalizou os princípios e diretrizes do SUS, sendo os mais importantes: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; descentralização político-administrativa e a participação popular (BRASIL, 1990).

Durante esse momento, o Serviço Social esteve voltado para disputas dentro da categoria profissional, com reformulações internas, desenvolvendo uma participação pouco expressiva nesse processo de operacionalização da RSB. Os anos de 1980 constituiu um período de acúmulo de contradições que culminou no movimento de ruptura com o Serviço Social tradicional, adotando o marxismo como referencial teórico, sobretudo dentro da academia (BRAVO, 2009).

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde (BRAVO, 1996 apud BRAVO; MATOS, 2009, p. 205).

Nos anos 1990, as investidas neoliberais ganham materialidade nas ações do Estado, configurando um redirecionamento do papel do Estado, impulsionado pela Política de Ajuste Fiscal. Esse processo influenciou de forma decisiva na operacionalização das medidas constitucionais na saúde, por trazer para dentro da máquina estatal o modelo gerencial e a desresponsabilização com o desenvolvimento social e econômico para ser apenas promotor e regulador de políticas, transferindo para o setor privado a execução dos serviços sociais. (BRAVO, 2009).

A proposta da Política de Saúde construída nos anos 1980 foi desconstruída ainda no seu processo de operacionalização, vinculando-a ao mercado privatista. Esse processo pautado na política de ajuste “tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central” (BRAVO, p. 207).

Essas medidas resultam na adoção de estratégias de focalização de programas, corte de gasto social, ajustes estruturais para a introdução de taxas e de copagamento no uso dos serviços de saúde, desregulação do setor de saúde para aumentar a participação do setor

privado na prestação de serviços e descentralização de responsabilidades fiscais e operacionais para os níveis subnacionais (SANTOS; VIEIRA, 2018).

É necessário enfatizar que nos anos de 1990 dois projetos em disputa trouxeram diferentes requisições ao Serviço Social. De um lado o projeto privatista, articulado ao mercado, requisita demandas como: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários do plano de saúde, assistencialismo através de ideologias de práticas individuais. Do outro lado, o projeto sanitarista requisita que o assistente social busque a democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, através da participação dos cidadãos, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações (BRAVO, 2009).

“A partir dos anos noventa podemos afirmar que há uma incorporação pelos assistentes sociais dos princípios da reforma sanitária, que se constituem, na sua maioria, dos princípios do SUS” (MATOS, p.153). Para o Serviço Social, o contexto após os anos 1990, se expressa e se materializa na forma de inúmeros desafios, inclusive no que tange às respostas para as complexas demandas que são postas na rotina de trabalho. Como nos lembra Matos (2009), em sua tese:

“[...] o Serviço Social se legitima na saúde a partir das contradições fundamentais da política de saúde. É nas lacunas geradas pela não implantação efetiva do SUS que o profissional de Serviço Social vem sendo demandado a intervir. Por meio de sua atuação profissional, o assistente social tem sido o profissional que vem constituindo o elo invisível do SUS” (COSTA, 2000, apud MATOS, 2009, p. 156).

Desse modo, o trabalho realizado por assistentes sociais que atuam na política de saúde, em especial as que atuam no SUS, tem exigido bastante criatividade, competência, crítica e principalmente respostas ético-política. Ainda que o Código de Ética Profissional, como nos lembra (BRAVO, 2009), apresente ferramentas que fundamentam o trabalho dos assistentes sociais, assim como conhecimento dos materiais produzidos pela categoria - discussões teóricas, cartilhas, textos, formação teórico metodológica - fruto de reflexões acerca do trabalho profissional, a materialização nas práticas profissionais ainda é desafiadora.

Atualmente o que se observa são dois projetos de saúde em disputa, que divergem e são ora fortalecidos, ora são desprezados, a depender de cada governo. “[...] o projeto de reforma sanitária, construído na década de 80 e inscrito na Constituição Brasileira de 1988, e

o projeto de saúde articulada ao mercado ou privatista, hegemônico na segunda metade da década de 90” (BRAVO, 1999 apud BRAVO, 2009, p. 101).

Para Matos (2009), os assistentes sociais atuantes no campo da saúde, verbalizam um compromisso com a população usuária dos serviços e com o Projeto Ético Político Profissional, porém, suas ações estão em descompasso com esses projetos (Matos, 2009).

Para o autor, dois fatores principais justificam esse descompasso:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só o trabalho dos assistentes sociais, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. O outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS (MATOS, p.155-156).

Sobre as particularidades do exercício profissional no âmbito da saúde, o autor chama a atenção para a atuação nas múltiplas expressões da questão social, que aparecerem de maneira metamorfoseada, como problemas individuais e não como desigualdades ocasionadas pelo modo de produção capitalista (MATOS, 2009).

É importante salientar que compreendemos saúde, segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, que diz “[...]a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”. Esta definição foi adotada pela Conferência Internacional de Saúde, Nova York, 19 de junho a 22 de julho de 1946 e entrou em vigor em 7 de abril de 1948, não tendo sido alterada desde então.

Apesar do seu caráter utópico - já que um estado de completo de bem-estar, dentro do sistema capitalista que é promotor de desigualdades - é inalcançável pela classe trabalhadora, essa definição permite ampliar a perspectiva biologizante – centrada no modelo biomédico - e fragmentada da saúde. Possibilitando análises do ponto de vista dos determinantes sociais da saúde.

Assim, a partir do conceito que abordamos anteriormente, a saúde está relacionada com o bem-estar físico, mental e social. Ela está relacionada com a forma como os seres humanos têm acesso, se apropriada do que é socialmente produzido. De modo que, a maneira desigual de acesso a esses bens e serviços como, por exemplo: alimentação, condição de moradia, saneamento básico, racismo, qualidade de vida, questões de gênero, sexualidade,

transporte, desemprego, entre outros, conformam o que ficou conhecido como os “determinantes sociais de saúde”.

No entanto, o estudo dos determinantes sociais em saúde apropriados pelo capital fragmentou os fatores determinantes e tem sido utilizado enquanto variáveis de análise ou fator de risco, sem conexão com o modo de produção capitalista, tendendo a culpabilização dos sujeitos (ALBUQUERQUE; SILVA, 2014). Abordamos essa perspectiva com a pretensão de superá-la no que tange fatores individuais, comportamentais ou biológicos, e compreendendo que os determinantes sociais estão também relacionados com a apropriação desigual das riquezas socialmente produzidas no sistema capitalista.

Esses determinantes sociais são justamente o objeto de intervenção do trabalho de assistentes sociais na saúde, na atualidade. Fornecendo respostas as demandas da classe trabalhadora, via políticas públicas, viabilizando o acesso e continuidade do cuidado em saúde, considerando as condições de vida e vulnerabilidades dos usuários.

Utilizaremos a perspectiva trazida a partir de IAMAMOTO (2006), de que o serviço social realiza trabalho e contribui para a reprodução das relações sociais:

O trabalho do Assistente Social se insere numa relação de compra e venda de mercadorias em que sua força de trabalho é mercantilizada. Aí se estabelece uma das linhas divisórias entre a atividade assistencial voluntária, desencadeada por motivações puramente pessoais e idealistas, e a atividade profissional que se estabelece mediante uma relação contratual que regulamenta as condições de obtenção dos meios de vida necessários à reprodução deste trabalhador especializado (IAMAMOTO, p.85).

Assim:

O Assistente Social tem sido historicamente um dos agentes profissionais que implementam políticas sociais, especialmente políticas públicas. Ou, nos termos de Netto 4, um executor terminal de políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária. Mas, hoje, o próprio mercado demanda, além de um trabalho na esfera da execução, a formulação de políticas públicas e a gestão de políticas sociais (IAMAMOTO, 2000, p.20).

Apesar do trabalho do assistente social não ser um trabalho gerador de mercadoria - física, palpável - não pode ser analisado de forma descolada do contexto de transformação do capitalismo. Atualmente, as demandas trazidas pela população usuária se conformam em desdobramentos de uma série de processos históricos construídos desde o período colonial, através de desigualdades sociais impostas pelo patriarcado, desigualdades raciais, de gênero, sexuais, étnicas, etárias, dentre outras que resultam em violações diversas de direitos.

Enquanto isso, os assistentes sociais nos mais variados espaço sócio-ocupacionais, dentro de conjunturas adversas, são convocados a atuar no enfrentamento de um fenômeno em crescimento que é a violência de gênero contra as mulheres. Esse problema que exige políticas públicas de proteção dos direitos das mulheres traz demandas diversas e impõe que os profissionais estejam capacitados e atentos. Para que se possa compreender essa expressão da questão social aparece na saúde, trataremos no próximo item.

5. CAPÍTULO II – PANORAMA DA VIOLÊNCIA DE GÊNERO CONTRA AS MULHERES E A FALTA DE ASSISTÊNCIA NA SAÚDE

O conceito de violência intimamente relacionado com o poder e dominação como cita MINAYO (2006):

“A violência não é uma, é múltipla. De origem latina, o vocábulo vem da palavra *vis*, que quer dizer força e se refere às noções de constrangimento e de uso da superioridade física sobre o outro. No seu sentido material, o termo parece neutro, mas quem analisa os eventos violentos descobre que eles se referem a conflitos de autoridade, a lutas pelo poder e a vontade de domínio, de posse e de aniquilamento do outro ou de seus bens. Suas manifestações são aprovadas ou desaprovadas, lícitas ou ilícitas segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade” (MINAYO, 2006, p. 15).

Nesse sentido, é importante compreender que desde a chegada dos portugueses ao Brasil que a violência se constitui enquanto mecanismo de manutenção de poder e dominação de uma fração da sociedade em detrimento de outra. Esse primeiro contato dos Europeus com os nativos ocasionou o genocídios de povos indígenas e negros, bem como o estupro e exploração sexual das mulheres dessas mesmas etnias e raças.

O desenvolvimento do capitalismo e o aprofundamento das expressões da “questão social” construiu um alicerce para que historicamente a violência seja admitida nas mais variadas esferas. Quer seja quando é institucionalizada e usada pelo Estado contra as populações chamadas de minorias - negros, indígenas, crianças, mulheres, idosos, pessoas com deficiência, etc - em nome da ordem, através da subtração de direitos ou políticas discriminatórias de cunho racista, machista, sexista, capacitista, etarista, etc. Quer seja pelas repercussões dessas políticas no desenvolvimento da sociabilidade das populações. A cultura, religião, *modus operandis* da sociedade se desenvolveu sob a base de políticas patriarcalistas e do machismo e isso reflete na forma com as mulheres são julgadas e tratadas.

Efetivamente, os números mostram que os casos de violência doméstica, de acordo com o Código Penal – Art. 129 § 9º⁵ - em 2018, na Bahia, estavam em crescimento em relação aos anos anteriores e passou a cair após 2019. Foram registradas 12.342 vítimas em 2018, enquanto em 2019 o número caiu para 11.837 e passou a decrescer, chegando a 10.965 em 2020⁶. Quando confrontamos os números a nível nacional, a situação ganha contornos ainda mais assustadores. No ano de 2018, o Brasil chegou a 263.067 registros de lesão corporal dolosa, seguidos de 246.664 registros em 2019 e 230.160 registros em 2020. No

⁵ Código Penal - Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940. Lesão corporal. Art. 129. Ofender a integridade corporal ou a saúde de outrem.

⁶ Dados retirados do Anuário Brasileiro de Segurança Pública (2019;2020).

entanto, a redução dos números não indica uma diminuição da violência, já que os anos de 2019 e 2020 foram anos de pandemia de Covid 19 e esses dados são colhidos a partir das denúncias.

No cenário contemporâneo, a violência de gênero se configura como um problema de saúde pública uma vez que atingem mulheres e meninas de todas as classes sociais, raça, etnia, sexualidade e geração. Suas expressões tem repercussão na esfera privada e pública, complexificando a forma com que a sociabilidade se desenvolve, exigindo do Estado políticas públicas de combate desse fenômeno.

É importante destacar que apesar de ser um fenômeno complexo e que atinge a todas as mulheres de maneira geral, as pesquisas mostram que as mulheres negras e pobres ainda são as mais atingidas pela violência doméstica. Não obstante, o perfil das mulheres vítimas de feminicídio em 2020, no país, varia entre 18 e 29 anos, 61,8% eram negras, 36,5% brancas, 0,9% amarelas e 0,9% indígenas (Anuário Brasileiro de Segurança Pública, 2021). Nesse sentido, Sueli Carneiro explica de maneira sucinta:

“São suficientemente conhecidas de todas e todos nós, as condições históricas que construíram a relação de coisificação dos negros em geral e das mulheres negras em particular. E sabemos que em toda situação de conquista e dominação de um grupo humano sobre o outro é a apropriação das mulheres do grupo derrotado pelo vencedor que melhor expressa a irreversibilidade da derrota. É a humilhação definitiva do derrotado e um momento emblemático de superioridade do vencedor. No Brasil, o estupro colonial perpetrado pelos senhores brancos sobre negras e indígenas é responsável por um dos pilares estruturantes da decantada democracia racial que é a miscigenação, e está na origem de todas as construções sobre a identidade nacional e das hierarquias de gênero e raça presentes em nossa sociedade, configurando aquilo que Angela Gilliam (Gilliam, 1996) define como “a grande teoria do esperma da formação nacional”, através da qual (1) “o papel da mulher negra na formação da cultura nacional é rejeitado; (2) a desigualdade entre homem e mulher é erotizada; (3) a violência sexual contra as mulheres negras é romantizada” (CARNEIRO, 2003, p. 11).

É urgente a necessidade de compreensão das violências de gênero e suas especificações com o racismo. Suas expressões são reveladas quando identificadas que as mulheres jovens e negras são principais alvos desse fenômeno e demandam do Estado políticas públicas que correspondam ao perfil dessas mulheres, para evitar que elas sejam revitimizadas⁷ no atendimento institucional.

⁷ A revitimização deve ser compreendida como reflexo da violência institucional, ou seja, da violência “praticada, por ação e/ou omissão, nas instituições prestadoras de serviços públicos [...] É perpetrada por agentes que deveriam garantir uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Uma forma comum de violência institucional ocorre em função de práticas discriminatórias, sendo as questões de gênero, raça, etnia, orientação sexual e religião um terreno fértil para a ocorrência de tal violência” (Taquette, 2007 Apud Secretaria Nacional de Política para Mulheres).

Há uma vasta produção teórica na literatura especializada sobre a temática, que aborda as principais causas, consequências e desafios no que tange às mulheres negras (CARNEIRO, 2003; GONZALEZ 1982; FLAUZINA, 2014).

Vale ressaltar que a violência de gênero contra mulheres trans é um fenômeno que também merece destaque, no entanto, aparece em forma de injúria racial e dificulta a análise quantitativa das vítimas. No entanto, ressaltamos que as produções teóricas que refletem esse cenário (RAMOS; CARRARA, 2006).

A importância da localização do conceito de violência neste trabalho objetiva evitar a análise dissociada entre o fenômeno da violência, o sistema capitalista e o Estado. É nesse contexto que se faz valioso compreender que a violência de gênero contra a mulher só foi reconhecida após um longo esforço dos movimentos feministas com estudos e lutas por igualdade e equidade de direitos.

Buscando destacar o ponto de partida deste trabalho, apesar da utilização repetitiva do termo “violência contra a mulher” - escolha baseada no termo popularmente conhecido - defendemos as políticas de gênero como sendo de fundamental importância para a mudança do status quo. Como fica evidente na citação abaixo:

[...]as políticas de gênero atentam para os distintos processos civilizatórios a que são condicionados homens e mulheres ao longo de suas vidas e que repercutem nas relações individuais e coletivas, as políticas para as mulheres conferem centralidade ao feminino, ou seja, não só reiteram a importância como essencializam o papel que elas exercem na reprodução social, que inibem, dessa forma, transformações mais profundas em suas vidas (TAVARES; CRUZ, 2018, apud DELGADO et al. 2021, p. 209).

O entendimento de que é necessária a abordagem da VCM para o público feminino e para o público masculino é de extrema importância para que se possam desenvolver ações de comunicação não violenta, para promover discussões sobre masculinidades e estimular uma cultura não violenta.

Faz-se necessário compreender que o significado de violência é historicamente construído. Como explica Misse (2016, p. 1), “No sentido antigo, *violentia* tinha significado mais neutro ou menos carregado, seja como vis – força, guerra –, seja como *potestas* – poder, domínio. Os dois significados andavam juntos sem maiores problemas”. Esse conceito em nada se assemelha ao sentido moderno. Segundo o autor:

“A disputa do sentido de violência – se unicamente restrito ao exercício da força ou se abrangente, por exemplo, para alcançar o Estado e a estrutura social, como defendeu Galtung (2004; 2010) – é parte dessa construção moderna e dessa promessa de que a palavra seja entronizada em conceito” (MISSE, p. 2).

Essa constatação é importante para que se possa refletir sobre as dificuldades de erradicação da violência, especificamente a violência de gênero contra as mulheres, bem como a dificuldade de se formular políticas efetivas de prevenção e promoção de um ambiente familiar não violento.

A partir dessa compreensão, outras alternativas são necessárias para promover a reflexão sobre o problema e evitar a associação imediata entre a violência contra as mulheres e a Lei Maria da Penha (11.346/2006), no imaginário social. De fato, a popularidade dessa legislação - que tem como principal objetivo garantir direitos da mulher, além da prevenção e punição de casos de violência doméstica e familiar, trouxe a tona uma realidade há muito tempo naturalizada e que se encontra no centro dos debates sobre o patriarcado e o machismo na construção social⁸.

A partir da referida lei, a tipificação da violência é definida resumidamente da seguinte maneira: violência física como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal; violência psicológica entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe; violência sexual: entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada; violência patrimonial: entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos; violência moral: entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria (BRASIL, 2006).

No entanto, a Lei Maria da Penha é parte de uma rede muito maior de enfrentamento a violência doméstica, que conta com uma série de estratégias intersetoriais devido a complexidade do fenômeno. Nesse sentido, o suporte as mulheres depende do bom funcionamento da rede. Dito isso, é necessário pontuar que:

O conceito de rede de enfrentamento à violência contra as mulheres que a Secretária Nacional de Política para Mulheres define, diz respeito à atuação articulada entre as instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade, visando ao desenvolvimento de estratégias efetivas de prevenção e de políticas que garantam

⁸ Segundo SAFFIOTI (2004) O patriarcado qualifica as relações desiguais de gênero, explicita o vetor de dominação e exploração do homem sobre a mulher presente nesta sociedade. Desta forma, o patriarcado é uma expressão específica das relações de gênero, entendido como: “relações hierarquizadas entre seres socialmente desiguais, enquanto o gênero compreende também relações igualitárias” (SAFFIOTI, 2004, p. 119). Não pretendemos explorar essa temática, porém é importante localiza-la dentro das origens das desigualdades de gênero.

o empoderamento das mulheres e seus direitos humanos, a responsabilização dos agressores e a assistência qualificada às mulheres em situação de violência. Já a rede de atendimento faz referência ao conjunto de ações e serviços de diferentes setores (em especial, da assistência social, da justiça, da segurança pública e da saúde), que visam à ampliação e à melhoria da qualidade do atendimento; à identificação e ao encaminhamento adequado das mulheres em situação de violência e à integralidade e humanização do atendimento (SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICA PARA MULHERES, 2011, p. 9).

Esses serviços são assegurados a partir de um suporte legal que inclui: o Iº e o IIº Plano Nacional de Política para Mulheres (PNPM); o Sistema Nacional de Políticas para as Mulheres e o Plano Nacional de Combate à Violência Doméstica, através do DECRETO Nº 9.586, DE 27 DE NOVEMBRO DE 2018; a promulgação da Lei 11.340/2006 (Lei Maria da Penha) e a criação, em 2005, da Central de Atendimento à Mulher – Ligue 180. Como no trecho abaixo:

[...]a assistência à mulher em situação de violência doméstica e familiar será prestada de forma articulada e conforme os princípios e as diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, no Sistema Único de Saúde, no Sistema Único de Segurança Pública, entre outras normas e políticas públicas de proteção, e emergencialmente quando for o caso (BRASIL, 2006).

A área da saúde, particularmente, se caracteriza como a “porta de entrada” para a identificação dos casos. Obviamente, existem casos que nem chegam a ser percebido no âmbito da saúde, no entanto, a característica do trabalho nessa política, permite um contato mais aproximado dos profissionais com as mulheres, - podendo identificar a violência física através do exame físico, identificação de hematomas, lacerações, contusões e fraturas ocasionadas pela agressão física e/ou devido ao processo de somatização, que incluem doenças psicológicas, hipertensão e distúrbios gástricos, além de sua especificidade do mapeamento territorial, que permite a criação de vínculos com a comunidade, dentre outros.

Desse modo, as Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidade de Saúde da Família (USF), os Hospitais Gerais, Hospitais Da Mulher e Maternidades se constituem enquanto ferramentas importantes na identificação e enfrentamento da violência e nesse sentido a qualificação dos profissionais atuantes nesses espaços é de extrema importância. Visto que além dos agravos físicos, a violência pode aparecer de maneira menos perceptível, como no caso da violência psicológica e/ou patrimonial.

Os profissionais de saúde, que atuam em todos os níveis da atenção, devem atuar para a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos, no entanto, é mais comum o desenvolvimento das ações no âmbito da atenção básica, presente nas orientações e

manuais técnicos como o Caderno de Atenção Básica NASF (BRASIL, 2004). Além disso, a atenção básica em saúde que deve se responsabilizar também com “[...]a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASILIA, 2012). O que significa dizer que as ações a serem desenvolvidas devem gerar impacto, ou mudança, na vida dos usuários envolvidos. Em 2003 também foi sancionada a lei 10.778/2003 que “Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde pública ou privada” (BRASIL, 2003). Essa medida é fundamental para que se possa quantificar e compreender em números, a situação de determinadas regiões para o desenvolvimento de políticas públicas de enfrentamento desse fenômeno.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica N°8, documento com orientações para profissionais de saúde, emitido pelo Ministério da Saúde:

É responsabilidade do profissional de saúde estar atento quanto à possibilidade de um membro da família estar praticando ou sendo vítima de violência, mesmo que não haja, à primeira vista, indicações para suspeitas. Através de observações, visitas domiciliares, perguntas indiretas ou diretas dirigidas a alguns membros da família, situações insuspeitas podem ser reveladas se houver um cuidado e uma escuta voltada para estas questões. Mesmo que a família tente ocultar tais situações, a aproximação por parte do profissional poderá facilitar a abertura a um diálogo futuro, criando novos espaços de ajuda (BRASIL, 2001).

Os documentos técnicos, manuais e protocolos de atendimento definem prerrogativas de ações, o que pretende ser verificado é se essas prerrogativas estão sendo realizadas tendo em vista que, vários desafios estão postos no cotidiano profissional. Os profissionais de saúde são incorporados pelo cotidiano, aligeirado e ávido por respostas rápidas. No entanto, o trabalho com mulheres em situação de violência exige outro tipo de abordagem ressaltando a capacidade de escuta qualificada, prestação de informações claras e objetivas, solicitando confirmação de entendimento do outro. Crucial para a identificação de problemas que aparecem de maneira velada, que estar implicada na situação de maneira indireta.

Os documentos técnicos são complementares quando reúnem os procedimentos para o enfrentamento da violência, estabelecendo critérios para as intervenções - dependendo do tipo de violência e suas repercussões -, bem como orientam que seja criado em cada instituição, grupos que atuem no seu enfrentamento. As instituições se responsabilizam pelas atribuições e organização dos profissionais que vão realizar cada etapa, respeitando a área de conhecimento de cada categoria como destaca o trecho da Norma Técnica lançada pelo Ministério da Saúde em 2012:

“É desejável que a equipe de saúde seja composta por médicos(as), psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais. Entretanto, a falta de um ou mais profissionais na equipe – com exceção do médico(a) – não inviabiliza o atendimento. Ainda que cada um (a) desses (as) profissionais cumpra papel específico no atendimento às mulheres e aos adolescentes, todos (as) devem estar sensibilizados para as questões de violências de gênero. A capacitação nessa área requer a disponibilidade do (a) profissional em perceber essa problemática como um fenômeno social capaz de produzir sérios agravos à saúde das mulheres e dos adolescentes. Serviços de saúde de referência para casos de maior complexidade podem acrescer à equipe interdisciplinar especialistas em pediatria, infectologia, cirurgia, traumatologia, psiquiatria ou outras especialidades” (BRASIL, p. 20).

As práticas comuns aos profissionais de saúde na identificação e enfrentamento da violência são: Orientar as vítimas sobre a importância do registro do boletim de ocorrência; Reconhecer os sinais de violência não declarada, especialmente da violência doméstica, mantendo os(as) profissionais sensibilizados(as) e capacitados(as); Acolher as pessoas em situação de violência de forma humanizada sem preconceitos e juízos de valor; Garantir a necessária privacidade durante o atendimento, estabelecendo um ambiente de confiança e respeito; Manter sigilo sobre as informações prestadas pela vítima ou pelo seu responsável, repassando a outro profissional ou outro serviço, apenas as informações necessárias para garantir o atendimento adequado; Ouvir atentamente o relato da situação, de forma a poder avaliar a possibilidade de risco de morte ou de repetição da violência sofrida (MS, 2015).⁹

Para os serviços de referência as ações seguem na mesma direção, mas exige um suporte mais específico para o tipo de violação sofrida e incluem: Avaliar e tratar as condições médicas de emergência; Realizar os exames clínicos e a coleta de material com consentimento informado; Apresentar o Termo de Consentimento Informado, de modo a colher assinatura para autorização da coleta e preservação de eventuais vestígios biológicos que possam ser identificados; Respeitar a todo o momento a confidencialidade do caso; Solicitar os exames laboratoriais preconizados conforme Norma Técnica Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes do Ministério da Saúde; Realizar a contracepção de emergência nos termos da Norma Técnica Anticoncepção de Emergência: Perguntas e Respostas para Profissionais de Saúde, exceto se esse procedimento tenha sido realizado pelo serviço que primeiro atendeu à vítima; Realizar profilaxia das DST/AIDS e Hepatite B, com medidas específicas nas primeiras 72 horas; Preencher o formulário de dispensação de anti-retrovirais; Realizar ou encaminhar para acompanhamento psicológico e social; Preencher obrigatoriamente os dados contidos na Ficha de Notificação Compulsória de Violência Interpessoal/Autoprovocada, de modo a

⁹ Dados retirados da 1ª edição da Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios, publicada pelo Ministério da Saúde em 2015.

possibilitar a análise das informações (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014); Todas as informações devem ser cuidadosamente registradas na Ficha de Atendimento Multiprofissional às Pessoas em Situação de Violência Sexual, com letra legível e sem espaços em branco, tendo em vista que este registro poderá ser fonte oficial de informações, especialmente quando o exame pericial não for realizado; Constar, na Ficha de Atendimento Multiprofissional, data e hora dos atendimentos, história clínica e exame físico completo, incluindo o exame ginecológico, descrição minuciosa das lesões, relatando se são recentes ou não e sua localização específica, descrição do relato da usuária, bem como das orientações fornecidas pelo(a) profissional e a identificação, de todos os(as) profissionais que atenderam a vítima; Garantir a referência para o seguimento/acompanhamento através de consultas pré-agendadas; Realizar a interrupção legal da gestação conforme as normas técnicas do Ministério da Saúde; Encaminhar a mulher para os serviços de saúde caso ela opte pela manutenção da gestação; Realizar os registros necessários, não só para o acompanhamento da vítima como também para prováveis finalidades legais. Estabelecer uma relação de respeito e empatia com a vítima; Iniciar a entrevista com perguntas abertas e evitar conduzir as respostas; Questionar diretamente a vítima somente quando a narrativa livre for esgotada; Ler Termo de Consentimento Informado para a vítima e certificar-se se foi compreendido. A vítima tem liberdade para aceitar ou recusar qualquer das etapas ou procedimentos do atendimento; Preencher a Ficha de Atendimento Multiprofissional (BRASIL, 2012).

As atividades citadas são de responsabilidade dos profissionais de saúde, como citado anteriormente, ficando a cargo das instituições a escolha da categoria profissional competente para realização de cada etapa, processualmente e realizando as intervenções de maneira multiprofissional e com articulação em rede, já que “[...] esse suporte deve incluir a rede de serviços especializados (das áreas de saúde, social, de segurança e justiça) e da comunidade (associações de moradores, grupos de mulheres, grupos religiosos)” (BRASIL, p. 28, 2001). Todas as decisões devem ser tomadas em conjunto, fortalecendo a autonomia da mulher e resguardando a segurança de todos os envolvidos.

Diante do que foi exposto, seguimos para o próximo capítulo com o objetivo de identificar as atividades que vem sendo realizada pelos assistentes sociais, nos serviços de saúde, em particular, no enfrentamento da VCM.

6. CAPÍTULO III - O TRABALHO DE ASSISTENTES SOCIAIS NO ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER NA ÁREA DA SAÚDE

Apesar do tema da violência contra a mulher ter ganhado popularidade nos últimos anos dentro dos estudos teóricos no Serviço Social, expressos através da quantidade de publicações de artigos, trabalhos de conclusão de cursos e massiva presença do tema em seminários e eventos da categoria, segue a dificuldade dos profissionais de sistematizar o cotidiano do trabalho. Em outras palavras, os assistentes sociais possuem uma escassa produção da sua intervenção profissional no enfrentamento da violência contra a mulher, em particular, no campo da saúde.

Diante da parca produção, os artigos selecionados não estão somente no âmbito da saúde e nem restrito às produções no campo do serviço social. No entanto, foi realizado o esforço de identificar em cada produção o objeto de estudo, que pudesse ajudar a elucidar os questionamentos levantados nesse trabalho. Para melhor compreensão dos resultados, esse item será dividido em três categorias de análise, são elas: a percepção/compreensão dos assistentes sociais sobre a violência contra a mulher, que foram analisadas no mesmo item das atividades e os meios e instrumentos utilizados no enfrentamento da violência; e os desafios e possibilidades para uma prática efetiva, no sentido de oferecer/apontar respostas ao problema.

6.1 ATIVIDADES E MEIOS/INSTRUMENTOS UTILIZADOS NO ENFRENTAMENTO DA VCM

O objetivo deste item é discutir as atividades e meios/instrumentos utilizados no enfrentamento da VCM, tanto em termos de articulações multiprofissionais, quanto de atribuições privativas ao serviço social no enfrentamento da violência contra a mulher.

Como nos lembra Guerra (2000): a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações

interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA, 2000).

Compreender a realidade é parte do trabalho, e nesse sentido, só foi encontrado um trabalho em que uma profissional dessa categoria expressa a sua visão sobre o tema, como mostra a seguir: “A1: É... eu vejo que ainda existe muito machismo por parte da sociedade [...] então tem muito que caminhar ainda pra proteção da mulher” (TEIXEIRA; PAIVA, p. 6-7).

No trecho acima, a opinião sucinta da profissional sobre o tema pode levar a duas interpretações. Uma que ela compreende o tema como produto da sociabilidade sob a égide do capitalismo, uma visão que corrobora com o que o serviço social vem produzindo no campo teórico sobre a problemática da violência, evidenciada a seguir:

[...]a violência como fenômeno inscrito nas tramas da sociedade capitalista, patriarcal e colonial, a qual revela estruturas de desigualdade que, interconectadas, produzem formas de violência dirigidas especialmente a alguns grupos sociais, como as mulheres, sobretudo as racializadas e pobres. Destacamos também como essa violência foi invisibilizada e silenciada nesse contexto, sob o invólucro construído pelas garantias da institucionalidade democrática e os avanços no campo dos direitos. Enfatizamos que o “esquecimento” da violência contribuiu para que ela reincidisse em todos os períodos de nossa história. Hoje, com a ruptura da democracia liberal, pela ação da lógica financeira e neoliberal, ela se revela como barbárie cotidiana. (DELGADO; TAVARES; NORONHA, p. 2)

Essa compreensão do problema indica um posicionamento e leitura crítica de mundo, que está em consonância com a dimensão ético-política e teórico-metodológica, que sustenta o projeto de sociedade defendido pela categoria profissional. No entanto, a fala da profissional destacada acima revela também outra interpretação que é o descompasso existente entre o problema e as respostas apresentadas para o seu enfrentamento.

Quando a profissional fala no longo caminho para a proteção da mulher, denuncia que as políticas e ações disponíveis não conseguem abarcar a dimensão do problema e revela o grau de compreensão desta em relação ao fenômeno da violência contra a mulher. No entanto, diante de apenas um depoimento, não é possível compreender se essa perspectiva é isolada ou se representa a maioria das profissionais atuantes nessa conjuntura.

A fala da assistente social a seguir, demonstra como se desenvolve a estratégia profissional no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), quando há uma suspeita de VCM:

“A02: Eu acho que no espaço de atendimento é criar um vínculo com a pessoa, essa questão de poder conhecer melhor a realidade, de poder fazer visita domiciliar, é... conversar com pessoas próximas a ela, os espaços que ela frequenta, assim, se houve essa suspeita, eu acho que a gente consegue entender melhor o que acontece, e de forma geral eu acho que é publicizar mais[...]” (TEIXEIRA; PAIVA, p. 10).

Nesse momento inicial, onde se pretende investigar a suspeita de violência, a visita domiciliar aparece como um instrumento importante para coletar dados. Além disso, a escuta ativa é algo que está colocado nesse processo de forma alusiva, na aproximação da profissional com a usuária e a criação da vinculação, além do atendimento da rede de apoio familiar com o objetivo de conhecer melhor essa realidade.

A partir da identificação da violência, o estudo de caso foi um instrumento que vem sendo muito utilizado para pensar estratégias. Muitas vezes pensado de forma coletiva, intersetorial e multiprofissional, expressão da transversalidade e multicausalidade do fenômeno da violência e ressalta a importância da dimensão multiprofissional do trabalho na saúde. O estudo de caso é realizado pelos profissionais que tiveram contato com a mulher e dessa discussão podem ser pensadas estratégias, como veremos abaixo:

“Outra ação desenvolvida para o acompanhamento da mulher em situação de violência pelos Centros de Referência era o estudo de caso interinstitucional. Essa situação ocorria tanto quando a mulher era encaminhada para o CR como quando outro serviço estava atendendo uma mulher em situação de violência, mas por diversos motivos não podia fazer o encaminhamento dela para o centro. Então, as equipes técnicas dos CR realizavam estudos de caso com a equipe que estava acompanhando essa mulher em outra instituição[...] (GONSALVES; SCHRAIBER, p. 12)”

Corroborando com a fala acima, essa prática também foi identificada na Estratégia de Saúde da Família (ESF), como aparece na fala das enfermeiras de uma unidade estudada:

“Sempre quando eu pego um caso desses, eu encaminho pelo menos para assistência social, para ela ir lá fazer uma visita, fazendo todo um acompanhamento familiar, ver como é que está essa pessoa, essa família, como é que está vivendo. (E-12) “... o assistente social pode ajudar bastante. Eu já a vi fazendo familiograma, aquela relação familiar toda para entender todo o contexto... porque não adianta você entrar e criar mais conflito ainda. Tem que entrar para ser uma forma positiva para aquilo (E-1)” (GOMES et al., 2015, p. 828).

O familiograma é um instrumento bastante utilizado na saúde mental, definido como:

[...]uma representação gráfica com informações sobre a família, de maneira que permite uma rápida visão da composição, de padrões familiares, de relacionamentos,

além de ser uma rica fonte de hipóteses sobre as influências no processo de adoecimento a partir do contexto familiar (BRASIL, 2011a).

Para a realização deste tipo de instrumento, é fundamental um ambiente adequado, que possibilite um diálogo tranquilo, individualizado. No entanto, um problema histórico na saúde revela mais uma dificuldade para o atendimento às mulheres. A dificuldade de garantir o sigilo, diante do compartilhamento de enfermarias, a falta de um local reservado para o diálogo, a possibilidade do possível agressor está presente no momento do atendimento e muitas outras dificuldades neste sentido. Os grupos reflexivos que surgem como um aparato importante para escuta e promoção de reflexões e fortalecimento das mulheres também ficam comprometidos nesse processo, que compreendemos como resultado do desmonte que esta em curso na saúde, mas que refletem diretamente no suporte que poderia ser oferecido. Essa questão foi identificada na maioria dos estudos e ressaltamos abaixo como têm sido enfrentados:

“Neste estudo, a consulta médica e de enfermagem foram os espaços mais referidos de reconhecimento da violência, merecendo destaque a consulta pré-natal. As visitas domiciliares também apareceram com frequência nos relatos. Surgiram ainda espaços não especificamente voltados à saúde da mulher, como atendimento à criança, curativos, vacinas e triagem como loci de reconhecimento da violência de gênero. Ninguém apontou o uso de instrumentos específicos para a captação da violência, muito menos das necessidades trazidas pelas mulheres. O problema foi captado pela identificação por sinais, verbalização pela própria mulher ou por pessoa próxima (GUEDES; EGRY, p. 306)”.

Bezerra et al (2017) identificou que no caso de violência sexual, aparecem outros fatores agravantes da situação:

Nas unidades básicas de saúde (UBS), evidenciou-se a dificuldade em identificar e direcionar o atendimento pela invisibilidade da violência sexual, tornando o atendimento para essa e outras violências reduzido ao tratamento de sintomas e lesões. Existe a presença marcante do julgamento das mulheres por esses profissionais, imprimindo uma forte carga moral em suas opiniões. (BEZERRA et al, p. 9).

Desse modo, a violência física tem maior ênfase. Uma situação que é bastante comum na saúde e que gera na mulher o sentimento de que a instituição de saúde não seja o local onde ela possa encontrar ajuda. Quanto aos profissionais, identifica-se uma atuação que imprime concepções morais e individuais além de expressar um desconhecimento do seu trabalho na intervenção da violência. Diante do material encontrado, é possível afirmar que os profissionais de saúde não conhecem a rede institucional de atenção a mulheres em situação

de violência e resumem sua atuação a uma orientação ou encaminhamento como trataremos abaixo:

“A03: Então, eu acho que pode até acontecer uma questão de uma orientação, talvez o encaminhamento... Igual às vezes a gente orienta de fazer um B.O. e a pessoa não vai ou não vai ao CREAS” (TEIXEIRA; PAIVA, p. 12).

Os encaminhamentos encontrados no texto referem-se aos encaminhamentos multiprofissionais e intersetoriais. No caso do multiprofissional, diferentes categorias profissionais relataram que encaminham casos de violência para a/o assistente social, quando dispõe de profissionais na instituição e quando não possui encaminham a mulher para o serviço que possua um profissional desta categoria.

Esses encaminhamentos para rede especializada quase que majoritariamente é feito para o âmbito da segurança pública, como para as Delegacias Especializadas de Atendimento à Mulheres e podem ser realizados de diversas maneiras, alguns foram identificados a seguir:

“Ao analisar as dinâmicas de trabalho entre os serviços, observou-se que, em relação às formas de contatos institucionais estabelecidos entre as profissionais, os encaminhamentos interinstitucionais das mulheres podiam ser realizados de diferentes modos: via telefone, e-mail, pessoalmente ou sem a realização de contato interinstitucional, somente através da entrega de um papel (ofício, guia de encaminhamento etc.) ou verbalmente (GONSALVES; SCHRAIBER, p. 11)”.

É nesse sentido que se coloca em questão a integralidade do cuidado em saúde. A partir dos encaminhamentos, citado repetidamente em todos os trabalhos analisados, se dão no envio da usuária do serviço de saúde outros dispositivos da rede intersetorial, como o jurídico, socioassistencial, serviço de segurança pública, saúde de média complexidade e etc. São comuns para cumprir o requisito a integralidade do cuidado. No entanto, há um problema enorme nesses encaminhamentos que é a falta de uma contrarreferência.

Por relações de referência, compreende-se o encaminhamento do usuário para serviços que mais se adequem às suas necessidades e às características da pessoa, isto é, à complexidade de seu caso. A contrarreferência é o processo por meio do qual esse último serviço fica responsável por prestar o cuidado necessário e encaminhar a pessoa de volta para o serviço inicial, viabilizando o cuidado compartilhado. Por intermédio desse sistema de referenciamento e de contrarreferenciamento, espera-se promover a integralidade do cuidado, por meio da comunicação entre os serviços (COSTA, p. 246)

Ainda que, levado em consideração os limites da profissão, a autonomia da mulher em procurar ou não o serviço, nos casos de VCM, a necessidade de obter resultado de um encaminhamento é essencial para garantia da integralidade do cuidado. Além disso, os

profissionais envolvidos no atendimento precisam saber que aquele serviço esta atuando como deveria e esse *feedback* muitas vezes fica restrito a experiência que a usuária encaminhada passa para o profissional.

Avançando a análise, identificamos que o preenchimento da Ficha de Notificação compulsória não aparece como um instrumento mobilizado pela categoria de assistentes sociais. Quanto a outras categorias, poucos trabalhos citaram o instrumento, como no estudo de Santiago (2021), ao analisar um serviço de atenção básica na Paraíba:

No município de Patos, foi unânime o conhecimento das enfermeiras das USF acerca da existência de violência de gênero nas comunidades, porém somente uma referenciou um único caso que chegou à USF, o qual foi encaminhado ao Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Associaram a falta de procura de apoio ao medo e vergonha das usuárias em retratarem a violência, bem como destacaram o receio das agentes comunitárias de saúde e da própria equipe em se envolver com as questões de violência de gênero por medo de represálias dos agressores. Essas enfermeiras desconheciam a ficha de notificação compulsória e a gerente de Atenção Básica destacou que, das 40 USF do município, apenas duas unidades registravam essas fichas de notificação (SANTIAGO, p. 392).

Diante da realidade da subnotificação, que é tratada em vários estudos, segue o desafio de refletir se o diagnóstico acima revela uma realidade experimentada de maneira geral ou se trata de uma realidade local. É importante compreender se essa notificação não está sendo realizada da maneira correta pelas assistentes sociais e equipes de saúde ou se ela apenas não é realizada por nenhuma categoria profissional. Ciente que essa notificação deve ser realizada pelo profissional de saúde que primeiro identificar a violência (BRASIL, 2014), qualquer categoria está apta ao seu preenchimento. Essa notificação é de extrema importância, pois alimenta o banco de dados e gera estatísticas, que por sua vez, ajudam a compreender a realidade do fenômeno e orientam a formulação de políticas públicas. Como evidenciado abaixo:

Em 2005, foi estabelecida uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS. Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes tem como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção. O sistema foi concebido com dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violências (VIVA Contínuo). Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA. (MINAYO, et al. 2018, p. 4).

De modo que se possa retornar ao objetivo desse item, foram encontrados como instrumentos e estratégias mobilizados pelas assistentes sociais no atendimento e

enfrentamento a violência contra a mulher na saúde: visita domiciliar, escuta ativa, estudo de caso/discussão de caso, encaminhamentos multiprofissionais e intersetorial, grupos reflexivos, familiograma, espaços de promoção à saúde da mulher, na dimensão multiprofissional, consultas médicas, exames feitos pela equipe de enfermagem, atendimentos de pré natal, campanhas de vacinação, parceria com NASF.

6.2 DESAFIOS E POTENCIALIDADES DO TRABALHO PROFISSIONAL NA SAÚDE

A Estratégia de Saúde da Família aparece como um dos principais dispositivos com dificuldade de implementar um atendimento e acompanhamento às mulheres em situação de violência. Alguns fatores são resultados das repercussões do neoliberalismo, promovendo o desmonte das políticas públicas e privatizações e outros estão relacionados com o nível de conhecimento dos profissionais na abordagem do fenômeno.

Quanto aos primeiros, TEIXEIRA E PAIVA (2021) concordam que:

Urge ressaltar que os serviços de saúde e seus profissionais, ou seja, aqueles que estão na ponta dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje estão enfrentando inúmeras dificuldades para manter o funcionamento dos serviços, os quais estão sendo sucateados de forma contínua e, no último triênio (2016-19), mais intensamente. Estas condições são claramente perceptíveis com a relatada sobrecarga de trabalho sobre equipes multiprofissionais incompletas e com áreas de cobertura muito extensas, aumento do adoecimento mental e físico dos trabalhadores etc. (TEIXEIRA; PAIVA 2021, p. 16).

Em muitos dos trabalhos foram identificadas que a intervenção dos profissionais está submetida a lógica de precarização dos serviços de saúde, como a produtividade, ambientes inapropriados para a escuta, equipes compostas por poucas categorias profissionais e outras dificuldades que contribuem para que os atendimentos não passassem de um acolhimento e uma conversa com a usuárias, como os depoimentos abaixo:

“[...]No hospital, o acolhimento acontecia pelos profissionais da segurança, sem privacidade e sem a presença de profissional de saúde capacitado” (BEZERRA, et al, p. 7). Enquanto no contexto da ESF o agente comunitário destaca:

“[...] relata [...] pra coordenadora. A partir daí a gente traça uma estratégia pra poder (sic) resolver ou ajudar a pessoa a resolver aquele problema (Informante 2, agente comunitário de saúde)” (MACHADO, et al. p. 836) .

É importante citar que este dispositivo não possui assistente social na equipe básica, entretanto, os profissionais da equipe básica – médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde- atribuem ao assistente social a expertise da intervenção nos casos de violência e reforçam a necessidade dessa categoria profissional na equipe básica. Como consequência desse processo, de um lado identifica-se a desassistência e o atendimento centrado nas necessidades biológicas resultantes de violência física. Como evidenciado abaixo:

No âmbito da ESF, por um lado, as mulheres não falam e, por outro, os profissionais não perguntam sobre violência. A lógica medicalizadora limita o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a captação da violência e das necessidades, o que faz com que também as mulheres desconheçam os serviços de saúde como possibilidade de apoio. (GUEDES; FONSECA; EGRY, p. 308-309).

Nesse sentido, apesar de seu importante papel na identificação dos casos, para as usuárias, a saúde não se configura enquanto dispositivo de apoio para a situação de violência experimentada. Outra consequência da falta de assistentes sociais na equipe básica da ESF é o encaminhamento de todos os casos de violência para a equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que por sua vez não consegue prestar um suporte adequado como evidenciado abaixo:

[...] não se consegue fazer uma intervenção bacana com relação a isso, pelo fato de a gente ter só uma assistente social... para evoluções de encaminhamento de mulheres em situações de violência.” (C-4) “... eu acredito nesse modelo de Saúde da Família, mas eu não acredito nas proporções de um NASF para quinze Equipes de Saúde da Família. Eu acho que um profissional para quinze equipes é um absurdo. Como é que uma assistente social vai conseguir alguma coisa e ainda conseguir fazer promoção? (E-7). (NADIRLENE et al 2015, p. 828).

As dificuldades apontadas são resultado do processo de sucateamento da saúde, da forma com que o SUS vem sendo precarizado no contexto atual. No entanto, há também outro fator bastante importante que reflete as ações ou falta de ações de enfrentamento da violência de gênero contra a mulher, resultando na transferência de responsabilidades diante da falta de capacitação profissional para enfrentamento da violência. Todos os profissionais precisam conhecer a rede, e na ausência do assistente social, esses profissionais podem realizar um atendimento informativo e que corresponda as suas atribuições.

A literatura é unânime na identificação desse problema, como destacam Teixeira e Paiva (2021) ao estudar o contexto do CAPS: “Os/as profissionais relataram conhecer “muito pouco” a respeito das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, estando centrados, na lei Maria da Penha e, genericamente, na medida protetiva” (p. 14). O mesmo foi identificado por Bezerra et al. (2017) ao estudar a assistência a mulheres vitimas de

violência sexual: “Em um dos estudos, constatou-se que a atenção às mulheres é limitada nos serviços de saúde e segurança pública, e, neste universo, a grande questão é a falta de ambientes adequados e profissionais capacitados nas delegacias da mulher e no hospital” (BEZERRA, et al, p. 7).

As constatações dos autores expressam uma realidade na política de saúde que é a falta de qualificação profissional para o atendimento a mulheres em situação de violência. Em todas as categorias profissionais identificam-se atendimentos incipientes e sem conhecimento da rede de enfrentamento da VCM.

Uma vez que a mulher só procura ajuda, ou aceita a ajuda prestada, quando se sente confortável para tal, com o/a profissional ou com a instituição. Um encaminhamento incorreto para um serviço que não oferece o suporte esperado, gera frustração e a mulher pode deixar de procurar a instituição que inicialmente ela desenvolveu um vínculo.

É compreensível que com as constantes mudanças na legislação - reflexo das pressões sociais, principalmente do movimento de mulheres - e mudanças de cunho cultural e político, resulta em defasagem rápida das informações, não permitindo que o profissional se atualize com a mesma rapidez. No entanto, se faz necessário a educação permanente dos profissionais, evitando assim intervenções carregadas de juízo de valor e sem efetividade.

Desse modo, alguns trabalhos vêm destacando os problemas dos atendimentos em que os profissionais induzem a mulher - principalmente as jovens e adolescentes - baseada em crenças individuais, desrespeitando o poder e o direito de decisão das mesmas:

O atendimento envolvendo o aborto é um dos temas mais complicados quando se trata de violência sexual. A objeção de consciência pode ser exaltada pelo profissional, além do conflito interno sobre a questão religiosa. A incapacidade de serem imparciais frente à decisão da mulher gera comportamentos que ferem o direito das mulheres de realizar o aborto legal. (BEZERRA et al, p. 9)

Cotidianamente surgem na mídia crianças e/ou adolescentes, vítimas de violência sexual, que tem seu direito ao aborto legal e seguro desrespeitado por profissionais que se recusam a realizar o procedimento. Esses são exemplos dos reflexos da situação que destacamos acima.

Além desses fatores, um desafio já conhecido está na falta de contrarreferência. Esse problema já aparece na saúde e na assistência há algum tempo e gera uma incerteza da continuidade do atendimento, além de comprometer a integralidade da atenção. A falta da

contrarreferência aparece como característica das políticas neoliberais como ressalta MINAYO et al (2018):

A Revisão bibliográfica sobre serviços de saúde que atendem pessoas em situação de violência mostra que a atenção pré-hospitalar fixa e móvel desde a década de 2000 apresenta profundas deficiências estruturais, de articulação dos serviços e de contrarreferência, agravados ainda mais no contexto de crise financeira e política atual (MINAYO et al, 2018, p. 6-7).

Desde a sua criação a universalidade, integralidade e equidade compõem os princípios básicos do SUS. O desmonte desta política tão importante e vital para os trabalhadores é parte do projeto de privatização do sistema de saúde brasileiro que esta em curso e deve ser combatido sempre que possível. E por se tratar de uma política de vasta capilaridade, sua constante precarização reflete na política de proteção a mulher, sobretudo, no que tange as ações intersetoriais.

Tavares (2015), elencou os principais problemas na implementação das leis de proteção a mulheres em situação de violência:

[...](1) morosidade na aplicação da lei, serviços precários, distantes, sem infraestrutura e inadequados; (2) corpo de funcionários sem qualificação sobre gênero e violência contra mulheres; (3) ausência de resolutividade e articulação entre os serviços; (4) obstáculos para concessão de medida protetiva; (5) ausência de providências diante do descumprimento das medidas protetivas pelos agressores; (6) morosidade no encaminhamento das mulheres ao atendimento psicossocial; (7) realização de perícias inadequadas e descuidadas nos institutos médicos legais; (8) descumprimento e/ou desconhecimento dos profissionais da Lei Maria da Penha (TAVARES, p. 208).

Os elementos citados pela autora aparecem como problemas a se resolver no âmbito jurídico, no entanto, para que a mulher consiga alcançar a etapa da denuncia é necessário que ela tenha suporte financeiro, de segurança, emocional, social para mudar a sua realidade. E neste sentido, todas as instancias – jurídico, saúde, segurança pública, serviços socioassistenciais, dentre outros, devem funcionar de maneira ágil, com profissionais qualificados, com articulação entre os serviços, elementos detectados na análise acima.

Entretanto, os trabalhos foram indicando possibilidades de desenvolver uma intervenção de maneira mais articulada e satisfatória para as mulheres. Santiago (2021) apontou uma mudança no comportamento das usuárias da USF, na Paraíba, após a iniciativa da equipe multiprofissional de colar cartazes informativos nos corredores do dispositivo:

[...]Foi perceptível, durante nossas visitas às USF, a exposição de cartazes informativos dos serviços de atendimento à violência doméstica e familiar fixados

nos murais das unidades. A referida gestora informou que após o trabalho de divulgação desses serviços houve aumento da procura de usuárias com situações de violência nas USF e maior número de notificações. (SANTIAGO, p. 393).

Outra possibilidade que tem resultados significativos é a promoção de encontros com profissionais que atuam com mulheres em situação de violência de todas as políticas: saúde, assistência, jurídico, segurança pública, pesquisadores e outros agentes para troca de informações.

Gonsalves e Schraiber (2021) identificaram em sua pesquisa, realizada no Rio de Janeiro, a importância da Rede Capital para os profissionais que atuam no atendimento a mulheres em situação de violência:

“Tendo como características de ação a horizontalidade, a multiliderança, a corresponsabilidade, o compartilhamento, a autonomia, a diversidade, a sustentabilidade e a flexibilidade, a Rede Capital, segundo o protocolo, era composta pelos serviços de diferentes setores e instâncias governamentais especializados no atendimento às mulheres em situação de violência da capital do Rio de Janeiro. A finalidade do protocolo era promover a institucionalização das relações da Rede Capital e, conseqüentemente, a eficácia do atendimento no município (REDE CAPITAL, 2013)” (GONSALVES; SCHRAIBER, 2021. p. 15).

Os profissionais relataram que a Rede Capital, no Rio de Janeiro, começou pela necessidade de discutir casos, pensar soluções para mulheres que passavam por todos os serviços da rede várias vezes e que depois sumiam. E posteriormente passou a se tornar uma possibilidade de troca, de apresentação dos serviços prestados por cada instância e viam como um encontro muito produtivo.

“Mencionado em ambas as entrevistas citadas, o “protocolo de atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência” foi construído em um determinado momento dos encontros da Rede Capital, como também apontou outra entrevistada: “[...] que teve até quando a gente fez a cartilha da Rede Capital... que é uma cartilha interessante, construída coletivamente em uma reunião” (EE 17)” (GONSALVES; SCHRAIBER, 2021. p. 14)

Esse tipo de encontro promove benefícios mútuos para os agentes e serviços aos quais pertencem, bem como, gera melhor articulação e respostas mais efetivas para as mulheres.

Ainda que exista um longo caminho, com muitos mais desafios do que possibilidades como os apontados neste item, algumas instituições tem conseguido realizar um trabalho multiprofissional significativo, inclusive promovendo eventos de capacitação para profissionais da área de saúde. O Hospital da Mulher - Maria Luzia Costa dos Santos, localizado em Salvador, realiza webnários e capacitação profissional para profissionais de saúde de todas as categorias, envolvendo nestes eventos o diálogo com os Centros de

Referência de Atendimento a Mulher, Vara da Violência e Secretaria de Políticas para Mulheres.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno da violência de gênero contra a mulher é extremamente complexo, como já foi discutido anteriormente e apesar de haver uma vasta produção teórica, popularização de cursos de capacitação profissional disponível com facilidade, principalmente depois do ensino a distância, a implementação de políticas públicas intersetoriais e diversas ações no sentido de seu enfrentamento, há registros de crescimento exponencial desse tipo de violência, em todo o país.

Diante deste fenômeno, o Estado tem desenvolvido políticas de enfrentamento da VCM, que devem ser desenvolvida de forma articulada e intersetorial. Essa é uma dimensão do trabalho em rede, que se diferencia entre a rede de atendimento e enfrentamento da VCM. A rede de atendimento é composta por ações e serviços de vários setores e a saúde esta localizada enquanto a principal porta de entrada para a identificação e encaminhamento de mulheres para os principais serviços de proteção. Sendo assim, os profissionais de saúde, bem como a categoria dos assistentes sociais tem papel importante nessas intervenções.

No entanto, a produção no campo do Serviço Social sobre o trabalho de assistentes sociais no enfrentamento da VCM na saúde, destaca-se pela escassa produção científica. A produção sobre gênero apesar de significativa, é inicial e como identificado neste trabalho, quanto a sistematização do trabalho profissional na área da saúde, a produção é inexistente.

Tratando-se de uma categoria profissional, que possui um Projeto Ético Político comprometido com o fortalecimento de direitos, equidade, combate as desigualdades e compromisso com a justiça social, é extremamente preocupante a falta de sistematização do trabalho.

A baixa produção científica de profissionais do serviço social, em especial os que atuam na saúde, já vem sendo objeto de reflexões e críticas, inclusive mencionado em documentos do próprio Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) o qual identifica o problema como desafio atual da profissão¹⁰.

No entanto, muitos fatores podem inferir na não sistematização do trabalho profissional pelas assistentes sociais, inclusive a própria forma de organização da política de

¹⁰ Ver Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2015).

saúde e a lógica do atendimento: trabalho submetido a uma lógica de produtividade, centralidade do modelo biomédico, dentre outros.

A conjuntura atual de desmonte das políticas públicas e de lógica neoliberal, não permite que os profissionais realizem o seu trabalho em condições favoráveis. A falta de um ambiente adequado para o atendimento, longas jornadas de trabalho, exigências institucionais por respostas rápidas às demandas complexas, além de dificuldades para a realização de uma educação continuada podem ser alguns dos desafios impostos aos profissionais do serviço social na saúde, bem como, estão sujeitos profissionais de outras categorias. No entanto, essas dificuldades não devem sobrepor a necessidade da categoria de se atualizar quanto a sua prática profissional.

Obviamente o assistente social deve oferecer um acolhimento e um atendimento com a dimensão do compromisso com as lutas amplas da classe trabalhadora, com os movimentos sociais, com a equidade, combate as discriminações e promoção da justiça social. Dessa forma, promover o fortalecimento da Rede de Atenção a Mulheres em Situação de Violência, já que esta se encontra fragilizada.

O resultado desta pesquisa inicial aponta que a atuação do assistente social tem ocorrido de maneira incipiente e as poucas informações que foi possível identificar através dos trabalhos analisados, identificaram a visita de campo, a escuta ativa, os encaminhamentos profissionais e para a rede institucional, as atividades multiprofissionais e o estudo de caso, como os principais meios/instrumentos da intervenção.

São muitos os desafios para a categoria no enfrentamento da violência, mas diante do exposto, urge a necessidade de qualificação profissional para o atendimento, acolhimento, acompanhamento e suporte às mulheres em situação de violência, além de necessidade de produzir materiais que reflitam esse cenário na saúde.

A realização deste trabalho caminha para iniciar essa mudança de perspectiva e contribuir na articulação entre a dimensão teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa reafirmando o compromisso com uma prática que reforce os direitos humanos e gere mudança de perspectiva para a categoria profissional. Além de contribuir na instrumentalização dos profissionais em formação que pretendem atuar na área da saúde, com mulheres em situação de violência.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Guilherme Souza Cavalcanti; SILVA, Marcelo José de Souza. **Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde**. Saúde em Debate [online]. 2014, v. 38, n. 103. Disponível em: <<https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140082>> Acesso realizado em 28/10/2021.
- BEZERRA, J. F; LARA, S. R. G; NASCIMENTO, J. L; BARBIERI, M. **Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa**. Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde. V. 31 n. 1 (2018). Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2018.6544>. Acesso realizado em 11 de maio de 2022.
- BRASIL A, **Guia prático de matriciamento em saúde mental** / Dulce Helena Chiaverini (Organizadora) ... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde: Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011.
- BRASIL A, Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 1.271, DE 6 DE JUNHO DE 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Disponível em <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt1271_06_06_2014.html>. Acesso realizado em 09 de junho de 2022.
- BRASIL B. **Plano Estadual de Políticas para as Mulheres 2013 – 2015**. Governo da Bahia. Secretaria de Políticas para as Mulheres. Salvador-Ba. Julho de 2014.
- BRASIL B. **Rede de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres**. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres. Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República. Brasília, 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Ministério da Justiça. Norma Técnica: Atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Secretaria de Política para Mulheres. – 1ª ed. Brasília-DF, 2015.
- BRASIL, Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos. 2018. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2015-2018/2018/decreto/D9586.htm>. Acesso realizado em 29 de novembro de 2021.
- BRASIL, Presidência da República, 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm, Acesso realizado em 12/10/2021.
- BRASIL, Presidência da República. LEI No 10.778, DE 24 DE NOVEMBRO DE 2003. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10778.htm>. Acesso realizado em 29 de novembro de 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes : norma técnica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 3. ed. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASILIA, Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. Disponível em:< <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso realizado em 20 de novembro de 2021.

CARNEIRO, Sueli. **Mulheres negras, violência e pobreza**. In: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher – Plano Nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003. p. 11-19.

CEFESS. **Assistentes Sociais no Brasil**: Elementos para o estudo do perfil profissional. Brasília, 2005. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/perfilas_edicaovirtual2006.pdf > Acesso realizado 06/09/2021.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série**: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

Costa, Pedro Henrique Antunes da et al. **Sistema de referência e de contrarreferência na rede de atenção aos usuários de drogas**: contribuições da análise de redes sociais. Cadernos Saúde Coletiva [online]. 2015, v. 23, n. 3 , pp. 245-252. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-462X201500030129>>. Acesso realizado 22 Junho 2022.

DELGADO, Josimara Aparecida; TAVARES, Márcia; NORONHA, Valéria. **Violências de gênero contra as mulheres, feminismos e Serviço Social**: desafios políticos à categoria. Niterói, 2022. Revista Gênero. VOL. 22, N.2.

FLAUZINA, A. L.P. **As fronteiras raciais do genocídio**. Direito. UnB, janeiro – junho de 2014, v. 01, n.01. p 119–146.

FORUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Anuário Brasileiro de Segurança Pública**: 2021. ISSN 1983-7364 • ano 15 • 2021. Disponível em: <<https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2021/10/anuario-15-completo-v7-251021.pdf>>. Acesso realizado em 26 de novembro de 2021.

GIL, Antônio Carlos, 1946- **Como elaborar projetos de pesquisa**. - 4. ed. - São Paulo :Atlas, 2002.

GOMES; Nadirlene P. et al. **Apoio social à mulher em situação de violência conjugal**. Revista salud pública vol.17 no.6 Bogotá Nov./Dec. 2015. pp.823-835. ISSN 0124-0064. <https://doi.org/10.15446/rsap.v17n6.36022>.

GONSALVES, Emmanuela N; SCHRAIBER, Lilia B. Potencialidades de construção de uma rede especializada para o atendimento a mulheres em situação de violência no Rio de Janeiro. Dezembro de 2021. REVISTA GÊNERO. VOL. 22, N.1. Disponível em <<https://periodicos.uff.br/revistagenero/article/view/48877>> Acesso realizado em 08 de abril de 2022.

GONZALEZ, L. A mulher negra na sociedade brasileira: uma abordagem político-econômico. LUZ, Madel T. (org.) **O lugar da mulher: estudos sobre a condição feminina na sociedade atual**. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

GUEDES, Rebeca N; FONSECA, Rosa M. G. S; EGRY, Emiko Y. **Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, 2013. v. 47, n. 2, p. 304-311. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/05.pdf>>. Acesso em 11 de maio de 2022.

GUERRA, Y. A categoria instrumentalidade do Serviço Social no equacionamento de “pseudos problemas” da/na profissão. Revista Construindo o Serviço Social. n 3. Bauru: Instituto de Pesquisas e Estudos/ Divisão Serviço Social, Faculdade de Serviço Social de Bauru, p. 9- 29, 2000.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: Esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 12 ed. São Paulo, Cortez, 2006.

MACHADO, Juliana Costa et al. **Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família**. Saúde e Sociedade [online]. 2014, v. 23, n. 3. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-12902014000300008>>. Acesso realizado em 11 de maio de 2022.

MATOS, Maurílio Castro de. **Cotidiano, Ética e Saúde**: O Serviço Social frente à contra-reforma do Estado e à criminalização do aborto. São Paulo: Cortez, 2009, p.140-156.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Institucionalização do tema da violência no SUS**: avanços e desafios. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2018, v. 23, n. 6. Disponível em: <

<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.04962018>>. Acesso realizado em 11 de maio de 2022.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006. 132 p. (Coleção Temas em Saúde).

MISSE, Michel. **Violência e teoria social**. DILEMAS: Revista de Estudos de Conflito e Controle Social – Vol.9 – no 1 – JAN-ABR 2016 – pp. 45-63. Disponível em <https://revistas.ufrj.br/index.php/dilemas/article/view/7672/6183>

MOTA, Ana Elizabete; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene (Orgs.). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4ed. São Paulo: Cortez, 2009.

PAIM, JS. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão e crítica** [online]. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. Disponível em: <<http://books.scielo.org>>. Acesso realizado em: 03 de set. 2021.

PINTO, Lucielma Salmito Soares et al. **Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual**. Ciência & Saúde Coletiva [online]. 2017, v. 22, n. 5. Disponível em < <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33272016>>. Acesso realizado em 11 de maio de 2022.

PASINATO, Wânia. **"Femicídios" e as mortes de mulheres no Brasil**. Dossiê: Violência: outros olhares. Cad. Pagu (37). Dez 2011. Cadernos Pagu [online]. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-83332011000200008>>.

RAMOS, Silvia; CARRARA, Sérgio. A constituição da problemática da violência contra homossexuais: a articulação entre ativismo e academia na elaboração de políticas públicas. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 16(2):185-205, 2006. (Texto 11)Disponível em:

SAFFIOTI, Heleieth I.B. **Gênero, patriarcado, violência**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2004.

SANTIAGO, I. M. F. L.. Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba. Revista Katalysis, v. 24, p. 386-396, 2021. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/1982-0259.2021.e78038>>. Acesso realizado em 13 de abril de 2022.

SANTOS, Isabela Soares; VIEIRA, Fabiola Sulpino. **Direito à saúde e austeridade fiscal: o caso brasileiro em perspectiva internacional**. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgbMjYykCWRkccrSPQrqWjx/?lang=pt>>. Acesso realizado em 08/09/2021.

TAVARES, Márcia Santana. **Roda de Conversa entre mulheres: denúncias sobre a Lei Maria da Penha e descrença na justiça**. Rev. Estud. Fem. [online]. 2015, vol.23, n.2, pp.547-

559. ISSN 0104-026X. Disponível em: < <https://doi.org/10.1590/0104-026X2015v23n2p547>>. Acesso realizado em 10 de junho de 2022.

TEIXEIRA, Júlia Magna da Silva; PAIVA, Sabrina Pereira. **Violência contra a mulher e adoecimento mental**: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 31, n. 02. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310214>>. Acesso realizado em 11 de maio de 2022.

YIN, Robert K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim** [recurso eletrônico]; tradução: Daniel Bueno ; revisão técnica: Dirceu da Silva. – Porto Alegre : Penso, 2016.

APÊNDICE

MATRIZ DE ANÁLISE

REFERÊNCIA	RESUMO	OBJETO	MEIOS/INSTRUMENTOS	DESAFIOS/POSSIBILIDADES
<p>1. Teixeira, J. M. S; Paiva. S. P. Violência contra a mulher e adoecimento mental: Percepções e práticas de profissionais de saúde em um Centro de Atenção Psicossocial.</p>	<p>A violência contra a mulher, uma das expressões da violência de gênero, reconhecida como problema de saúde pública, está muito presente na realidade brasileira e afeta sobremaneira a saúde mental e física das vítimas. Há lacuna quanto à investigação da temática no campo da saúde mental. O presente estudo objetivou compreender as percepções e práticas de profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) diante da violência contra a mulher, através de entrevistas semi-estruturadas com profissionais de diferentes áreas (n=10). As narrativas foram classificadas em 4 eixos temáticos: Percepções e conceituações sobre o tema; relação entre violência contra a mulher e saúde mental; as intervenções profissionais e, por fim, as narrativas sobre o papel das políticas públicas, além dos apontamentos sobre os desafios atuais. Analisou-se que há um distanciamento entre as percepções e as ações realizadas, e que há muitos desafios ainda quanto ao trato dessa temática, entre eles a falta de estrutura social e política e a falta de capacitação destes profissionais.</p>	<p>A01: É... eu vejo que ainda existe muito machismo por parte da sociedade [...] então tem muito que caminhar ainda pra proteção da mulher. (p. 6-7)</p>	<p>A02: Eu acho que no espaço de atendimento é criar um vínculo com a pessoa, essa questão de poder conhecer melhor a realidade, de poder fazer VD, é... conversar com pessoas próximas a ela, os espaços que ela frequenta, assim, se houve essa suspeita, eu acho que a gente consegue entender melhor o que acontece, e de forma geral eu acho que é publicizar</p>	<p>Os/as profissionais relataram conhecer “muito pouco” a respeito das políticas públicas de enfrentamento à violência contra a mulher, estando centrados na lei Maria da Penha e, genericamente, na medida protetiva. As narrativas apontam para os dispositivos que conhecem na rede municipal: Centro de Referência Especializado em Assistência Social - CREAS, postos de saúde/unidades de saúde, Casa e delegacia da mulher, Centro de</p>

			<p>mais[...] (P. 10).</p> <p>A03: Então, eu acho que pode até acontecer uma questão de uma orientação, talvez o encaminhament o... Igual às vezes a gente orienta de fazer um B.O. e a pessoa não vai ou não vai ao CREAS (p. 12).</p>	<p>Acompanhamento de Penas Alternativas- CEAPA. Também aparecem narrativas sobre as lacunas existentes: não há Núcleo de Apoio à Saúde da Família- NASF, não possui Núcleo de atendimento a vítima de violência- NAVV (p. 14-15).</p> <p>Em relação à ficha de notificação compulsória, de forma geral as(os) entrevistadas(os) demonstraram não conhecerem, não usarem e, além disso, que a ficha não está disponível no serviço, o que se faz presente também em outros serviços de saúde (P. 15).</p> <p>Além de outros desafios, como é citado por A01</p>
--	--	--	--	--

				<p>“mesmo com a medida protetiva, tem muita mulher morrendo aí”(A01), ou seja, há dificuldades que perpassam questões econômicas, políticas, culturais e sociais.</p> <p>Urge ressaltar que os serviços de saúde e seus profissionais, ou seja, aqueles que estão na ponta dos equipamentos do Sistema Único de Saúde (SUS) hoje estão enfrentando inúmeras dificuldades para manter o funcionamento dos serviços, os quais estão sendo sucateados de forma contínua e, no último triênio (2016-19), mais intensamente. Estas condições são</p>
--	--	--	--	---

				claramente perceptíveis com a relatada sobrecarga de trabalho sobre equipes multiprofissionais incompletas e com áreas de cobertura muito extensas, aumento do adoecimento mental e físico dos trabalhadores etc (p. 16).
0. Bezerra, J. da F; Lara, S. R. G; Nascimento, J. ; Barbieri, M. Assistência à mulher frente à violência sexual e políticas públicas de saúde: revisão integrativa.	Objetivo: Analisar evidências sobre a produção científica a respeito da assistência à mulher em situação de violência sexual (VS), com foco na sua percepção, bem como na dos profissionais de saúde, e na relação com as políticas públicas de saúde no Brasil. Métodos: Estudo de revisão integrativa que identificou 21 artigos, a partir das bases SciElo, MEDLINE, Lilacs e RedAlyc, no período de 2005 a 2016, com idioma em português. O estudo analisou a eficácia das políticas públicas nos serviços brasileiros. Emergiram os núcleos temáticos: Serviço de atenção à mulher em situação de VS; Percepção das mulheres acerca da assistência à VS; e Atendimento dos profissionais de saúde acerca da assistência à VS. Resultados: O atendimento integral preconizado pelo Ministério da Saúde é desrespeitado em 87,5% dos estados do país, devido aos ambientes		Diante da estrutura do serviço e da sua adequação ao MS(10), os profissionais de saúde otimizam sua atuação e integração com a equipe multiprofissional e as redes de atendimento(25) . As limitações das mulheres explanarem o	Em um dos estudos(19), encontrou-se que a atenção às mulheres é limitada nos serviços de saúde e segurança pública, e, neste universo, a grande questão é a falta de ambientes adequados e profissionais capacitados nas delegacias da mulher e no hospital. Encontrou-se que a sala de espera na

	<p>ambulatoriais inadequados e aos profissionais incapacitados para atender às mulheres segundo as normas. Predomina a assistência medicalizada, tradicional e fragmentada, que valoriza o modelo hegemônico biomédico e despreza ações de caráter preventivo e de promoção à saúde. As mulheres desconhecem os seus direitos, e sofrem reflexo de uma sociedade que ainda a culpabiliza pela agressão sofrida. Conclusão: Compreende-se que ainda existem obstáculos para efetivação das políticas na assistência às mulheres em situação de VS e os profissionais de saúde necessitam de capacitação e ambiente adequado para assisti-las. Existe uma lacuna na produção científica acerca da percepção da mulher sobre o atendimento de VS relacionando segurança pública e saúde no território nacional.</p>		<p>problema restringe o trabalho dos profissionais e, assim, a atuação é restrita ao encaminhamento para outros serviços ou transferência da responsabilidade para outra categoria profissional(29). (p 8) Nas unidades básicas de saúde (UBS), evidenciou-se a dificuldade em identificar e direcionar o atendimento pela invisibilidade da VS, tornando o atendimento para essa e outras violências reduzido ao tratamento de</p>	<p>delegacia é comum para todas as demandas, que há inexistência de fluxo de encaminhamento e que existe agendamento para as consultas. No hospital, o acolhimento acontecia pelos profissionais da segurança, sem privacidade e sem a presença de profissional de saúde capacitado(19 (p. 7). O cenário atual do país é composto por profundas modificações na base legal do atendimento da VS, sendo possível que alguns entraves ao enfrentamento apareçam em decorrência das limitações no setor saúde, como: o desconhecimento das mulheres sobre os seus direitos, que envolvem</p>
--	--	--	---	---

		<p>sintomas e lesões. Existe a presença marcante do julgamento das mulheres por esses profissionais, imprimindo uma forte carga moral em suas opiniões(31). (p. 9).</p> <p>Os locais de encaminhamento dessas mulheres são: Delegacia de Defesa da Mulher, nos casos de violência física; e, nos casos de agressão sexual, o Hospital das Clínicas da cidade, por possuir um serviço especializado para tratar desse</p>	<p>procedimentos, encaminhamentos, acesso ao aborto legal e proteção, também comprometido pelo pouco investimento em divulgação de direitos(16-22) (p. 7).</p> <p>O atendimento envolvendo o aborto é um dos temas mais complicados quando se trata de VS. A objeção de consciência pode ser exaltada pelo profissional, além do conflito interno sobre a questão religiosa. A incapacidade de serem imparciais frente à decisão da mulher gera comportamentos que ferem o direito das mulheres de realizar o aborto legal(34-37). (p. 9)</p> <p>A insegurança profissional na assistência a essas mulheres é reflexo da</p>
--	--	--	--

			<p>tipo de violência(32) (p. 9).</p>	<p>escassez de ambientes apropriados, ausência de capacitação profissional e falta de Atendimento Emergencial (36), mesmo com o programa “Mulher: viver sem violência”, o qual, desde 2013, prevê o atendimento igualitário na articulação com governos estaduais, preparando estruturas, protocolos, modos de funcionamento e a integração de toda a rede de serviços prevista para a Casa da Mulher Brasileira. Esta, presente uma em cada capital do país, pretende atuar com serviços públicos de segurança, justiça, atendimento psicossocial e orientação para trabalho, emprego e geração de renda(37)</p>
--	--	--	--------------------------------------	---

				(p. 10).
--	--	--	--	----------

<p>0. Machado, Juliana Costa et al. Violência intrafamiliar e as estratégias de atuação da equipe de Saúde da Família</p>	<p>O estudo objetivou conhecer os tipos de violência intrafamiliar identificados pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e descrever as estratégias de intervenção implementadas pelos profissionais das equipes de saúde da família (ESF) nas situações de violência. Pesquisa-ação realizada em três unidades de saúde da família do município de Jequié/BA, com 25 profissionais das ESF. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas com base na técnica de análise de discurso proposta por Fiorin. Os resultados evidenciaram a identificação pelos profissionais das ESF da negligência e violência física e psicológica contra crianças; violência física e psicológica contra a mulher; e violência contra idoso provocada pelos familiares cuidadores. Os profissionais das ESF apóiam as famílias no reconhecimento da violência, propiciando a escuta, orientações e encaminhamento aos órgãos competentes; apesar de encontrarem algumas dificuldades nesse processo, como a falta de articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às vítimas. Para a prevenção e combate à violência intrafamiliar as ESF devem agregar a rede de serviços especializados das áreas da saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade para uma atuação integral.</p>	<p>[...] relata [...] pra coordenadora. A partir daí a gente traça uma estratégia pra poder (sic) resolver ou ajudar a pessoa a resolver aquele problema (Informante 2, agente comunitário de saúde)(p. 836)</p> <p>.Geralmente a gente comunica a coordenadora, né? Infelizmente, são muitos casos de família que nem sempre são resolvidos, porque o que ela pode fazer nem sempre pode resolver, porque foge até da nossa alçada, né? Muitos</p>	<p>E as dificuldades, é a omissão e a falta de retorno, entendeu? Nós fazemos o trabalho e depois de tudo pronto nós não temos o retorno, isso aí que é a dificuldade e é até desanimador (Informante 3, agente comunitário de saúde). (p. 837)</p>
---	--	--	---

			<p>casos de agressão, de violência contra a mulher, vê que não tem um apoio, não tem um, assim, uma eficácia, né, como deveria ter (Informante 25, Agente Comunitário de Saúde) (p. 836).</p> <p>A partir dos discursos verificamos que os profissionais da ESF buscam discutir os casos, traçar estratégias, apoiar, escutar e orientar as famílias envolvidas no contexto da violência. Entretanto, como referiu o Informante 25, em algumas</p>	
--	--	--	--	--

			<p>situações as equipes da ESF se sentem sem condições de dar continuidade ao apoio à família em razão da violência ser um fenômeno de múltiplas causas (p. 836)</p> <p>Ao dar oportunidade para o profissional atuar no contexto familiar, as famílias recebem orientações sobre o seu comportamento violento, sendo aconselhadas à mudança. Escuta ativa não é aconselhamento nem terapia. É uma maneira solidária de</p>	
--	--	--	---	--

			<p>administrar o diálogo, de forma a ajudar a pessoa que está sendo ouvida a restaurar um laço de confiança, à medida que se sinta compreendida e respeitada (Brasil, 2005) (p. 837).</p>	
--	--	--	---	--

<p>0. GONSALVES, E. N; SCHRAIBER, L. B. Potencialidades de construção de uma rede especializada para o atendimento a mulheres em situação de violência no Rio de Janeiro.</p>	<p>O presente artigo objetiva discutir as potencialidades de construção de uma rede local de atenção a mulheres em situação de violência no município do Rio de Janeiro. Em uma proposta de pesquisa qualitativa, foram realizadas observações institucionais e entrevistas com profissionais de serviços especializados no atendimento a mulheres em situação de violência. Foi possível verificar ações articuladas entre si, dando contornos a formações de tramas interinstitucionais para os encaminhamentos das mulheres e possibilidades de construção de uma rede de serviços através da articulação da Rede Capital. O estudo pretende, portanto, contribuir para a ampliação do conhecimento sobre a atuação em rede de serviços.</p>		<p>As dinâmicas de trabalho em serviços de mútuo acesso Ao analisar as dinâmicas de trabalho entre os serviços, observou-se que, em relação às formas de contatos institucionais estabelecidos entre as profissionais, os encaminhamentos interinstitucionais das mulheres podiam ser realizados de diferentes modos: via telefone, e-mail, pessoalmente ou sem a realização de contato interinstitucional, somente</p>	<p>Mencionado em ambas as entrevistas citadas, o “protocolo de atuação da rede de atendimento às mulheres em situação de violência” foi construído em um determinado momento dos encontros da Rede Capital, como também apontou outra entrevistada: “[...] que teve até quando a gente fez a cartilha da Rede Capital... que é uma cartilha interessante, construída coletivamente em uma reunião” (EE 17) (p. 14). De acordo com as entrevistas, as profissionais dos serviços especializados que participaram da Rede Capital a</p>
---	---	--	---	--

			<p>através da entrega de um papel (ofício, guia de encaminhamento etc.) ou verbalmente (p. 11).</p> <p>Outra ação desenvolvida para o acompanhamento da mulher em situação de violência pelos CR era o estudo de caso interinstitucional . Essa situação ocorria tanto quando a mulher era encaminhada para o CR como quando outro serviço estava atendendo uma mulher em situação de violência, mas por diversos motivos não</p>	<p>consideravam efetiva para a atuação em rede de serviços. EE8, ao falar de sua participação na Rede Capital, afirmou que foi através das reuniões que conheceu as profissionais dos outros serviços. EE 5, nessa mesma linha, considerou que a partir das reuniões os profissionais se conheciam e os serviços se tornavam conhecidos mutuamente (p. 15).</p>
--	--	--	---	---

			<p>podia fazer o encaminhamento dela para o centro. Então, as equipes técnicas dos CR realizavam estudos de caso com a equipe que estava acompanhando essa mulher em outra instituição: “Especializado 2, já tivemos até discussão de caso aqui, que elas acompanham e nós acompanhamos junto. Isso acontece muito” (EE 15) (p. 12).</p>	
--	--	--	--	--

<p>0. SANTIAGO, I. M. F. L. Violência de gênero entre usuárias do serviço de atenção básica do SUS na Paraíba</p>	<p>Este artigo problematiza a violência de gênero vivenciada pelas usuárias das Unidades de Saúde da Família (USF), do Sistema Único de Saúde (SUS), e o atendimento prestado por este serviço no combate de tais violências. Busca apontar os marcadores sociais das usuárias que passaram por violência de gênero; tipificar as violências de gênero vivenciadas por essas mulheres; identificar os procedimentos tomados por elas para enfrentar essas violências; analisar o atendimento das USF no combate à violência de gênero. Trata-se de pesquisa analítico-descritiva e abordagem quanti-qualitativa, envolvendo as cidades de João Pessoa, Campina Grande, Cajazeiras e Patos, na Paraíba. A amostra é constituída por 600 usuárias e 21 profissionais de saúde. As USF investigadas não se constituem espaços de interlocução com as mulheres violentadas, não efetivando o referenciamento para a Rede de Atendimento.</p>		<p>Em relação aos possíveis encaminhamentos dos casos de violência de gênero, apenas uma enfermeira indicou que encaminharia para o serviço de Psicologia e de Serviço Social da policlínica Frei Damião, que é o serviço de média complexidade do município, e outra informou que encaminhou o caso atendido ao serviço de Psicologia do NASF, conforme já mencionado anteriormente (p. 392).</p>	
---	--	--	--	--

<p>0. GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G. S; EGRY, E. Y. Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero</p>	<p>O estudo objetiva compreender os limites e as possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família (ESF) no que tange ao reconhecimento e enfrentamento de necessidades em saúde de mulheres que vivenciam violência de gênero. Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado em uma Unidade Básica de Saúde que opera sob a ESF em São Paulo (SP). Os dados foram coletados por meio de entrevistas com profissionais de saúde e com mulheres usuárias do serviço que vivenciaram situações de violência de gênero. Os resultados foram analisados segundo as categorias analíticas gênero, violência de gênero e necessidades em saúde. A medicalização foi constatada como a limitação mais significativa das práticas profissionais. Entretanto, foram constatadas possibilidades relacionadas ao vínculo propiciado pela lógica de atenção instaurada com a ESF, ainda que cerceadas pelas limitações do modelo biomédico e a ausência de tecnologias específicas para lidar com a violência.</p>		<p>Neste estudo, a consulta médica e de enfermagem foram os espaços mais referidos de reconhecimento da violência, merecendo destaque a consulta pré-natal. As visitas domiciliares também apareceram com frequência nos relatos. Surgiram ainda espaços não especificamente voltados à saúde da mulher, como atendimento à criança, curativos, vacinas e triagem como loci de reconhecimento da violência de gênero.</p>	<p>No âmbito da ESF, por um lado, as mulheres não falam e, por outro, os profissionais não perguntam sobre violência. A lógica medicalizadora limita o desenvolvimento de ferramentas que potencializem a captação da violência e das necessidades, o que faz com que também as mulheres desconheçam os serviços de saúde como possibilidade de apoio (p. 308-309).</p>
--	---	--	---	---

			<p>Ninguém apontou o uso de instrumentos específicos para a captação da violência, muito menos das necessidades trazidas pelas mulheres. O problema foi captado pela identificação por sinais, verbalização pela própria mulher ou por pessoa próxima (p. 306).</p>	
--	--	--	---	--

<p>0. GOMES, P. Nadirlene et al. Apoio social à mulher em situação de violência conjugal.</p>	<p>Objetivo Compreender os significados atribuídos pelos profissionais de saúde, acerca do apoio social à mulher em situação de violência conjugal. Métodos Foram entrevistados 52 profissionais de cinco unidades locais de saúde de um município de Santa Catarina, Brasil. Os dados foram processados com base na Teoria Fundamentada nos Dados. Resultados Revela-se que as demandas se encontram relacionadas às ameaças dos companheiros e à dependência econômica, o que justifica os encaminhamentos intersetoriais e a inserção da mulher em programa de geração de renda e emprego. Discussão Diante a grande demanda e a prerrogativa de promoção à saúde defendida pela Atenção Primária à Saúde, urge a maior disponibilidade de assistente social no âmbito da Estratégia Saúde da Família. O apoio social às mulheres requer interesse político, no sentido de valorização da articulação do setor saúde com demais recursos disponibilizados para o enfrentamento da violência.</p>	<p>É preciso ajudá-la a conseguir emprego, estimular sua independência. Às vezes, ela precisa desse suporte para poder sair dessa situação. (E-2) “...encaminhá-la para o centro de referência, delegacia, ver se ela precisa mudar de cidade.” (Pc-1). (p. 827).</p> <p>Salientamos que a valorização do contexto familiar pelo serviço social é um elemento que favorece a identificação das necessidades da mulher, facilitando os encaminhamentos (p. 827).</p>	<p>Sempre quando eu pego um caso desses, eu encaminho pelo menos para assistência social, para ela ir lá fazer uma visita, fazendo todo um acompanhamento o familiar, ver como é que está essa pessoa, essa família, como é que está vivendo. (E-12) “... o assistente social pode ajudar bastante. Eu já a vi fazendo familiograma, aquela relação familiar toda para entender todo o contexto ... porque não adianta você entrar e criar mais conflito ainda. Tem que</p>	<p>Revelando as limitações da Assistente Social do NASF Os profissionais da equipe de apoio matricial (NASF) e coordenadores das USF defendem que o número de Assistente Social disponível no NASF é insuficiente para atender às demandas, sobretudo, se considerarmos ser esta equipe, responsável pelo apoio das 16 equipes de Saúde da Família, campo deste estudo (p. 828).</p> <p>“... não se consegue fazer uma intervenção bacana com relação a isso, pelo fato de a gente ter só uma assistente social ... para evoluções de encaminhamento de mulheres em situações de violência.” (C-4)</p>
---	---	---	---	--

			<p>entrar para ser uma forma positiva para aquilo.” (E-1) (p. 828).</p>	<p>“... eu acredito nesse modelo de Saúde da Família, mas eu não acredito nas proporções de um NASF para quinze Equipes de Saúde da Família. Eu acho que um profissional para quinze equipes é um absurdo. Como é que uma assistente social vai conseguir alguma coisa e ainda conseguir fazer promoção?” (E-7) (p. 828).</p> <p>Defendendo maior número de assistentes sociais na ESF Foi sugerida a necessidade de maior disponibilidade de assistente social nas unidades e sua inserção na equipe mínima (p. 828).</p>
--	--	--	---	--

<p>0. MINAYO, M. C. S. et al. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios.</p>	<p>Realiza-se uma reflexão sobre o percurso histórico de inserção do tema da violência no campo da saúde pública. Busca-se oferecer um panorama das estratégias e ações implementadas no âmbito do Sistema Único de Saúde, tomando como norte a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, além de documentos, estudos e artigos, dados dos principais sistemas de informação e a participação das autoras em muitas das ações mencionadas. Os temas da violência contra crianças e adolescentes, contra a mulher, contra a pessoa idosa tiveram prioridade na agenda de saúde. Outros como: prevenção do trabalho infantil, do tráfico de pessoas, da violência homofóbica, racial, contra a população de rua e portadoras de deficiências, população privada de liberdade foram sendo aos poucos incluídos na pauta. Apesar de grandes avanços inegáveis na institucionalização do tema, observa-se a necessidade de mais investimento quanto aos serviços pré-hospitalares, de reabilitação e de saúde mental, por exemplo. É preciso também incluir a violência que impacta a saúde como tema na formação em todas as carreiras da área do setor saúde e na formação continuada, pois sem pessoas bem preparadas para implementá-lo, esse tema sempre será um estranho à racionalidade biomédica.</p>			<p>Revisão bibliográfica sobre serviços de saúde que atendem pessoas em situação de violência mostra que a atenção pré-hospitalar fixa e móvel desde a década de 2000 apresenta profundas deficiências estruturais, de articulação dos serviços e de contrarreferência, agravados ainda mais no contexto de crise financeira e política atual (p. 6-7).</p> <p>Em 2005, foi estabelecida uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela – VIVA, da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/MS. Implantada em 2006,</p>
--	--	--	--	--

				<p>a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes tem como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção. O sistema foi concebido com dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violências (VIVA Contínuo). Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes – VIVA. (p.</p>
--	--	--	--	--

				4)
--	--	--	--	----

<p>0. Pinto, L. S. S.; Oliveira, P. M. I; Pinto, S. S. E; Leite, C. B. C; Melo, M. N. A; Deus, R. B. C. M. Políticas públicas de proteção à mulher: avaliação do atendimento em saúde de vítimas de violência sexual.</p>	<p>O estudo objetivou conhecer os tipos de violência intrafamiliar identificados pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família e descrever as estratégias de intervenção implementadas pelos profissionais das equipes de saúde da família (ESF) nas situações de violência. Pesquisa-ação realizada em três unidades de saúde da família do município de Jequié/BA, com 25 profissionais das ESF. Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas com base na técnica de análise de discurso proposta por Fiorin. Os resultados evidenciaram a identificação pelos profissionais das ESF da negligência e violência física e psicológica contra crianças; violência física e psicológica contra a mulher; e violência contra idoso provocada pelos familiares cuidadores. Os profissionais das ESF apóiam as famílias no reconhecimento da violência, propiciando a escuta, orientações e encaminhamento aos órgãos competentes; apesar de encontrarem algumas dificuldades nesse processo, como a falta de articulação mais efetiva com os órgãos de proteção e assistência às vítimas. Para a prevenção e combate à violência intrafamiliar as ESF devem agregar a rede de serviços especializados das áreas da saúde, social, de segurança e justiça e da comunidade para uma atuação integral.</p>			
---	--	--	--	--

