

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS**

**A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: O ACESSO E A
INTERFACE DE GÊNERO NA SAÚDE EM
PARINTINS -AM**

TAINÁ ABECASSIS TEIXEIRA

MANAUS - AM

2018

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS
INSTITUTO DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA – PPGSS

TAINÁ ABECASSIS TEIXEIRA

Bolsista CAPES

**A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: O ACESSO E A
INTERFACE DE GÊNERO NA SAÚDE EM
PARINTINS - AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social. Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

Orientadora: Prof^{fa} Dr^a. Iraildes Caldas Torres

MANAUS - AM

2018

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

T266v Teixeira, Tainá Abecassis
A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública : o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-AM / Tainá Abecassis Teixeira. 2018
184 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Iraildes Caldas Torres
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Violência contra as mulheres. 2. Saúde pública. 3. Relações de gênero. 4. Amazônia. I. Torres, Iraildes Caldas II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

TAINÁ ABECASSIS TEIXEIRA

**A VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES COMO UM
PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA: O ACESSO E A
INTERFACE DE GÊNERO NA SAÚDE EM
PARINTINS - AM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, como parte do requisito para obtenção do título de Mestra em Serviço Social. Linha de pesquisa: Questão Social, Políticas Públicas, Trabalho e Direitos Sociais na Amazônia.

Aprovado em 03 de Julho de 2018.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra. Iraildes Caldas Torres – Presidente
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof^a Dra. Sandra Helena da Silva - Membro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Prof^a Dra. Ivânia Maria Carneiro Vieira - Membro
Universidade Federal do Amazonas - UFAM

*À minha mãe, Ethel, mulher guerreira,
alegre, generosa e destemida,
que inspira resistência
diante das batalhas da vida.*

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Bendelarc Teixeira e Ethel Abecassis, por me incentivarem a crescer profissionalmente, pelo zelo com a minha formação sociocultural e por toda a ajuda durante esse período que estive em Manaus, ausente do aconchego do meu lar. Sem o apoio de vocês essa caminhada seria mais difícil. Obrigada por cuidarem de mim e dos meus filhotinhos, os gatos mais amados da minha vida (Sushi e Pimposa);

Ao meu amor amigo, Micael Santiago, pelo companheirismo, afeto, por ouvir minhas inquietações sobre a pesquisa em todas as fases de sua construção, mas acima de tudo por me alimentar com as comidas mais gostosas e fazer o café que me mantinha acordada;

À minha orientadora, Profa. Dra. Iraíldes Caldas Torres, por me acolher em seu grupo de pesquisa, por confiar no potencial do tema deste trabalho e por me orientar a ter um olhar mais abrangente e holístico sobre o processo de pesquisa. Agradeço imensamente pela compreensão nos momentos finais e mais intensos dessa trajetória;

A todas as amigas do mestrado, em especial Keliene, Bárbara e Renata, pela parceria e carinho, pelos momentos de diálogo, de desabafos e diversão. Agradeço à Bárbara pela paciência e apoio durante a fase de submissão do trabalho ao comitê de ética.

Às minhas amigas de Parintins que sempre torceram por mim, especialmente Silvia e Dirlândia, que contribuíram, de forma singela e valiosa, com o campo, favores na correria e/ou orações. E também à querida Alice, amizade que floresceu inesperadamente na fazenda da UFAM e por quem tenho estima e admiração;

À querida Milena Barroso, pela confiança, incentivo e orientação proporcionada, desde a graduação até a construção do pré-projeto de seleção do mestrado, que me permitiu trilhar essa caminhada no tema de gênero, violência e saúde;

Às professoras doutoras Solange Pereira do Nascimento e Lidiany Lima Cavalcante, que contribuíram significativamente para o contorno desta pesquisa durante o Exame de Qualificação;

A todas as mulheres que me concederam entrevista, que se colocaram à disposição para dialogar, apresentar suas perspectivas, seus olhares e, algumas delas, suas histórias de vida. Às profissionais de saúde, às militantes de movimentos sociais de mulheres/feministas e às mulheres de fibra e resistência;

À gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Parintins pela autorização concedida para que essa pesquisa fosse realizada. E à coordenação da Vigilância em saúde por me permitir coletar os dados quantitativos de violências, em especial à Ângela, funcionária do setor, que me auxiliou com muito carinho e dedicação.

À Fátima Guedes e Maria da Fé, militantes da causa feminista em Parintins, e também à Dayana Mesquita, as quais concederam valiosas contribuições para a pesquisa de campo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, por financiar esta pesquisa, contribuindo para execução de todas as etapas propostas. Sem a concessão da bolsa de estudo, o processo de construção da dissertação seria muito mais difícil.

E a todas e todos que, de alguma forma, colaboraram para a construção deste trabalho, muito obrigada.

RESUMO

Este estudo assumiu o propósito de verificar em que sentido a violência contra as mulheres é percebida como problema de saúde no município de Parintins, no Amazonas, dando destaque ao acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde. A violência contra as mulheres se configura como uma das expressões da questão social de caráter multidimensional, produtora de sofrimento e danos às mulheres. Trata-se de um fenômeno inscrito em relações socioculturais perpassadas por desigualdades de gênero que tendem a ser invisibilizadas e naturalizadas na sociedade. A pesquisa está situada no âmbito das abordagens qualitativas sem exclusão dos aspectos quantitativos, com utilização da técnica de entrevista semiestruturada dirigida a profissionais de saúde, militantes de movimentos de mulheres/feministas e a mulheres em situação de violência. A observação de campo e as conversas informais também foram valorizadas no intuito de verificarmos o nível de efetividade e de acesso ao sistema de saúde. A pesquisa constata as dificuldades do setor de saúde em operacionalizar a atenção às mulheres em situação de violência numa perspectiva de integralidade, na medida em que as representações e práticas profissionais ainda priorizam o olhar sobre os impactos físicos e psicológicos de maior evidência nos serviços de emergência, com poucas ações voltadas para a prevenção, revelando a centralidade da concepção biomédica na área da saúde em detrimento da abordagem humanístico-social nessa questão. O estudo evidencia os problemas estruturais que limitam a atenção em saúde, tanto em termos de precarização dos serviços de saúde, quanto em relação à persistência de relações patriarcais que perpassam os espaços institucionais, o que se confronta com os anseios e necessidades expressas pelas mulheres entrevistadas e nas falas das militantes feministas que atuam no enfrentamento ao problema. Dentre os múltiplos aspectos constatados, a pesquisa aponta a necessidade de transversalizar a perspectiva de gênero no setor e de atentar para as especificidades das mulheres na Amazônia, buscando fomentar ações ampliadas de saúde a partir de um olhar horizontal, interdisciplinar, integral e intersetorial que viabilize o enfrentamento às violências que afetam a saúde das mulheres no município de Parintins.

Palavras-chave: Violência contra as mulheres; saúde pública; relações de gênero; Amazônia.

ABSTRACT

This study seeks to verify in what sense violence against women is seen as a public health problem in the city of Parintins, Amazonas, highlighting the access of women to public health services. Violence against women is one of the expressions of the multidimensional social question, which produces women's suffering. It is a phenomenon inscribed in socio-cultural relations that are veiled by gender inequalities, who tend to be invisibilized and naturalized in society. The research is situated within the scope of the qualitative approaches without excluding the quantitative aspects, with the use of semi-structured interview technique directed to health professionals, women militants/feminists and women who are in a situation of violence. Field observation and informal conversations were also valued in order to verify the level of effectiveness and access to the health system. The research notes the difficulties of the health sector in operationalizing the attention to women in situations of violence in a perspective of completeness, insofar as representations and professional practices still prioritize the look on the physical and psychological impacts of urgency, with few actions focused on prevention, revealing the centrality of the biomedical conception in the health area to the detriment of the humanistic-social approach in this question. The study highlights the problems that limit health care, both in terms of precarious health services, and in relation to the persistence of patriarchal relations that permeate institutional spaces, which is confronted with the requests and needs expressed by women interviewed, as well as by the militants who work to confront the problem. Among the multiple aspects found, the research points out, finally, the need to mainstream the gender perspective in the sector and to pay attention to the specificities of women in the amazon, seeking to foster expanded health actions from a horizontal, interdisciplinary, integral and intersectorial model that makes it possible to confront the violence affecting the health of women in the city of Parintins.

Key words: Violence against women; public health; gender relations; Amazon.

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

Figura 1 -	Vista aérea do município de Parintins - Amazonas.....	38
Figura 2 -	Mapa de localização das cidades de Manaus, Itacoatiara e Parintins - AM - Brasil.....	39
Quadro 1 -	Rede Física de Serviços de Saúde de acordo com o CNES - ano 2017.....	41
Tabela 1 -	Representações sobre violência contra a mulher: a violência em sentido multiforme.....	51
Tabela 2 -	Representações das profissionais de saúde: a violência contra a mulher como reveladora de assimetrias.....	53
Tabela 3 -	Representações das profissionais de saúde sobre a diferença: inexistência quanto à violência.....	59
Tabela 4 -	Representações das profissionais sobre a diferença: a violência subsumida na cultura indígena.....	61
Tabela 5 -	Representações das profissionais sobre a diferença: existe na violência do preconceito.....	63
Tabela 6 -	Violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo sexo e faixa etária, 2013.....	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. A EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO BRASILEIRO	16
1.1. Violências contra mulheres: uma questão de gênero.....	16
1.2. Debatendo o tema da Violência contra as mulheres e sua interface com a saúde pública.....	25
1.3. Apresentando o campo da pesquisa: Parintins e os serviços de saúde	38
2. A SAÚDE PÚBLICA NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PARINTINS – AM	49
2.1. A violência contra as mulheres na perspectiva de profissionais da saúde.....	49
2.2. A prática de profissionais da saúde diante da violência contra as mulheres em Parintins.....	65
2.3. Procedimentos normativos adotados no contexto da violência.....	80
2.4. Organização da atenção às mulheres em situação de violência: condições de trabalho e estrutura das unidades de saúde.....	94
3. VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA: HORIZONTES PARA A TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO EM PARINTINS - AM.....	106
3.1. Mulheres, vivências e impactos da violência na saúde.....	106
3.2. Mulheres em movimento no limiar da desmistificação e resistência às violências em Parintins-AM.....	123
3.3. Gênero e violência contra as mulheres sob o olhar da saúde: desafios e possibilidades.....	133
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	143
REFERÊNCIAS	149
APÊNDICES.....	162
ANEXOS.....	175

INTRODUÇÃO

Abordar a violência contra as mulheres como um problema de saúde pública requer a compreensão de que seus impactos são expressivos e peculiares, estando, pois, associados à prevalência das desigualdades de gênero. Trata-se de um fenômeno socio histórico multicausal que afeta a saúde das mulheres e que se apresenta como uma das razões da procura por atendimento nos serviços de saúde. Em vista disso, buscamos verificar em que sentido a violência contra as mulheres é percebida como um problema de saúde pública, dando destaque ao acesso delas aos serviços de saúde em Parintins, no Amazonas. Nossa intenção consistiu em analisar as ações de saúde na atenção às mulheres em situação de violência, sobretudo quanto às manifestações doméstica e sexual do fenômeno, tendo por base as ciências sociais aplicadas. Com a pretensão de atender a este escopo, elencamos os seguintes objetivos específicos: analisar a violência doméstica e sexual como fator de interferência na saúde das mulheres violentadas, buscando assinalar este problema como uma expressão da questão social; averiguar a forma pela qual a violência contra as mulheres é vista pelos profissionais da área de saúde, pontuando os procedimentos adotados ou não no âmbito legal; e identificar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual existentes no setor público de saúde em Parintins, analisando sua efetividade a partir da visão das mulheres vítimas de violência.

O interesse pelo tema está associado à nossa participação em projeto de iniciação científica e, também, projeto de pesquisa aportado pelo CNPq, momento em que tivemos a oportunidade de perceber que a área da saúde integra a rota crítica das mulheres em situação de violência e compõe a rede de atenção. A ampliação da discussão do tema da violência contra as mulheres no campo da saúde está alicerçada às recomendações feitas durante a IV Conferência Mundial das Mulheres, de Beijing, realizada em 1995, em que foi lançada a estratégia de transversalizar o recorte de gênero nas políticas públicas. As normatizações do campo da saúde têm como referência os pactos firmados pelo enfrentamento à violência contra as mulheres, as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e a compreensão de que as desigualdades sociais e de gênero constituem-se em determinantes e condicionantes que interferem na qualidade de vida das mulheres.

Em Parintins, município localizado na região do baixo Amazonas, a violência contra as mulheres tem sido evidenciada nos estudos acadêmicos (SOUSA, 2013; SOUSA, 2015; BARROSO, 2011) enquanto fenômeno sociocultural causador de danos na medida em que seus impactos apresentam, quanti e qualitativamente, índices significativos e crescentes. Diante

dessa situação de agravo da saúde das mulheres em Parintins, indagamos em que sentido os parâmetros evidenciados pelos organismos nacionais de saúde, quanto à intervenção sobre a violência contra as mulheres, têm sido efetivados nesse município. Buscamos saber se os serviços de saúde garantiam o acolhimento, a escuta e atenção qualificada às mulheres em situação de violência.

Ao tomarmos a violência contra a mulher como categoria de estudo, atentamos para a variedade de significações que ela comporta. Conforme Silva e Carmo (2013), a violência é um complexo social, encontrando-se estruturada no seio das relações sócio-históricas, o que a torna mutável no tempo, nos diferentes espaços socioculturais e representações simbólicas. É tida, atualmente, como uma das expressões da questão social na medida em que comporta manifestações particularizadas estruturadas em um contexto de sociabilidade capitalista.

Dentre as referências que abordam a temática da violência contra as mulheres, acionamos, neste estudo, Santos e Izumino (2005), Ramos (2003) e Cunha (2014). Estas autoras explicam que foi a partir da denúncia da violência sofrida que o “privado” se tornou político. É sob o impulso e a ação reivindicativa dos movimentos de mulheres e de feministas que o termo violência contra a mulher passa a ser pauta de discussão nacional e internacional, bem como a obter conquistas no âmbito normativo e institucional.

A violência sofrida pelas mulheres, antes tida como mera forma de solucionar conflitos, é reconhecida como violação dos direitos humanos. E, a partir de 1980, a violência contra a mulher é inserida nas discussões acadêmicas, efetivando-se como categoria de análise. Diferentes vertentes teóricas emergem com o objetivo de explicá-la, tais como a de Chauí (1985), sob o enfoque da dominação masculina; Saffioti (2004) com a análise da dominação patriarcal; ou ainda a perspectiva relacional de gênero, encontradas em autoras como Scott (1991), Izumino (1998), Torres (2005) e Cunha (2014).

Estas perspectivas, entre outras, caracterizam o debate acadêmico sobre a violência contra a mulher no Brasil. Trata-se de teorias que divergem, reconstroem-se, influenciam outras pesquisas e evidenciam as mudanças e avanços nos estudos sobre a violência, o que não implica, necessariamente, no abandono de correntes teóricas anteriormente elaboradas. A coexistência das abordagens amplia as formas de compreender a violência na sociedade.

A categoria gênero é explicativa do tema da violência contra a mulher, tendo por base as desigualdades históricas de gênero produzidas pelo patriarcado, ampliado pelas relações capitalistas de exploração e dominação. A concepção de gênero, além de contribuir para desnaturalizar os papéis culturalmente estabelecidos e as diferenças impostas quanto à identidade subjetiva, permitiu ampliar o debate de gênero no aspecto sociocultural. Ser homem

e ser mulher passou a ser identificado como construção social juntamente com as relações de poder que lhes são intrínsecas.

Minayo (2006), Schraiber *et al* (2005), D'Oliveira *et al* (2009) veem os serviços de saúde como espaços que precisam promover a atenção às mulheres em situação de violência sob o olhar das relações de gênero e com uma perspectiva holística pautada em práticas integrais que realizem a promoção da saúde para além da tradicional intervenção curativa individual.

Estas postulações são preconizadas nas normatizações da área da saúde e direcionadas ao conjunto dos profissionais de saúde, entre os quais destacamos a/o assistente social. É com base na concepção da produção social da saúde que o/a assistente social se legitima como profissional deste campo de atuação, exigindo a “[...] apropriação crítica dos aspectos sociais que determinam o processo saúde-doença na trilogia prevenção, promoção e cura no contexto das manifestações individuais, familiares, de grupos [...]” (MIOTO; NOGUEIRA, 2009, p. 227).

Vasconcelos (2008) e Bravo (2011 e 2012) são algumas das autoras que sistematizam a prática do Serviço Social na área da saúde, pontuando a atuação da(o) assistente social na intervenção às diferentes manifestações da questão social que emergem nesse setor. Os estudos dessas autoras (entre outras referências citadas nesse trabalho) possibilitaram a análise dos dados empíricos sobre a atenção às mulheres em situação de violência pelos serviços públicos de saúde de Parintins.

A pesquisa assume as orientações das abordagens qualitativas sem exclusão dos aspectos quantitativos. O trabalho de campo foi realizado junto a uma amostra de 18 (dezoito) sujeitos, sendo 14 (catorze) profissionais de saúde, 02 (duas) mulheres que sofreram violências e 02 (duas) militantes de movimentos de mulheres/feministas. As profissionais de saúde entrevistadas estão inseridas nos níveis de atenção de básica e média complexidade. Deste conjunto, demos preferência às profissionais com formação superior que compõem a equipe mínima de atendimento (03 médicas, 04 assistentes sociais, 02 psicólogas, 04 enfermeiras). Também entrevistamos 01 (uma) profissional de saúde que representa a gestão da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA.

Para a coleta de dados junto aos profissionais de saúde, utilizamos a técnica de entrevista semiestruturada, com aplicação de roteiro contendo perguntas abertas. Às profissionais que efetuam o atendimento nas unidades básicas de saúde, hospitais e serviços de referência às vítimas de violência sexual, acrescentamos o formulário com questões fechadas. A nossa intenção consistiu em apreender as representações sociais das profissionais em relação à violência contra a mulher e os procedimentos adotados ou não no atendimento às mulheres em situação de violência. A análise das representações sociais, obtidas no campo, está pautada na

técnica de análise de conteúdo, modalidade temática, conforme proposta por Bardin (2011), que consiste em descobrir a centralidade do significado da comunicação a partir da análise da frequência ou aparição do tema, efetuando os procedimentos de categorização, inferência, descrição e interpretação.

Numa rápida reconstrução de trajetórias de vida, retratamos a vida de duas mulheres, especificamente no âmbito da violência vivida, destacando os impactos em sua saúde e os caminhos trilhados para a superação. Buscamos perceber em que sentido os serviços de saúde são percebidos por elas como espaço de atenção em casos de violência, verificando de que modo acessaram este serviço. As mulheres que exercem militância em movimentos sociais contribuíram com um olhar ampliado sobre as violências contra a mulher e seus reflexos à saúde individual e coletiva. Todas as participantes foram ouvidas sob a técnica de entrevista profunda, conforme sugere Bourdieu (2012). Esta técnica supõe a escuta atenta e, caso seja preciso, pode-se retornar ao campo para acessar mais informações junto aos mesmos sujeitos.

Os movimentos sociais, assim como o centro de referência especializada da assistência social - CREAS, foram fundamentais no processo de pesquisa em face da mediação que fizeram para que tivéssemos acesso às mulheres entrevistadas, tanto as que sofreram violências quanto as que exercem militância junto à causa feminista.

A pesquisa qualitativa assentou-se numa investigação mais profunda acerca da operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência no âmbito da saúde e sobre o significado da violência, sendo estes dados analisados à luz do entendimento da transversalidade de gênero. Verificamos se as ações profissionais e se os serviços são estruturados pelo (re)conhecimento da violência contra as mulheres como questão de saúde pública perpassada pelas relações de gênero.

Visitamos 04 (quatro) unidades de saúde, sendo 01 (um) serviço de média complexidade e 03 (três) unidades básicas de saúde. O primeiro foi o Hospital Jofre Cohen, localizado no Bairro Santa Clara, o qual presta atendimento de urgência e emergência de caráter público, recebendo casos flagrantes de violência contra a mulher. As 03 (três) unidades da atenção básica de saúde são: o Centro de Saúde Dr. Toda, localizado no bairro da Francesa, que também é referência no atendimento e acompanhamento às mulheres, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual; as Unidades Básicas de Saúde (UBS) Mãe Palmira e Aldrin Verçosa, localizadas nos bairros mais populosos de Parintins: Paulo Correa e Itaúna II, respectivamente.

Nestes espaços foram feitas as entrevistas com profissionais que atuam no campo da rede pública de saúde do município de Parintins e foram observadas as condições de trabalho em cada unidade, na atuação sobre as violências. Trata-se de locais frequentados por um público

majoritariamente feminino, onde se percebe um conjunto variado de demandas relativas à saúde, envolvendo as relações de gênero.

A dissertação está estruturada em três capítulos. O *primeiro* traz a discussão da violência como uma questão de gênero que possui forte interferência na vida e na saúde das mulheres. Apresentamos a trajetória de luta pelo reconhecimento da violência contra as mulheres como problema social e analítico e sua expressão no Estado brasileiro e nos estudos feministas. Efetuamos uma análise de articulação da problemática da violência contra a mulher com o campo da saúde, pontuando a inserção do tema da violência contra as mulheres nesta área, com foco na violência doméstica e/ou sexual, localizando este debate na saúde em Parintins – AM.

O *segundo capítulo* procura situar a interface de gênero na política de saúde a partir da análise da atenção às mulheres em situação de violência, apontando os marcos legais do Ministério da Saúde sobre a questão. Efetuamos uma abordagem sobre “gênero, violência e saúde” com base na visão das profissionais atuantes nos serviços de atenção primária e secundária da saúde em Parintins, pontuando suas perspectivas ou representações sobre o tema e suas práticas em saúde no âmbito da atenção às mulheres em situação de violência.

No *terceiro capítulo* trazemos a história de vida e os impactos ocasionados à saúde das mulheres e a perspectiva dos movimentos sociais de mulheres e/ou feministas sobre a prevenção e enfrentamento à violência, dando destaque ao papel do setor público de saúde. Analisamos os discursos de profissionais e da gestora em saúde no que se refere à organização da atenção em saúde, apontando os desafios e possibilidades da atuação profissional, da efetivação do olhar transversal de gênero e da intervenção integral na área da saúde em relação às violências.

Este estudo pretende contribuir para (re)pensar estratégias de intervenção dos e das agentes dos serviços públicos de saúde diante das demandas de mulheres em situação de violência em Parintins, tanto na construção de espaços quanto na ampliação dos papéis e funções no campo do atendimento e enfrentamento às múltiplas formas de violência sofrida pelas mulheres, especialmente a violência doméstica e a violência sexual. Os resultados obtidos sugerem a necessidade de aprofundamento dos estudos e enriquecimento do debate no campo das ciências sociais aplicadas, onde o Serviço Social se insere como profissão e campo de estudo. Apontamos a emergência de ampliação de estratégias de acesso e de equidade nos serviços públicos de saúde, assim como a visibilização deste setor na rede intersetorial do enfrentamento às múltiplas expressões da violência contra as mulheres no município de Parintins.

CAPÍTULO I

A EXPRESSÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES NO ESTADO BRASILEIRO

Por ser um fenômeno humano-histórico, a violência está aí para 'dramatizar' causas, trazê-las à opinião pública e, incomodamente, propor e exigir mudanças.

(Maria Cecília de Souza Minayo)

1.1 Violência contra as mulheres: uma questão de gênero

A violência é um problema cuja incidência interfere na qualidade de vida em sociedade. Ela pode ser entendida como um “complexo social” que possui manifestações particulares objetivadas em determinada sociabilidade, portanto, histórica e socialmente constituída (SILVA; CARMO, 2013)¹. Minayo (2005) a situa enquanto problemática que não tem lugar único no tempo e no espaço, logo, fenômeno transcultural e transnacional das relações humanas. Suas expressões diversificadas afetam indivíduos, grupos e nações. Retratá-la a partir de uma única concepção incorreria no risco de diluição e homogeneização de suas especificidades.

Por tal razão, quando se fala sobre as violências que afetam as mulheres, compreende-se que há relações específicas que se entrelaçam ao fenômeno. Uma delas se refere às construções sociais sobre os modos de ser e agir dos homens e das mulheres em cada sociedade, isto é, as relações de gênero. Esta categoria busca desnaturalizar as relações sociais entre os sexos, tomando-as como produto social, sendo necessário entender o caráter relacional de ambos.

A violência exercida contra as mulheres, imiscuída no bojo das relações de gênero, constituem relações de poder que, de acordo com Izumino (1998), “[...] contém não apenas um

¹ A compreensão da violência como complexo social supõe analisá-la em uma perspectiva de totalidade, em que as particularidades das violências devem ser percebidas não isoladamente, mas como parte de um contexto mais amplo que as cria e recria conforme as condições impostas pela sociabilidade vigente. A violência assume formas específicas (modeladas por particularidades culturais) e faces estruturais (a desigualdade e a pauperização). Dessa forma, o primeiro ponto a observar é que se trata de um processo que envolve múltiplas mediações, logo, nunca isolado. Um segundo aspecto destacado pelos autores é o caráter eminentemente humano-social da violência na medida em que envolve pessoas cuja individualidade está inscrita em uma sociabilidade, portanto, compreendendo condições objetivas e subjetivas. Com base nesse entendimento percebemos as violências que afetam as mulheres como expressões da questão social.

fator hierarquizante, mas uma possibilidade de sujeição²”. Assim, as mulheres vivenciam situações sócio-históricas de violência como reflexo de relações assimétricas pautadas em valores e concepções socioculturais que as inferiorizam e as discriminam. As desigualdades por elas experimentadas são de várias ordens: cultural, econômica, política e social e ocorrem tanto no âmbito culturalmente tido como “privado” como na esfera das relações públicas.

As manifestações de violência atingem crianças, jovens, adultos e velhos, de diferentes classes, etnias, culturas, países e regiões. Mas a forma como ela se materializa nestes segmentos sociais é inegavelmente diferenciada. Por isso, o recorte empírico da violência contra as mulheres tem como base a trajetória histórica de luta pela visibilidade desta como problema social e analítico.

Enquanto problema que afeta a saúde, a violência contra as mulheres não é recente. Grande parte dos estudos a situa como decorrente de desigualdades nas relações de poder que encontra sustentação no patriarcado. Os sistemas simbólicos construídos sobre as diferenças sociais nutrem as relações sociais entre os gêneros. As representações femininas de sensibilidade, maternidade, de pertencimento ao lar e do masculino como dominador, provedor, incumbido do espaço público são reiteradas no imaginário social, reproduzidas por variados mecanismos institucionais (religiões, sobretudo o cristianismo no ocidente, as artes, as ciências, a escola, os meios de comunicação, entre outros). Este é um aspecto presente nos dias atuais tal como relata uma militante de movimento de mulheres em Parintins: “Acredito que a religião ela sacraliza também a violência com essa questão de que você não pode deixar o seu marido, você tem que viver com ele a vida inteira mesmo sendo violento, senão você vai para o inferno, é contra a lei de Deus etc.” (MARGARIDA, 59 anos, entrevista, 2017)³. Essas representações, remodeladas e ressignificadas nas diferentes épocas, permanecem contribuindo para reforçar e até mesmo “justificar” relações violentas.

Entre as violências vivenciadas pelas mulheres podemos citar o espancamento, a morte, o estupro, o castigo e a punição sofrida por aquelas que divergem das representações simbólicas e papéis que lhes foram atribuídos. Soma-se a isto a violência no contexto doméstico e familiar, o cerceamento às atividades públicas, políticas e aos direitos humanos e sociais, o não-acesso

² A autora, baseando-se no pensamento da teórica norte-americana Joan Scott, considera que a ideia de sujeição não representa um padrão inalterável e nem uma oposição binária entre superioridade masculina e inferioridade feminina. O conceito de poder, por sua vez, partindo da formulação de Foucault, é entendido enquanto relações assimétricas que se propagam em rede, isto é, não concentrados em determinada instância, nem se estruturando na dualidade rígida dominante –dominado.

³ Utilizamos, ao longo do trabalho, pseudônimos no intuito de preservar o sigilo da identidade das mulheres entrevistadas.

à educação, o empecilho ao trabalho fora de casa, ao voto e à liberdade. Segundo Ramos (2003), estas variadas formas de violência foram invisibilizadas e tomadas como conflitos individuais privados durante muito tempo e somente com o surgimento e expansão dos movimentos feministas é que a violência vivenciada pelas mulheres foi situada como questão pública.

Ao abordar a emergência do feminismo na Europa do século XIX, Nogueira (2001) explica que inicialmente se reivindicava o reconhecimento da cidadania das mulheres, visto que a incorporação destas na indústria moderna não vinha acompanhada da igualdade sociopolítica e econômica nem da liberdade individual “instituída” para os homens. Conforme a autora, a organização do movimento de mulheres voltava-se para a luta por direitos iguais entre os gêneros enquanto classe trabalhadora. Na época, o questionamento sobre as relações no espaço doméstico e a violência ainda não constituíam a tônica das pautas feministas.

De acordo com Ramos (2003), as discussões sobre a “condição feminina” ganham densidade entre as demandas dos movimentos feministas na década de 1960. Nesse período, a legislação voltada para o aborto, igualdade salarial, a discussão sobre a pílula anticoncepcional e direitos civis foram conquistados. No campo literário, surgem as publicações de Simone de Beauvoir, *O segundo sexo* (1961), e *A mística feminina* de Betty Friedan (1965), entre outras obras norte-americanas e europeias.

A autora analisa que “o discurso do movimento, nesse período, questionava o papel da mulher, as desigualdades no acesso à educação, a elevação do status social, político e econômico e a violência contra esta no espaço conjugal e na sociedade” (RAMOS, 2003, p. 46). Na perspectiva dos movimentos, já se mostrava insuficiente exigir direitos políticos e civis, sendo necessário ampliar o olhar para as questões tratadas como privadas.

No Brasil, o contexto de redemocratização na década de 1980, acrescido da influência das organizações feministas internacionais, foi elementar para a organização política em torno de direitos sociais (IZUMINO, 1998). Os movimentos feministas denunciaram assassinatos de mulheres, principalmente nas relações conjugais, buscando mostrar que o lar nem sempre é um espaço seguro. Por serem a expressão considerada mais trágica da violência, os feminicídios ganharam notoriedade midiática, principalmente quando ocorriam entre as classes médias e altas. Mas representavam apenas a ponta de um *iceberg* que começava a ser problematizado.

Os protestos contra a violência resultaram na criação do Centro de Defesa dos Direitos da Mulher, em Belo Horizonte, nos anos 1980; e nos SOS-Mulher inaugurado em 1979 na cidade de São Paulo/SP e, posteriormente, no Rio de Janeiro/RJ e em Porto Alegre/RS. Os plantões SOS foram criados para prestar atendimento às mulheres em situação de violência através da orientação, conscientização e reflexão sobre a condição feminina e relações de

violência conjugal. De acordo com Silva (1992, p. 88), estes serviços foram sendo superados em razão do “significado político do trabalho voluntário”, o qual se contrapunha à necessidade de tornar esta problemática uma responsabilidade do Estado.

As estratégias originais dos movimentos feministas subsidiaram o desenvolvimento de políticas públicas no campo da violência contra a mulher. Para as representantes feministas que integraram movimentos na passagem da década de 1970 para a de 1980, foi um “grande acerto” ter inserido esta problemática no campo das políticas públicas, das leis, da produção acadêmica, na mídia, no debate dos direitos humanos, da área da saúde e dos serviços de atenção específica à violência (DINIZ, 2007).

Em Parintins, município do Estado do Amazonas, não é diferente. As mulheres se manifestaram contra a violência sofrida e se organizaram para lutar por políticas públicas. Conforme o relato da militante feminista Margarida, a delegacia especializada em crimes contra a mulher (DECCM) está entre as principais conquistas:

As políticas públicas, por exemplo, são imprescindíveis às mulheres. A questão da secretaria. A questão da delegacia. A questão de um conselho. Em Parintins, a nossa luta de 80 rendeu uma delegacia. Então a delegacia veio pra cá, mas aí se transformou em uma delegacia geral. Hoje nós não temos uma delegacia especial de fato da mulher em Parintins e é muito ruim (MARGARIDA, 59 anos, entrevista, 2017).

Vemos que, não obstante o reconhecimento político e normativo, há a dificuldade de institucionalização efetiva e qualitativa dos serviços, para além da retórica. A pesquisadora Sousa (2015) analisa que, além da precarização da estrutura institucional, a falta de uma rede de atendimento às mulheres em situação de violência em Parintins é um empecilho à efetivação de direitos. Ressalta que o atendimento policial realizado na delegacia é importante, porém há necessidade de implementação real de outros serviços e políticas públicas. Para Diniz (2007), a política neoconservadora seria um dos fatores responsáveis por essa precarização visto que o redimensionamento do Estado, quanto à provisão do social, restringiu, de modo geral, a promoção dos direitos sociais e, de modo específico, os direitos das mulheres. Atualmente, a luta dos movimentos sociais e de mulheres objetiva a concretização de direitos e implementação qualitativa dos serviços públicos.

A partir da Conferência Mundial de Direitos Humanos de 1993, realizada em Viena, houve o reconhecimento de que as mulheres precisam ter seus direitos assegurados em diversos âmbitos, inclusive no espaço doméstico e intrafamiliar. A internacionalização dos direitos humanos das mulheres e a percepção da violência como violação destes direitos foram

ratificadas pelos Estados Nacionais, os quais, segundo Martins, Cerqueira e Matos (2015), foram responsabilizados pela omissão ou ação que fosse contrária aos direitos das mulheres, firmados nas conferências e convenções realizadas.

Entre os mecanismos institucionalizados, enquanto respostas às necessidades apresentadas pelas mulheres, estão os Conselhos de Defesa da Mulher, as casas-abrigo e Delegacias Especializadas, sendo estas últimas uma das principais referências para o atendimento às mulheres em situação de violência. Para Debert e Gregori (2008, p. 167), ao atenderem segmentos específicos, estas instituições representam a ideia de que “[...] a universalidade dos direitos só pode ser conquistada se a luta pela democratização da sociedade contemplar a particularidade das formas de opressão que caracterizam as experiências de cada um dos diferentes grupos desprivilegiados”.

Se, por um lado, a atenção diferenciada a determinados segmentos revela uma forma de discriminação positiva no campo das políticas públicas, por outro, evidencia um campo recheado de controvérsias ideo-políticas e conceituais que refletem o modo como as instituições apreendem a questão da violência e atendem os segmentos que sofrem com suas manifestações. É o caso da problematização em torno das terminologias utilizadas para caracterizar as relações sociais marcadas por situações de violência.

Inicialmente definida na década de 1980, a violência contra a mulher foi analisada sob o conceito de patriarcado, o qual traz a noção de domínio dos homens sobre as mulheres, em que estas seriam duplamente oprimidas e exploradas por um sistema patriarcal-racista-capitalista que privilegia o homem adulto, rico e branco. Heleieth Saffioti foi uma das principais expoentes desta corrente no Brasil. Suas obras sofreram influência das proposições marxistas de Engels, presentes em seu livro sobre a origem da família, da propriedade privada e do Estado (GROSSI, 1998).

Além desta abordagem, Santos e Izumino (2005) identificam literaturas sobre violência contra as mulheres pautadas na ideologia da dominação masculina, em que a mulher é vista como destituída de sua autonomia, sendo tanto vítima quanto cúmplice nas relações violentas. Pensando com base nessa perspectiva, Chauí (1985) percebe a violência como uma ação que coisifica o sujeito vitimado, transformando-o em um ser passivo. Nesse caso, as mulheres estariam em uma condição inferior aos homens, sendo silenciadas por discursos masculinos reproduzidos até mesmo por elas, o que as tornaria instrumento da dominação e cúmplice da violência que lhes afeta (SANTOS; IZUMINO, 2005).

Essas concepções têm pontos de similaridade e divergência, pois a perspectiva do patriarcado não adota a ideia de cumplicidade referida por Chauí, e sim da mulher vítima e

dominada cuja violência, quando por ela manifesta, é reativa. Ambos estudos se diferenciam da corrente teórica que relativiza a ideia de dominação-vitimização defendida por Maria Filomena Gregori em sua publicação “Cenas e Queixas”, da década de 1990. Esta autora analisa que nem sempre as mulheres se encontram na posição de vítima na relação conjugal violenta. Rejeita, portanto, a dualidade vítima-algoz. Também considera a cumplicidade da mulher neste contexto, mas não como um instrumento de dominação, tal como expõe Chauí, e sim como protagonista autônoma nas relações de violência. Esta, por sua vez, compreendida como forma de comunicação em um jogo relacional.

As três correntes teóricas são criticadas por Santos e Izumino (2005) quanto aos seus limites analíticos. Para estas autoras, a teoria do patriarcado e da dominação seriam insuficientes para explicar as modificações das relações sociais entre os sexos ao situar uma condição específica e dual. A abordagem de Gregori (1993), ainda que questione a rigidez algoz-vítima, reduz as complexas relações de conflito e violência a formas de comunicação. Em contraposição a essas três abordagens, as autoras sugerem que as violências sejam compreendidas a partir das relações de gênero transversais e permeadas por relações de poder que, seguindo o conceito Foucaultiano, não se concentram em um único pólo, não são estáticas e se caracterizam por uma capilaridade dinâmica e mutável.

De acordo com Pinsk (2009), as abordagens do patriarcado e da dominação masculina, bem como suas variações, não conseguem proporcionar explicações sobre a multiplicidade de representações e relações existentes entre os sexos em uma perspectiva historicamente situada. Este pensamento comunga com o posicionamento adotado por Torres (2005, p. 25) quando afirma que

Não se pode negar a importância da cultura do patriarcado na leitura das sociedades historicamente travejadas pelo corte de gênero, considerando-se que foi a partir das lentes críticas da dominação patrimonialista que as mulheres deram o grito de liberdade e emancipação em aproximadamente três séculos de luta. Mas é preciso admitir que o conceito de relações de gênero é mais abrangente e mais adequado para dar conta da complexidade que envolve ambos os sexos e as relações que se estabelecem no tecido social.

Apesar dos limites das teorias do patriarcado e da dominação masculina, apontados pelas autoras (CUNHA, 2014; TORRES, 2005; SANTOS e IZUMINO, 2005; PINSK, 2009) não se nega a sua importância na visibilidade das relações violentas e construção empírica de intervenções sobre elas. Ao mesmo tempo que possibilitam o olhar sobre essas especificidades, a concentração em perspectivas dualistas recorta e limita as necessidades sociais, não dando

conta da amplitude das relações de gênero. É com base nesse entendimento que o uso dos termos violência contra a mulher, violência conjugal, violência familiar e violência doméstica têm sido analisados pelos estudos mais recentes pautados na categoria gênero.

Se, por um lado, usar o termo violência contra a mulher como sinônimo dessas categorias pode reproduzir a ideia-fixa de uma “vitimização feminina” com abrangência restrita ao lar, à família ou relação conjugal, por outro o que se percebe é a vigência da concepção de patriarcado e sua coexistência com o uso da categoria gênero. Na opinião de Santos e Izumino (2005), isso gera uma imprecisão conceitual que dificulta a compreensão e intervenção sobre a questão da violência de gênero.

É nesse cenário de paradoxos e controvérsias que as políticas públicas voltadas para o atendimento e enfrentamento à violência foram/são construídas. Cunha (2014) observa que as legislações brasileiras, normatizações e políticas voltadas para a intervenção sobre as violências foram fortemente influenciadas pelas noções acima apresentadas. O Estado brasileiro incorporou, em sua agenda pública, os problemas levantados pelos movimentos, entre eles: a violência doméstica e familiar contra a mulher. Este tipo de violência, presente na Lei 11.340/2011, também conhecida como Lei Maria da Penha, compreende alguns aspectos a serem considerados: 1- a violência doméstica traz uma noção espacial, o local em que a violência ocorre, sem fazer alusão aos sujeitos envolvidos (mas, no caso da lei acima citada, especifica a mulher vítima); 2- a violência familiar, por sua vez, enfatiza a relação (de afinidade/consanguinidade) existente entre os indivíduos envolvidos na situação de violência.

A violência doméstica é uma noção espacializada que tem sido historicamente evidenciada como oposta ao público. A politização da violência doméstica e intrafamiliar é um dos méritos de trabalhar com esta categoria. Ela possibilita questionar o caráter “sacrossanto” e “intocável” da família. Concordamos com Debert e Gregori (2008) quando afirmam que a defesa da família e conservação de determinados valores familiares não deve se sobrepor à luta pelos direitos das mulheres e pelo fim da violência de gênero.

Organizar ações que visam a eliminar a violência de gênero implica esboçar outros modos de conceber a família. Mais do que corrigir os excessos, os abusos cometidos pelos chefes de família – o que parecia estar sendo indicado no modelo do decreto de 1996 –, erradicar esse tipo de violência supõe colocar em xeque a desigualdade de poder no seio familiar e tornar inadmissível qualquer atitude que fira os direitos fundamentais dos envolvidos. (DEBERT; GREGORI, 2008, p. 170).

Na análise das autoras, deve-se atuar com a intenção de não impedir o enfrentamento às violências, resultantes de desigualdades nas relações de gênero, em defesa da família e da

manutenção de seu papel socialmente estipulado. Reafirma-se a mulher como sujeito de direitos. Cabe ressaltar que a violência doméstica, intrafamiliar ou qualquer outra de suas formas não incidem exclusivamente sobre as mulheres (nem mesmo são perpetradas singularmente pelos homens). Contudo, este tipo de violência tem apresentado índices mais elevados entre a população feminina, crianças e idosos, conforme nos mostram as pesquisas de Morato *et al* (2009), Rocha (2007), Teles e Melo (2012), Schraiber *et al* (2005), PNAISM (BRASIL, 2011a) e Waiselfisz (2015).

A pesquisa de Waiselfisz (2015, p. 39) revela que “quase a metade dos homicídios masculinos acontece na rua, com pouco peso do domicílio. Já nos femininos, [...] o domicílio da vítima é, também, um local relevante (27,1%), indicando a alta domesticidade dos homicídios de mulheres”. O levantamento realizado pelo autor, sobre atendimentos feitos a mulheres pelo SUS em 2014, evidenciou que a maior parte das mulheres recorreu a serviços de saúde devido agressão por parceiros (47.157 casos)⁴ e pelos pais (21.846 casos). Especificando, em ordem decrescente, o autor da agressão, temos: 28.768 agressões pelo cônjuge; 16.551 casos de violência cometida por pessoa desconhecida; 16.547 lesões autoprovocadas (tentativas de suicídio); 12.625 casos cujo autor foi o irmão da vítima; 11.028 agressões cometidas por outros; 10.381 agressões praticadas por mães; 10.081 casos de violência perpetradas pelo ex-cônjuge; 8.157 casos de violência cometidas pelo pai; 5.386 por namorados/as; 4.227 por filhos; 3.798 dos agressores eram amigos/conhecidos; 3.227 eram padrastos; 2.922 eram ex-namorados/as; 709 pessoas tinham relações institucionais com a vítima; 640 casos de violência cometidos por cuidadores; 417 agressões cometidas por agentes da Lei; 272 casos praticados pelo patrão/chefe e em 81 dos casos as madrastas foram as autoras.

De acordo com estes dados, a agressão ocorre de modo diferenciado em cada segmento feminino, sendo que as crianças são mais agredidas pela mãe e pelo pai; as adolescentes são mais atingidas por desconhecidos ou por lesões autoprovocadas; as mulheres jovens foram mais agredidas pelo cônjuge e ex-cônjuge; mulheres adultas são mais atingidas pelo cônjuge, ex-cônjuge e por lesões autoprovocadas; e as idosas mais agredidas por filhos e outros. Chama-se atenção para o elevado número de lesões autoprovocadas, que também podem ser consideradas tentativas de suicídio. O mapa da violência de 2015 informa ainda que

A violência física é, de longe, a mais frequente, presente em 48,7% dos atendimentos, com especial incidência nas etapas jovem e adulta da vida da mulher, quando chega a representar perto de 60% do total de atendimentos. Em segundo lugar, a violência psicológica, presente em 23,0% dos atendimentos em todas as etapas, principalmente

⁴ O elevado índice de agressões por parceiros resulta da soma entre cônjuge, ex-cônjuge, namorado, ex-namorado.

da jovem em diante. Em terceiro lugar, a violência sexual, objeto de 11,9% dos atendimentos, com maior incidência entre as crianças até 11 anos de idade (29,0% dos atendimentos) e as adolescentes (24,3%) (WAISELFISZ, 2015, p. 70).

Quanto ao local da agressão, a residência é especificada como o lugar privilegiado de ocorrência da violência não letal, para ambos sexos; significativamente superior para o sexo feminino (71,9%) quando comparamos com o masculino (50,4%). Em segundo lugar temos a rua, local de ocorrência de 15,9% das violências contra mulheres e 30,6% dos atendimentos masculinos. Estes dados mostram que a violência doméstica não ocorre apenas entre as mulheres. Todavia, é mais elevada entre elas. Já a que ocorre no espaço da rua é maior entre os homens.

Da mesma forma, o âmbito tido como público é palco de violências que afetam as mulheres. A violência sexual é uma delas, principalmente quando se trata de mulheres adultas. A militante Margarida reforça essa assertiva quando relata um fato de sua história de vida:

Sofri várias tentativas de estupro nessa minha vida. Eu pensava que todas as pessoas eram boas, entendeu? [Diziam:] –“Margarida eu preciso ir lá no Macurany e no Aninga convidar as professoras pra fazer sei lá o que” – “eu te levo de moto”. No meio do caminho o cara queria me estuprar. Já pensou? A margarida, professora, de movimentos de mulher, denunciar um filho da puta que quase estuprava ela. Entendeu? Fisicamente, porque emocionalmente ele praticamente me estuprou porque eu fiquei abalada. Então, a vida é assim, e por causa de todas essas coisas eu continuo mobilizando, eu continuo efetivamente, sabe, animando as mulheres (MARGARIDA, 59 anos, entrevista, 2017).

Nesse relato, o estupro com conjunção carnal não aparece, mas a própria tentativa já é suficiente para trazer abalos psicológicos para as mulheres. A violência sexual, segundo Teles e Melo (2012, p. 40) expressa relações de poder e dominação, de controle do corpo e da mente da vítima. O estupro, enquanto uma das faces deste tipo de violência, “ocorre dentro de um contexto violento e não de paixão ou com o objetivo de encontrar satisfação sexual [...] na realidade não passa de um ato pseudo-sexual, uma conduta sexual baseada na agressão, na violência e no amplo domínio da vítima”. Essa forma de violência, entre tantas outras, impulsiona revolta e mobiliza os movimentos feministas a persistir na militância em prol dos direitos das mulheres.

Quanto à violência sexual que ocorre no âmbito doméstico, o Mapa da Violência (WAISELFISZ, 2015) assinala que o segmento infanto-juvenil é significativamente atingido. De outro lado, há a violência sexual por parceiro íntimo, que nem sempre é reconhecida pela sociedade, pelos profissionais ou até mesmo pelas próprias vítimas.

Os fatores já referidos nos levam a pensar a violência contra as mulheres a partir da perspectiva das reações de gênero, trazendo o recorte empírico da violência doméstica e sexual. Esta última representa, atualmente, elevada evidência na área da saúde. Com base nesse entendimento, discutiremos as violências como problemas de saúde pública que, inclusive, integram as normatizações desta área, como veremos no tópico seguinte.

1.2. Debatendo o tema da Violência contra as mulheres e sua interface com a saúde pública

As violências contra as mulheres podem ser entendidas como resultantes das relações de desigualdades entre homens e mulheres, moldadas a partir da diferença entre os papéis socioculturais atribuídos com base na diferença biológica. Trata-se de manifestações da questão social de caráter complexo e multidimensional, que representam uma grave violação aos direitos humanos e, sobremaneira, das mulheres.

Essas formas de violência, que afetam a qualidade de vida das mulheres, situam-se como problema de saúde pública mundialmente reconhecido. Suas repercussões têm gerado para a saúde, além de custos financeiros⁵ no tratamento das sequelas por elas ocasionadas, elevadas perdas sociais, expressas na morbidade ou mortalidade e no sofrimento de familiares das vítimas e da população em geral⁶.

A violência sofrida por Violeta, cujo relato é feito em seguida, ilustra os impactos gerados pela violência na saúde das mulheres:

Sou vítima de violência doméstica, e hoje eu me tenho como uma “ascensão” de uma violência porque eu vivi treze anos, principalmente a violência psicológica. E já que você tá pesquisando na área de saúde eu quero te dizer que eu adquiri, fora os traumas todos, uma gastrite nervosa por causa da violência que eu sofri. O período que eu sofri mais foi em Manaus depois que eu mudei pra cá. [...] eu ia pra igreja com meus filhos porque eu não queria que falassem de mim. E aí quando eu fui pra igreja eu encontrei um anjo dentro da igreja, era um anjo que caiu do céu, porque eu já tinha sofrido tanto na mão daquele lá que eu achava que esse Deus tinha colocado pra mim e foi aí onde

⁵ Os resultados da pesquisa intitulada “Análise de Custos Econômicos e Sociais da Violência no Brasil”, de Cerqueira et al (2007), evidenciam estimativas significativas sobre os custos da violência em 2004. Some-se a isto um gasto de R\$ 92,2 bilhões, o que representou 5,09% do PIB, ou um valor per capita de R\$ 519,40. Já a pesquisa de Rodrigues et al, divulgada em 2007 pelo IPEA, calcula que o custo total do atendimento às vítimas de causas externas pelo sistema público de saúde em 2004 teria sido de 3,8 bilhões, o das agressões de R\$ 206 milhões de reais e dos acidentes de trânsito de R\$ 769 milhões de reais.

⁶ Os custos sociais são incalculáveis e variam de traumas, lesões, fragilidades emocionais ao medo e ao sentimento de insegurança social, os quais são ainda mais acirrados com as notícias sensacionalistas rotineiramente publicadas pelos meios de comunicação, sobretudo, quando não geram alternativas contundentes e reflexões críticas sobre o tema.

eu sofri violência até física, entendeu? Então por isso eu comecei a lutar porque eu senti na pele (VIOLETA, 42 anos, observação participante, 2017).

Em outro momento, após reunião com mulheres do movimento, Violeta conta que, em virtude dos impactos causados em sua saúde, teve que fazer acompanhamento psicológico e diz que não foi fácil superar essa situação. Sua gastrite nervosa também estava associada à violência sofrida, sendo um dos fatores que a fizeram recorrer a serviços de saúde. O relato evidencia que as expressões de violência se manifestam de forma articulada na vida das mulheres, causando maior sofrimento. Da mesma forma, Schraiber (2001, p. 107) afirma que “algumas ações violentas levam imediatamente a óbito, enquanto outras são mais insidiosas e representam situações crônicas de vida”. O prolongamento do ciclo de violência gera sequelas que fazem com que a vítima recorra aos serviços de saúde, às vezes de forma recorrente e insistente, mas nem sempre são declaradamente expostas como resultados de relações violentas, podendo passar despercebidos nos serviços públicos e, em especial, na saúde pública.

A Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, publicou dados de violência e acidentes notificados na saúde pública nos anos 2011 e 2012⁷. Do total de casos notificados, “32.431 (30,2%) ocorreram entre homens e 75.033 (69,8%), entre mulheres” (BRASIL, 2016a, p. 13). Estes dados indicam que as mulheres compõem o segmento com maior número de casos de violências registrados na saúde.

Registros do SINAN⁸ referente à violência doméstica, sexual e/ou outras violências, no ano 2014, revelam que foram atendidas 223.796 vítimas. Duas em cada três dessas vítimas de violência foram mulheres que precisaram de atenção médica. “Isto é: a cada dia de 2014, 405 mulheres demandaram atendimento em uma unidade de saúde, por alguma violência sofrida”. (WAISELFISZ, 2015, p. 42, grifo do autor).

Em relação aos casos de reincidência, Waiselfisz (2015, p. 51) constata, com base no formulário de notificação do SINAN, item 49⁹, que a “reincidência acontece em praticamente metade dos casos de atendimento feminino (49,2%), especialmente com as mulheres adultas

⁷ Relatório onde constam informações referentes a: violências doméstica, sexual, tráfico de pessoas, intervenção por Agente Legal; além de violência autoprovocada: contra mulheres e homens em todos os ciclos de vida; entre outras violências interpessoais e urbanas: contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas.

⁸ O Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN é alimentado, principalmente, pela notificação e investigação de casos de doenças e agravos (aqui incluídas as violências) que constam da lista nacional de doenças de notificação compulsória (PORTARIA Nº 204, DE 17 DE FEVEREIRO DE 2016).

⁹ O autor informa a existência de uma significativa subnotificação desse item (27,9% nas fichas do sexo feminino e 36,7% do masculino), por isso julgou conveniente trabalhar apenas com os registros que possuem essa informação.

(54,1%) e as idosas (60,4%)”. O autor complementa que entre os homens esse índice é bem menor: 30,5%, o que lhe permitiu fazer as seguintes inferências:

A violência contra a mulher é mais sistemática e repetitiva do que a que acontece contra os homens. Esse nível de recorrência da violência deveria ter gerado mecanismos de prevenção, o que não parece ter acontecido. Essa sistematicidade se acentua na idade adulta e entre as idosas. No sexo masculino, as maiores taxas de reincidência encontram-se nos extremos do ciclo de vida: entre as crianças e os idosos. (WASELSELFISZ, 2015, p. 51).

Os dados das pesquisas mencionadas permitem visualizar que, em nível local e nacional, o campo da saúde se constitui em porta de entrada para inúmeras situações de violência, integrando as rotas críticas¹⁰ das mulheres. Em vista disso, a área da saúde tem sido percebida como campo estratégico para pensar o atendimento e enfrentamento às violências, principalmente pelos princípios que incorpora. Entre esses, destacam-se a universalidade, a integralidade e a equidade, nos quais reside a perspectiva da prevenção e promoção da saúde.

Ao situar a trajetória da inserção do tema das violências na saúde, Minayo (2006) afirma que a aproximação inicial ocorreu pela intervenção curativa sobre as sequelas e traumas ocasionados pelas manifestações de violência. Em um segundo momento se deu em razão de mudanças no quadro epidemiológico a partir da década de 1970. As doenças cardiovasculares, neoplasias e causas externas (violências e acidentes) se sobrepuseram à morbimortalidade por doenças infecciosas e parasitárias¹¹. Este também foi um dos motivos pelo qual o setor saúde passou a ter um olhar diferenciado sobre o processo saúde-doença e sobre as violências. Todavia, os estudos e ações interventivas sobre violências apresentam-se de forma fragmentada nesta área, isto é, sem buscar seu entendimento profundo e interdisciplinar. A legitimação desta temática na saúde é, portanto, adjetivada pela referida autora como um esforço repleto de resistências, mas que está sendo paulatinamente implementado.

¹⁰ Sagot (2000) utiliza o termo “Rota Crítica” para definir os caminhos percorridos pelas mulheres na busca de soluções para sair da situação de violência sofrida. Camargo e Aquino (2003) caracterizam a rota crítica como uma trajetória de idas e vindas. Quando soluções não são encontradas, ocorre o desgaste emocional e revitimização da mulher, contribuindo para a manutenção do ciclo de violência.

¹¹ Frenk *et al* (1991) preferem utilizar o termo *acumulação epidemiológica* em vez de *transição epidemiológica* para fazer referência às alterações na situação de saúde dos países “em desenvolvimento”, como o Brasil. Diferentemente dos países desenvolvidos, que teriam transitado sequencialmente de um quadro em que prevaleciam as doenças infecciosas e a desnutrição para as doenças crônicas (cardiovasculares e agravos associados aos estilos de vida), os países “em desenvolvimento” não teriam superado a dengue, febre amarela, entre outras doenças infecciosas e parasitárias da “agenda tradicional”. Estas passaram a coexistir com as doenças crônicas e agravos que têm se elevado nas estatísticas de morbimortalidade. “Mesmo as mortes por causas externas estão em sua maioria relacionadas ao fenômeno da violência, que não deixa de ser uma condição crônica” (BRASIL, 2015a, p. 16).

No que diz respeito à saúde da mulher, reivindicava-se a atuação no âmbito preventivo/estratégico e não meramente pontual e focalizada nos traumas e lesões provocados. A fala da feminista Margarida apresenta esta reivindicação: “o que nós queremos mesmo é prevenção. Mas nós só ainda trabalhamos só as consequências. Por exemplo, aquela moça que foi estuprada pelo professor que, praticamente, sofreu três cirurgias. E assim tantas outras” (MARGARIDA, 59 anos, entrevista, 2017). Foram anseios como estes que foram apresentados ao setor saúde na década de 1980, mas que, como vemos, permanecem até hoje sendo solicitados.

Em termos normativos houve um redirecionamento que, segundo Medeiros e Guareschi (2009), representa um marco histórico nas políticas sociais públicas e, especificamente, na política de saúde cujo resultado foi a criação do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), na década de 1980, em que constam interesses do movimento sanitário e do movimento feminista.

Não obstante as mudanças proporcionadas pelo programa terem sido notáveis, Mendonça (1998) explica que as estratégias de assistência integral permaneciam isoladas e descontínuas na medida em que desconsideravam a diversidade de mulheres e suas ações centralizavam-se na busca pela redução da mortalidade materna. Somente em 2003, com a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a pauta da violência foi reforçada como problema de saúde pública no Brasil em decorrência de relatos de mulheres com queixa de dores, desconfortos, problemas de concentração, tontura, tentativas de suicídio etc. (BRASIL, 2004, p. 38). Esta política surge como uma das iniciativas que inclui a atenção às mulheres em situação de violência, refletindo “[...] o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2011a, p. 07).

O reconhecimento dos organismos de saúde é, portanto, proveniente dos questionamentos e críticas direcionadas aos serviços de saúde quanto ao modelo centralizado na concepção restrita à função biológica e materna, visto que muitos dos problemas de saúde estão relacionados a questões provenientes das desigualdades nas relações entre homens e mulheres na sociedade capitalista (BRASIL, 2011a).

A ampliação e inserção de diversas áreas como saúde, educação e assistência social na rede de atendimento, assistência e enfrentamento se deu tanto pela complexidade do fenômeno da violência como pela pressão nacional em torno dos direitos humanos das mulheres. Com base nesta perspectiva, às instituições de saúde foi agregada uma importante função diante da violência contra as mulheres.

Um cenário de avanços e desafios pode ser pontuado quanto à inclusão dessa temática na agenda da saúde. Lima e Deslandes (2014) lembram que desde a década de 1980 a área da saúde tem firmado compromissos na atenção às mulheres em situação de violência. Prova disso é o já referido PAISM que, tendo como foco os direitos sexuais e o planejamento familiar, já sinalizava para o tema das violências.

Mas, conforme análise das autoras, as normatizações sobre violências só vieram a ser mais evidentes a partir da década de 2000, inicialmente com a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (PNRMAV). No entanto, esta política ainda não dava direcionamentos quanto a intervenções sobre situações de violência vivenciadas por segmentos específicos da sociedade. Fazendo apenas breve referência às mulheres, a PNRMAV priorizava a discussão em torno da morbimortalidade por causas externas.

Em 2002, as discussões sobre a violência contra as mulheres foram adensadas pelo clima político. E em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) e lançado o I Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), o qual traçou diretrizes para diversas áreas, entre elas a saúde na atenção aos direitos sexuais e reprodutivos e no atendimento/enfrentamento à violência contra as mulheres.

Com a inauguração da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), no ano de 2004, foram estabelecidos parâmetros específicos ao setor saúde na atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual. Para tanto, foi proposto o fornecimento de apoio técnico e financeiro às secretarias estaduais e municipais de saúde. A articulação dos planos e políticas em torno da problemática das desigualdades de gênero e das violências institucionalizaram estas demandas na órbita do Estado, colaborando para a expansão de serviços, delegacias especializadas de atendimento à mulher e favoreceu a criação de mecanismos para o atendimento na saúde.

No campo da atenção integral à saúde das mulheres, as políticas têm passado por constantes avaliações. A Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, publicada pela primeira vez em 1998, ganhou novas edições ao longo dos anos. Na tentativa de articular os diferentes setores de atendimento, foi lançada, em 2006, a Matriz Pedagógica para Formação de Redes Integradas de Atenção às Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência. A intersetorialidade, no entanto, ainda se mostra um desafio tendo em vista sua rasa divulgação e adesão pela gestão local (LIMA; DESLANDES, 2014).

Desde a promulgação da Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 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), a partir do Decreto Lei 5.099/2004 (que designa o Ministério da Saúde como responsável em estabelecer este serviço) e da Portaria GM/MS nº 2.406/2004 (que institui serviço de notificação compulsória), vem sendo notável o número de mulheres em situação de violência atendidas na rede de saúde. Estes casos passaram a ser registrados e sistematizados no sistema Viva SINAN, demonstrando outro avanço no campo da informação em saúde.

No Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, firmado em 2007, o Ministério da Saúde assume a responsabilidade na capacitação profissional para o atendimento às mulheres quanto aos seus direitos sexuais e reprodutivos, no estabelecimento de normas, protocolos e fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência. Segundo Lima e Deslandes (2014), estes encaminhamentos foram aprofundados em 2008 com o Pacto de Gestão pela Vida, compromisso específico da área da saúde, onde se propôs pensar a articulação dos níveis de atenção para acolhimento e acompanhamento psicossocial das mulheres vitimadas.

Pode-se considerar que a construção dos pactos foi primordial para a consolidar formas de enfrentamento às violências, de amadurecer a ideia de responsabilização conjunta dos diferentes setores, considerando a transversalidade para além do atendimento policial e a intervenção sobre a violência para além da via punitiva.

Pensar a transversalidade das ações quanto às relações de gênero e violência requer o reconhecimento das diversas áreas das políticas públicas sobre seu potencial para intervir nestas questões. Esta ideia está firmada no Pacto Nacional pelo Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, o qual traz o seguinte posicionamento: “[...] a transversalidade de gênero visa garantir que a questão da violência contra a mulher e de gênero perpassasse as mais diversas políticas públicas setoriais” (BRASIL, 2011b, p. 24). Em vista disso, o pacto propõe a articulação de políticas públicas das diferentes esferas da vida social: educação, trabalho, saúde, segurança pública, assistência social, entre outras.

As políticas sociais representam importantes avanços conquistados pela sociedade. De acordo com Pereira (2010), dentre suas principais funções está a concretização de direitos de cidadania, os quais são operacionalizados mediante a implementação de programas, projetos e serviços. Todavia, o campo das políticas sociais é permeado por desafios que precisam ser apreendidos para que haja efetivação dos direitos sociais.

Um desses desafios está relacionado às desigualdades de gênero que afetam consideravelmente as mulheres em decorrência de visões socioculturais que subjagam o feminino. Com base neste entendimento, Pereira *et al* (2010, p. 429) afirmam que “[...] a não

consideração das assimetrias de gênero compromete a eficiência das políticas sociais”. Assim, tais autores identificam a necessidade de avançar na avaliação transversal das políticas sociais públicas.

A perspectiva transversal de gênero¹² surge como mecanismo de fortalecimento das políticas públicas, tornando-as locus privilegiado para superação de desigualdades. Bandeira (2005, p. 05) define a transversalidade de gênero como

[...] a idéia de elaborar uma matriz que permita orientar uma nova visão de competências (políticas, institucionais e administrativas) e uma responsabilização dos agentes públicos em relação às assimetrias de gênero, nas e entre as distintas esferas do governo.

Para esta autora, a transversalidade pode contribuir para a integração entre as instâncias governamentais, elevando a eficácia das políticas públicas e fomentando a democracia nas decisões políticas, inclusive para as mulheres. Sendo sinônimo de *gender mainstreaming*, a transversalidade de gênero foi percebida pelo governo internacional e nacional como uma perspectiva que deve estar vinculada a todas as políticas elaboradas pelo Estado e não apenas em um ministério ou secretaria com ações específicas para a mulher. É com base nesses pressupostos que se visa a superação da fragmentação das políticas sociais na abordagem de problemas multidimensionais como a violência contra as mulheres. Nesse caso, a análise da eficácia das políticas públicas direcionadas às situações de violência demanda o reconhecimento da perspectiva de gênero bem como sua inserção no contexto local, perpassando as diferentes instâncias.

Na área da saúde, a incorporação da perspectiva de gênero parte da superação da centralidade do aspecto biológico na compreensão dos processos de saúde bem como da desnaturalização das relações desiguais entre homens e mulheres. Estes são pressupostos para entender que a saúde da mulher não se resume às questões materno-infantis, mas também integra aspectos sócio-históricos e culturais que interferem em sua saúde, a exemplo das desigualdades e das violências por elas configuradas.

Reiterando essas postulações, Bandeira (2005, p. 09) afirma que:

¹² A categoria gênero tem sido largamente discutida entre os feminismos. Das formulações conceituais vigentes, citamos o posicionamento de Grossi (1998, p. 05), que conceitua gênero como “uma categoria usada para pensar as relações sociais que envolvem homens e mulheres, relações historicamente determinadas e expressas pelos diferentes discursos sociais sobre a diferença sexual”. De acordo com suas acepções, o gênero é mutável e está sendo constantemente ressignificado.

A partir do momento em que os/as agentes públicos não têm clareza em relação a tais pressupostos, voltam-se para tratar, por exemplo, a violência e as condições de saúde centradas na mulher, exclusivamente, e não na natureza das relações e nos padrões de comportamento entre os sexos, o que acaba reduzindo as possibilidades de sua resolução.

Além de considerar a saúde da mulher em uma perspectiva integral, a transversalidade de gênero busca dar visibilidade às contradições e conflitos que resultam das relações sociais constituídas com base nas diferenças percebidas entre os sexos.

Farah (2004) explica que quando se fala em políticas desenvolvidas a partir da perspectiva de gênero a pretensão é fomentar ações que atendam não apenas a demandas das mulheres, e sim que alcancem a amplitude das relações sociais entre os sexos. As relações de gênero estão entremeadas por relações de poder e sinalizam a existência de assimetrias étnico-raciais, de classe social, geração e território, o que deve ser levado em consideração na construção das políticas e em sua implementação.

Bandeira (2005) e Andrade (1998) diferenciam políticas para mulheres de políticas de gênero. As autoras consideram que as primeiras estão relacionadas aos papéis tradicionalmente construídos sobre o feminino, vinculados ao campo da reprodução social. Já as políticas de gênero levam em consideração que as diferenças entre homens e mulheres, demarcadas no processo de socialização, assumem múltiplas formas, logo, apreendem o aspecto relacional, possuem maior abrangência e buscam a desnaturalização dessas relações em detrimento de visões essencialistas.

Apresentando posicionamento diferenciado, Farah (2004, p. 51) analisa que

Políticas públicas com recorte de gênero são políticas que reconhecem a diferença de gênero e, com base nessa diferença, implementam ações diferenciadas para mulheres. Essa categoria inclui, portanto, tanto políticas dirigidas a mulheres – como as ações pioneiras dos anos 80 – quanto ações específicas para mulheres em iniciativas voltadas para um público mais abrangente.

Note-se que esta autora inclui as ações específicas para mulheres no campo das políticas com perspectiva de gênero, não atribuindo a estas uma condição exclusiva de política essencialista. Subentende-se que em todas as políticas predomina uma determinada concepção de gênero. No entanto, há aquelas que apenas incorporam gênero sem orientar-se para a redução das desigualdades entre homens e mulheres ou para o atendimento das demandas da agenda de

gênero¹³. Há, ainda, programas que, embora focalizem mulheres, acabam reiterando desigualdades ao reforçar uma posição subordinada ou tutelada do feminino.

A ideia de focalização é muito presente nas políticas públicas, estando ora atrelada ao redimensionamento dos gastos públicos, ora pela discriminação positiva, conceito cunhado por Bobbio (1992) para referir-se a determinados segmentos que precisam de prioridade no campo das políticas devido a situação de vulnerabilidade em que se encontram. De acordo com Farah (2004) esta focalização é reflexo da reforma do Estado e assume outra proporção no campo da agenda de gênero: a tensão entre a focalização na mulher com vistas à sua funcionalidade no âmbito da estratégia da família/reprodução social; e a da mulher como sujeito de direitos. A autora constata, em sua pesquisa, que a focalização das políticas tem se configurado na saúde por meio de programas de saúde da mulher com ênfase na atenção a gestantes e crianças enquanto grupos de risco.

Em Parintins, município do Estado do Amazonas, a saúde da mulher ainda apresenta centralidade na função materna como se depreende da fala da profissional de saúde do núcleo do programa saúde da mulher:

[...] basicamente o programa saúde da mulher a gente trabalha nessas vertentes, trabalha com preventivo, com atendimento pré-natal, trabalha na questão do parto, da humanização do parto dentro do hospital porque a gente já conseguiu melhorar aí um hospital e já começou um trabalho no outro hospital. A questão da violência durante o parto né, e também a questão do trabalho mesmo do atendimento humanizado dessas gestantes (ENFERMEIRA, coordenação de saúde da mulher, entrevista, 2017).

Esta focalização da saúde da mulher no programa Rede Cegonha, o qual visa a redução da mortalidade materna e infantil, tem sido justificada pelos dados de internação hospitalar, em que a gravidez, parto e puerpério representam um total de 2.265 casos. Por outro lado, os dados de internação por violências e outros agravos são de 637 casos, estando na segunda colocação. Segundo o Plano Municipal de Saúde de Parintins/AM (PMS, 2011), os dados de gravidez/parto/ puerpério apresentam um caso de morte no ano de 2011 enquanto que as causas externas (também conhecidas como violências e acidentes) representaram um total de 42 óbitos neste mesmo ano.

¹³ Farah (2004, p. 53) define agenda de gênero como “agenda-síntese dos temas priorizados por diversos atores (e atrizes), tendo como eixo as relações de gênero, não se confundindo com a agenda de nenhum grupo particular. Reúne, assim, temas e propostas levantados por mulheres participantes de movimentos populares e temas e propostas formulados pelo feminismo, em suas diferentes vertentes”. Esta agenda, como bem observa Farah (2004), encontra-se articulada a outra mais abrangente, colocando em evidência a amplitude da luta das mulheres (movimento de mulheres e/ou mulheres nos movimentos). Suas mobilizações tratam de temas mais específicos (saúde da mulher, direito à creche, sexualidade, contracepção e violência contra a mulher) e também mais gerais no campo dos direitos como, por exemplo: democracia, renda, trabalho, pobreza, saneamento, educação.

Sem retirar a relevância do trabalho na saúde materna e infantil, consideramos importante ampliar o olhar para outras questões que afetam a saúde das mulheres como, por exemplo, as violências. Concordamos com Farah (2004) quando afirma que, embora os elevados índices de mortalidade materna e infantil no Brasil justifiquem a focalização, os programas deveriam se articular a uma política mais abrangente, de atenção integral à saúde das mulheres, que as amparasse em vários aspectos de sua vida.

Ainda na fala da profissional de saúde, notamos que há percepção de um tipo de violência, a obstétrica, o que demonstra que o reconhecimento de outros problemas que afetam a saúde da mulher já vem acontecendo em Parintins. Por outro lado, quando questionamos mais a respeito deste tipo de violência, a profissional não conseguiu dar informações mais precisas como, por exemplo, dados epidemiológicos. A justificativa foi direcionada à mudança na gestão, a qual está à frente da secretaria de saúde desde janeiro de 2017. Com as alterações no plano político do município, há trocas de profissionais, de direção e, muitas vezes, interrupção de programas e projetos. Em razão disso, as notificações de violências também ficam comprometidas, tornando difícil a mensuração do problema e a intervenção sobre ele.

No caso da violência obstétrica, o agravo é ainda mais obscurecido por se tratar de um tipo de violência institucional caracterizada pela “apropriação do corpo e processos reprodutivos das mulheres pelos médicos, profissionais da saúde, através do tratamento desumanizado, abuso de medicalização e patologização dos processos naturais [...]” (ZASCIURINSKI, s/a, p. 02). Desse modo, o controle sobre o corpo e sexualidade da mulher compõem aspectos culturais, de classe, raça/etnia e gênero, marcados por relações de desigualdade reproduzidas pelos profissionais e instituições sociais, mas que ficam camufladas pela ênfase no poder-saber clínico e biológico que permeiam as concepções de saúde.

A violência contra as mulheres durante o pré-natal, parto e/ou pós-parto é uma realidade de muitas mulheres no Brasil. Por outro lado, o discurso da profissional, quanto à intervenção sobre a violência obstétrica, não revela as ações que têm sido feitas para coibi-la nem traz um parâmetro sobre os avanços e desafios. Para além das boas intenções, os movimentos de mulheres almejam mudanças efetivas, tal como expresso na fala a seguir, proferida durante entrevista com uma das representantes de movimento de mulheres de Parintins/AM quando perguntamos sobre o atendimento na saúde e se considera o acolhimento humanizado e respeitoso: “Não tem não. Nos partos, as mulheres que procuram atendimento, se não tiver alguém lá pra se impor, pra ajudar, elas são massacradas” (SIREMA, entrevista, 2017). De acordo com Zasciurinsk (s/a) é preciso romper com o pensamento colonial sobre o ser feminino, o qual desconsidera a autonomia das mulheres nas decisões sobre seu corpo e sexualidade. O

empoderamento, composto pela tomada de conhecimento, informações e poder de decisão, é um pressuposto para a garantia da humanização e do combate ao processo violento.

Além de transgredir os direitos humanos das mulheres, a omissão/negligência no trato da violência obstétrica, entre outras faces da violência (re)produzidas no campo da saúde, também viola princípios que regem o Sistema Único de Saúde (SUS)¹⁴, quais sejam: universalidade, equidade, integralidade, hierarquização, participação popular e descentralização.

Para Polignano (2017), estes princípios doutrinários e organizativos podem ser definidos da seguinte forma: *universalidade* como garantia do acesso a ações e serviços de saúde sem discriminações de qualquer tipo; a *equidade* refere-se à ideia de justiça social, pois prevê a prestação da assistência à saúde de acordo com as necessidades sociais de cada um, tendo em vista a existência de diferenças transformadas em desigualdades; a *integralidade* supõe a não fragmentação da atenção à saúde do ser humano e de suas necessidades sociais; a *hierarquização* pode ser entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações de prevenção e cura, organizada em diferentes níveis de complexidade; a *participação* estabelece o envolvimento da população tomadas de decisão e controle social, o que é feito através de instâncias como conselhos e conferências de saúde, realizadas visando a democratização dos processos de gestão; e a *descentralização* propõe a municipalização administrativa e financeira quanto às ações de saúde.

Considerando que estes princípios têm funcionado como parâmetros para diferentes programas e políticas construídas no campo da saúde, destacamos nesse trabalho a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), a qual vislumbra a integralidade e a promoção da saúde. Neste propósito, ela preconiza a ampliação do olhar sobre as necessidades sociais das mulheres, tais como: a sexualidade, reprodução, planejamento familiar, aborto e combate à violência doméstica e sexual. Estas são algumas das questões abordadas na PNAISM como indispensáveis à concretização dos direitos humanos das mulheres.

Trata-se de demandas por muito tempo desconsideradas nas intervenções em saúde e que são incluídas tendo como referência a equidade, aludida na PNAISM mediante a proposição de

¹⁴ A Constituição de 1988 concebe a saúde enquanto direito social e dever do Estado, o qual deve garantir a promoção, proteção e recuperação da saúde mediante a implementação de políticas sociais e econômicas de caráter universal e igualitário. O alvo em destaque é a primazia da satisfação das necessidades sociais, da concretização de uma cidadania não meramente formal e o compromisso do Estado em viabilizá-las. Com base nesse direcionamento, uma das estratégias lançadas pelo projeto da Reforma Sanitária foi o Sistema Único de Saúde (SUS), definido como: uma rede integrada de ações e serviços públicos de saúde que tem como horizonte um conjunto de princípios.

“[...] ações para grupos historicamente aliados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades”. (BRASIL, 2011a, p. 05). Esta afirmação parte do entendimento de que, por vivenciar situações sócio-históricas de desigualdade que repercutem em sua saúde e de não reconhecimento de seus direitos, as mulheres precisam ter atenção priorizada na assistência à saúde.

Uma política de saúde voltada para as mulheres se justifica ainda pelo perfil populacional e epidemiológico da sociedade brasileira. Nesta, a composição social é majoritariamente feminina e as mulheres são as principais usuárias dos serviços, seja para atendimento próprio ou de outrem (familiares, filhos, vizinhos) tendo em vista sua propensão cultural para o cuidado (BRASIL, 2011a). A referida política observa o fato de as mulheres viverem mais do que os homens, porém adoecendo com mais frequência do que estes. Menciona ainda que a mortalidade e morbidade de mulheres decorre muito mais da discriminação por elas vivenciada do que por fatores biológicos.

Nas estatísticas de mortalidade feminina apresentadas nesta política, foram assinalados expressivos índices de infarto agudo do miocárdio, seguido das neoplasias (câncer de mama, pulmão e colo do útero) e das causas externas (acidentes e violências). As violências são proeminentes na morbidade de mulheres, sendo pouco expressivas na mortalidade em comparação às mortes masculinas.

Quanto aos índices de mortalidade apresentados na PNAISM, a mortalidade materna assume destaque nas análises do documento referido. Entre os determinantes deste tipo ocorrência são especificadas a deterioração das condições de vida, a desigualdade entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, expressos na precarização dos serviços públicos; as disparidades regionais e inter-regionais (urbano-rural), evidenciados pela dificuldade de acesso aos serviços; a assistência pré-natal e obstétrica defasada; e a incipiente capacitação de gestores e profissionais em nível local. Além da precariedade da atenção obstétrica, o abortamento inseguro é elencado como fator que eleva as estatísticas de morbimortalidade e, atrelada a este, a precarização da assistência à anticoncepção.

Os agravos resultantes de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), sobretudo HIV/AIDS, ganham espaço no debate sobre reprodução, sexualidade e saúde das mulheres, sendo que sua incidência ocorre em diferentes grupos (adolescentes, mulheres lésbicas, mulheres em situação de violência e parturientes). Além do enfoque sobre o público adolescente, são elencadas questões sobre a fase adulta das mulheres tais como o climatério, tema permeado de tabus que precisam ser superados. O adoecimento resultante das condições e estilos de vida, o câncer, diabetes e demais doenças crônico-degenerativas foram pontuadas

como problemas urgentes e que demandam melhorias na assistência prestada pela saúde. O câncer no colo do útero, por exemplo, que pode ser facilmente diagnosticado e tratado, se previamente detectado, tem sido uma das grandes causas de morte no Brasil, diferentemente de países considerados desenvolvidos, o que mostra a causa não natural e evitável de sua prevalência.

As questões de saúde das mulheres negras, indígenas, lésbicas, trabalhadoras rurais, em situação de prisão e em situação de violência também ganham espaço na política aqui discutida. Entretanto, observa-se que as demandas destes grupos específicos são apenas brevemente destacadas. Diferentemente dos dados de morte materna, a carência de dados relacionados a estes grupos é nítida, evidenciando que ainda não houve amplo enraizamento dos aspectos socioculturais na informação em saúde. É importante mencionar que os dados apresentados na PNAISM de 2011 se referem às estatísticas de 1980 a 2002. Apesar disso, a criação de uma política de saúde da mulher é um grande avanço para se pensar a promoção da saúde em uma perspectiva integral.

Alicerçada nesta ideia, as diretrizes da PNAISM partem do enfoque de gênero e direcionam para a humanização e qualificação do atendimento prestado pelos serviços de saúde às mulheres. Entre os objetivos gerais elencados pode-se destacar, sinteticamente: 1) a melhoria das condições de vida e saúde através da garantia de direitos, ampliação do acesso aos serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde; 2) a redução da morbimortalidade feminina para causas que podem ser evitadas, contemplando todos os ciclos de vida, sem discriminações; 3) ampliação, humanização e qualificação da atenção à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde, em uma perspectiva integral (BRASIL, 2011a).

Em relação às violências, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2011a) observa que há uma crescente ampliação de serviços de atenção às mulheres em situação de violência, porém nem todos os serviços têm preparo para atender a esta demanda, tendo seu acesso limitado. Em vista disso, estabelece, entre seus objetivos gerais, a contribuição para redução da morbimortalidade feminina por causas evitáveis. Destas, um dos objetivos específicos assinala a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual, para as quais propõe as seguintes estratégias: 1) organizar redes integradas de atenção; 2) articular ações de violência às ações de combate à DST/AIDS; e 3) promover ações preventivas em relação à violência doméstica e sexual. Entende-se que o acesso e a interface de gênero nos serviços de saúde são pressupostos para melhoria da qualidade de vida das mulheres e para alcançar a integralidade vislumbrada, o que, no entanto, tem sido um desafio contínuo de legitimação e implementação.

As discussões efetuadas têm como base a compreensão da violência como um grave problema de saúde pública, tanto por se tratar de um tema que, em razão de sua complexidade, exige a atenção integrada de várias áreas e instituições, mas também por ser um dos *locus* buscados por mulheres que estão em situação de violência. Como integrante das rotas críticas das mulheres, a área da saúde deve promover estratégias de identificação, atendimento humanizado, orientação por profissionais capacitados, notificação, entre outras estratégias de promoção à saúde e prevenção às violências nos diferentes níveis de atenção.

1.3 Apresentando o campo da pesquisa: Parintins e os serviços de saúde



Figura 01 – Vista aérea do município de Parintins - Amazonas.
Fonte: Correio da Amazônia / Divulgação¹⁵

Parintins é um dos 62 municípios do Estado do Amazonas, na região norte do Brasil. Encontra-se geograficamente localizado no Baixo Amazonas, a 420 km da capital Manaus e faz fronteira com o Estado do Pará. Conforme as informações disponibilizadas pelo IBGE (2010), sua extensão territorial é de 5.952 Km² e população oficial de 102.033 habitantes (sendo 69.890 em área urbana e 32.143 em área rural), constituindo-se na segunda cidade mais

¹⁵ Disponível em: <<https://correiodaamazonia.com/parintins-ganhara-curso-de-medicina-privado-garante-prefeito-bi-garcia/>>. Acesso em: 22 de junho de 2018.

populosa deste Estado, no qual Manaus está na primeira colocação com 3.483.985 habitantes e Itacoatiara na terceira com 86.839 habitantes¹⁶.

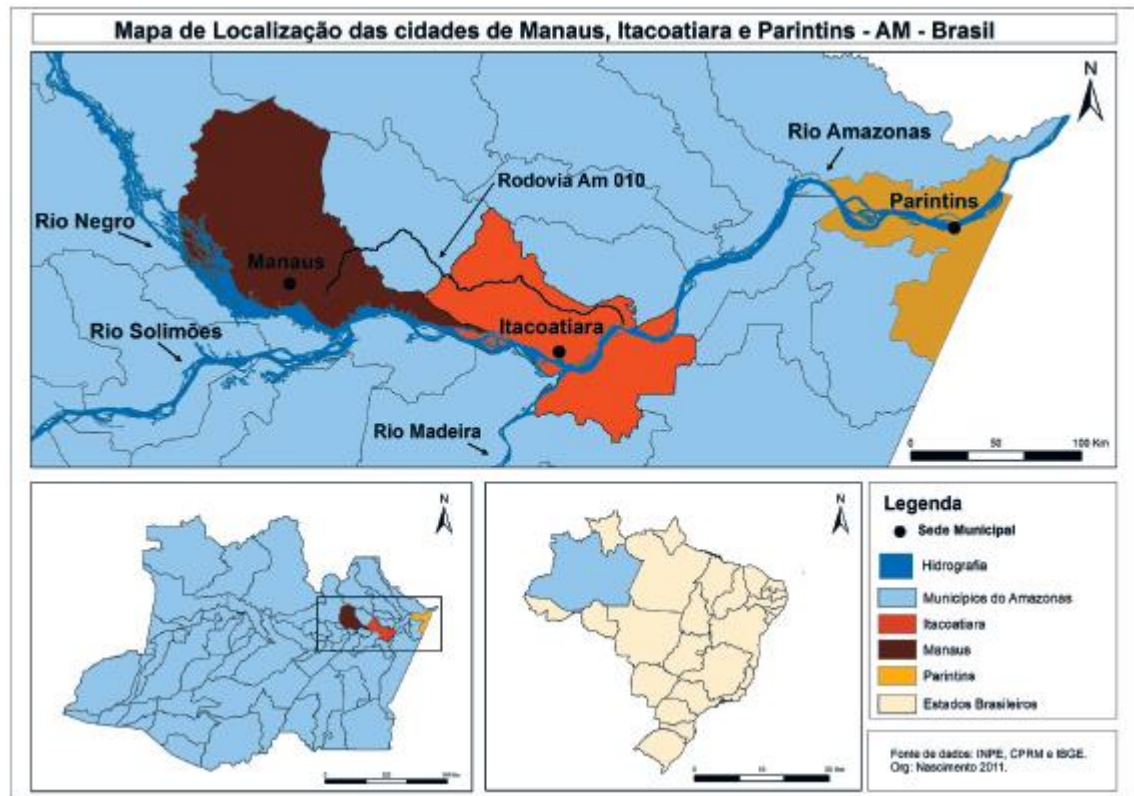


Figura 2 - Mapa de Localização das cidades de Manaus, Itacoatiara e Parintins – AM - Brasil. Fonte: Acervo Nepecab, 2011 *apud* Schor e Marinho (2013).

Com características de ilha, Parintins é margeada pelo grande rio Amazonas. Sua formação social e urbana, segundo Schor e Marinho (2013), é marcada por um período de crescente ocupação luso-brasileira na Amazônia entre os séculos XVII e XVIII, em que estes procuraram exercer o domínio do território objetivando expulsar invasores ingleses e holandeses dos limites da região.

Os indígenas compõem a base de sua formação étnica. Prova disso são, de acordo com Cerqua (1980), as cerâmicas achadas em diversos pontos das terras parintinenses. Elas representam vestígios de antigos aldeamentos. Em sua obra “Clarões de Fé no Médio Amazonas”, o bispo nos conta que a ilha foi, inicialmente, batizada de “Tupinambarana” entre 1660 e 1680. O nome dado faz referência aos índios Tupi que, por volta dos anos 1560 ou 1580, “vinham da faixa atlântica do Brasil, fugindo da conquista dos portugueses. [...] gostaram da

¹⁶ As estimativas feitas pelo IBGE em 2017 quanto ao número populacional dos municípios de Manaus, Parintins e Itacoatiara correspondem a 4.063.614 habitantes, 113.832 habitantes e 99.854 habitantes, respectivamente.

ilha, conquistaram seus naturais e os avassalaram” (CERQUA, 1980, p. 12). Conforme o autor, a palavra Tupinambá significa “homem viril, homem forte”, e “Tupinambarana” quer dizer “Tupi não-verdadeiro”, mas derivado de mestiçagem. Desta forma, a relação dos nomes Parintins e Tupinambarana estaria alicerçada aos índios mestiços, chamados Parintintins, que existiam entre os Tupinambá.

Como resultado dos processos de ocupação territorial e missão religiosa, a aldeia Tupinambarana passou por transformações políticas e sociais recebendo o título de Vila com o nome Villa Bella da Imperatriz em 1838. Em 1853, foi elevada ao *status* de município, mas somente com a Lei 499 de 30 de outubro de 1880 é que passa a ser reconhecida como cidade.

O município de Parintins tem sua economia pautada basicamente na agropecuária, no setor de serviço e comércio. Além destes, a pesca, a produção agrícola e artesanal, entre outras formas de trabalho autônomo constituem a renda e caracterizam o modo de viver da população parintinense. Visto que os rios são os principais meios de deslocamento na região amazônica, Schor e Marinho (2013) identificam a cidade de Parintins como um dos eixos estratégicos da economia supralocal, pela sua localização à margem do rio Amazonas, além de seus vínculos com comunidades e cidades próximas, incluindo municípios localizados na fronteira com o Estado do Pará.

Estamos falando de uma territorialização entranhada de lendas, mitos e entremeada pela forte influência religiosa na história da ocupação regional. A composição festiva de Parintins é marcada por estes aspectos (LEMOS, 2005) e, dentre seus principais eventos, podemos citar: as festas dos santos católicos, como a de Nossa Senhora do Carmo (padroeira da cidade), o festival de pastorinhas, de toadas, quadrilhas, Festival do Beiju – na Agrovila do Mocambo, Festival de Verão no Uaicurapá, Carnailha e o Festival Folclórico. Este último é o mais conhecido, sendo caracterizado pela disputa dos bois-bumbás Garantido e Caprichoso. Com influências nordestinas, o Festival Folclórico é o principal movimentador da economia turística parintinense (BRAGA, 2002), ainda que essa economia seja concentrada num determinado período do ano, comumente em junho.

Em termos territoriais, Parintins integra dois tipos de zona residencial, a urbana e a rural. Atualmente, a área urbana do município de Parintins é composta por 21 bairros: Palmares, Itaúna I, Itaúna II, Centro, São Benedito, Francesa, Nossa Senhora de Nazaré, Santa Rita, Santa Clara, São Vicente de Paula, São José, Paulo Corrêa, Vitória Régia, Emílio Moreira, João Novo, Djard Vieira, Bairro da União, Raimundo Muniz, Castanheira e Jacareacanga. Os bairros mais populosos dentre os citados são: Paulo Corrêa, com 13.666 habitantes, e o Itaúna II, com 7.785 habitantes, ambos originários de ocupação, assim como o Itaúna I. Além destes, há os

loteamentos Lady Laura, Pascoal Allágio, Tonzinho Saunier e Teixeira, que, de acordo com Souza (2013), ainda não são reconhecidos como bairro¹⁷.

Em relação às instituições de prestação de serviços de educação e saúde, verifica-se a predominância de seu caráter público configurando, assim, um potencial para o atendimento das determinações estabelecidas constitucionalmente quanto aos direitos básicos do cidadão. Desse modo, cada bairro é coberto por uma rede pública de atenção à saúde cuja estrutura envolve, atualmente: 06 unidades básicas de saúde (área urbana)¹⁸, 08 centros de saúde (04 em área urbana e 04 em área rural) e 02 hospitais localizados na área urbana da cidade (Padre Colombo/Privado/filantrópico/conveniado ao SUS e Jofre Cohen/Público), conforme evidenciado na tabela a seguir:

Quadro 1 – Rede Física de Serviços de Saúde de acordo com o CNES – ano 2017.

Tipo de Estabelecimento	Total	Tipo de Gestão	
		Municipal	Estadual ¹⁹
CENTRO DE SAÚDE/UNIDADE BÁSICA	14	14	-
POLICLÍNICA	2	2	-
HOSPITAL GERAL	2	2	-
CONSULTÓRIO ISOLADO	7	7	-
CLÍNICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	3	3	-
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	4	4	-
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	1	1	-
FARMÁCIA	1	1	-
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAÚDE	3	3	-
SECRETARIA DE SAÚDE	1	1	-
CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL	1	1	-
UNIDADE DE ATENÇÃO A SAÚDE INDÍGENA	3	3	-
Total	42	42	-
Esfera Administrativa (Gerência)	Total	Tipo de Gestão	

¹⁷ Ver Anexo 1 – Mapa intitulado “Origem dos Bairros de Parintins”. Organizado por Rodrigo dos Anjos Carvalho.

¹⁸ Ver Anexo 2 – Mapa das Unidades de Saúde de Parintins (Unidades Básicas de Saúde).

¹⁹ Esta tabela informa apenas os serviços e unidades da rede municipal de atenção à saúde cadastrados no sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES. As unidades e serviços de alta complexidade que fazem a cobertura da atenção à saúde dos habitantes dos municípios do baixo Amazonas, incluindo Parintins, estão localizadas na capital do Estado, Manaus. Tais informações, que podem ser encontradas no sistema de dados da Secretaria Estadual de Saúde, não foram acessadas. A cobertura Estadual refere-se, sobretudo, aos serviços de alta complexidade que o município ainda não atende, tais como tomografias e tratamentos de câncer em geral, que são encaminhados ao CECON em Manaus; determinados procedimentos cirúrgicos, a exemplo dos cardiológicos; e ainda faz a cobertura decorrente da carência de especialistas como, por exemplo, da área de nefrologia, hematologia, cardiologia, entre outros.

		Municipal	Estadual
PRIVADA	14	14	-
FEDERAL	3	3	-
ESTADUAL	0	0	-
MUNICIPAL	25	25	-
Total	42	42	-

Fonte: Informações do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES. Disponibilizado por: Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Parintins. Acesso em 2017.

De acordo com a descrição de Soares (2011), o Sistema de Saúde do município está organizado a partir das áreas de: Gestão, Prevenção e Assistência. A primeira responde pelo Fundo Municipal de Saúde, por serviços de planejamento tais como o PlanejaSUS, Gestão Estratégica Participativa, regulação, controle, avaliação, auditoria e coordenações de atenção à saúde. Conforme a autora, a área de prevenção se refere à vigilância em saúde composta pelas Vigilâncias: Ambiental, Epidemiológica e Sanitária. Já a área de assistência oferta serviços de saúde nos três níveis de atenção de acordo com a organização hierárquica estabelecida pelo SUS²⁰. Em relação aos níveis de atenção, a saúde tem sua estrutura organizada em:

- Atenção Primária, pautada na Estratégia Saúde da Família e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde. Em Parintins os principais programas desenvolvidos são o Programa Saúde da Família – PSF, Programa de Saúde Bucal – PSB, Programa de Saúde na Escola – PSE, Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS e o Núcleo de Assistência à Saúde da Família – NASF.

- Atenção Especializada, dividida em atenção Secundária (Serviços ambulatoriais especializados tais como: Consultas, Apoio Diagnóstico, Urgência/Emergência, Terapias, etc.) e Atenção Terciária (Internações hospitalares). Em Parintins ela é formada pela Atenção Psicossocial, Habilitação/ Reabilitação, Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico, Laboratórios, Rede de Serviços IST/HIV/AIDS, Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) Raimundo Gonçalves Nina, telemedicina, Serviço de Remoção de Urgências/Emergências, Unidade de Coleta e Transfusão de Sangue. A atenção hospitalar, por sua vez, é caracterizada por atender casos de urgência e emergência. (SOARES, 2011).

Conforme o Plano Municipal de Saúde - PMS (PARINTINS, 2014), em termos de acesso, o sistema de saúde deveria seguir a estratégia de hierarquização, tendo as unidades básicas de

²⁰ As leis que regulamentam o Sistema Único de Saúde – SUS são: 8.080/1990, que dispõe sobre as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde, os princípios, organização e funcionamento dos serviços; e a 8.142/1990, que se refere à participação popular nos processos de controle social e traz os parâmetros para a transferência intergovernamental de recursos financeiros.

saúde (UBS) como porta de entrada e as unidades hospitalares como referência secundária e terciária. Entretanto, de acordo com o referido documento, a ausência de regulação e a inexistência de serviços de pronto atendimento sobrecarregam a unidade de Urgência e Emergência dos hospitais com demandas que poderiam ser solucionadas no nível primário de atenção.

O PMS prevê que a organização da atenção à saúde em Parintins deve passar por melhorias, entre elas a proposta de hierarquização e integralidade da atenção à saúde. As dificuldades expressas neste documento envolvem também o desafio de atender as demandas dos municípios vizinhos situados no baixo Amazonas, tais como Barreirinha, Nhamundá, Boa Vista do Ramos, Maués e, no oeste do Pará, Juruti, Terra Santa e Faro. Isso se dá devido a insuficiência de recursos contingenciados de acordo com o número de habitantes do município e com o valor arrecadado através dos impostos. A gestão, responsável pela elaboração, implementação, execução e fiscalização dos programas e projetos desenvolvidos para a área da saúde do município, tem o desafio de reconhecer a especificidade de cada comunidade, pois as características variam em cada localidade, inclusive no que tange às épocas de enchente e vazante.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) de Parintins apresentava o percentual de 0,658 em 2010, mas, embora seja considerado médio, o município sofre com o sucateamento das políticas públicas, com a precarização de serviços, com altos níveis de trabalho informal, rotatividade e instabilidade contratual, acrescido do clientelismo político. Souza (2013, p. 03) descreve este aspecto da seguinte forma: “[...] o modo de vida da população, baixadas²¹ e ocupações urbanas, os níveis de carências, de exclusão e segregação, que clamam por soluções emergenciais, de cunho político, que extrapolam as ações localizadas e pontuais”. Trata-se de um outro retrato da cidade que, mais conhecida (e divulgada) pelos seus encantos naturais e socioculturais, também apresenta acentuadas expressões da questão social. A violência é uma delas.

Cotidianamente, ocorrências de violência são noticiadas pela mídia local. De acordo com Teixeira e Barroso (2015), o “Plantão Popular”, um dos jornais em circulação na cidade, publicou cerca de 209 matérias em 2011, sendo que 62 delas referiam-se a diferentes tipos de

²¹O termo baixada se refere às áreas de superfície irregular baixas ou ladeiras que, em Parintins, possuem peculiaridades nas épocas de cheia e seca. As depressões formadas nos solos das baixadas dificultam o escoamento da água (BOTREL *et al*, 2002) e alguns lugares e ruas de bairros ficam submersas pelas águas em períodos de cheia, comprometendo a qualidade de vida de moradores em Parintins (LIMA, 2016).

violência que resultaram ou não em morte. Este dado é um indicativo da visibilidade que a violência apresenta entre a população parintinense.

Os acidentes e as violências assumem uma posição de destaque no *ranking* das taxas de mortalidade e morbidade no Brasil. De acordo com publicação do Ministério da Saúde (BRASIL, 2015b), as causas externas²² foram responsáveis por 151.683 óbitos em 2013, apresentando uma tendência crescente desde 1980. O quantitativo de vítimas fatais de agressões é maior nas “regiões Nordeste (39,7 óbitos por 100 mil habitantes), Centro-Oeste (37,4 óbitos por 100 mil habitantes) e Norte (35,9 óbitos por 100 mil habitantes)” (BRASIL, 2015b, p. 250). Homens jovens e negros estão entre as principais vítimas. Através destes dados, percebe-se a existência de desigualdades de classe, étnico-raciais, regionais e de gênero.

Sob o olhar das relações de gênero, vemos que os papéis socioculturais da masculinidade e da feminilidade reforçam modos diferenciados de vivenciar determinados espaços e valores. Aos homens são reservados os valores da virilidade, força e a liberdade de experimentar situações que demonstram características atribuídas ao masculino na esfera pública, inclusive as que envolvem risco de morte. Às mulheres, historicamente, têm sido especificados papéis considerados “próprios de sua natureza”: o espaço do lar, da sensibilidade e da fragilidade. Estas análises das relações de gênero permitem entender a razão da elevada mortalidade entre homens, no trânsito e no espaço urbano, principalmente quanto a homicídios perpetrados por desconhecidos. Porém, quando se trata da morbidade, isto é, das violências que não resultaram em morte, as mulheres são altamente afetadas.

Esse estudo do Ministério da Saúde, pautado na descrição epidemiológica das notificações de violência interpessoal e autoprovocada e de violência doméstica, registradas no Sistema de Vigilância de violências e Acidentes (VIVA/SINAN)²³, aponta que: de 188.624 notificações de casos de violência em 2013, 29% ocorreram entre homens e 70,1% entre mulheres, sendo a maioria em domicílio. A violência doméstica é maior entre mulheres adultas da faixa etária de 20 a 59 anos, seguida das adolescentes, das crianças e, por fim, das idosas. Longe de ser um lugar de pleno conforto e segurança, o espaço da casa e do convívio revela

²² Termo utilizado na área da saúde para se referir aos agravos ou mortes (morbimortalidade) resultantes de violências e acidentes. As violências são aquelas relativas às lesões autoprovocadas intencionalmente/tentativa de suicídio, agressões e maus-tratos, os quais estão dispostos na Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) como X60-X84, X85-Y09 e Y05-Y07, respectivamente.

²³ Sistema implantado em 2006 com o intuito de coletar dados de que permitam dimensionar os índices de mortes e agravos ocasionados pelas violências e acidentes. O objetivo é garantir subsídios às políticas públicas em saúde e também em outras áreas. Parte-se do pressuposto de que o mapeamento destas informações contribui para perfilar as ocorrências e, assim, propor medidas de intervenção em uma perspectiva de vigilância, prevenção e promoção de uma cultura de paz.

relações de poder em detrimento das mulheres, expressas nas situações de violência que afetam sua saúde.

No município de Parintins, as ocorrências de violência doméstica e sexual são também maiores entre as mulheres. No ano de 2011 foram registrados 1.086 casos de violência na Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher (DECCM) de Parintins, sendo que a violência física foi, em número de ocorrências, contabilizada em 565 casos, seguida da violência psicológica (262 casos), da violência moral (188 casos), da violência patrimonial (56 casos) e da violência sexual (15 casos notificados) (SOUSA, 2015).

A pesquisa de Sousa (2014, p. 79) constatou cerca de 2.698 casos de violência contra mulheres registrados no ano de 2012. Deste total, a tipificação violência doméstica apresenta o maior número de ocorrências (467 casos), seguida do furto (430 casos), da ameaça (408 denúncias) e da lesão corporal (234 ocorrências), entre outros tipos de violência. Comprova-se, como se vê, um significativo aumento do registro de ocorrências na DECCM ao longo dos anos, o que representa maior visibilidade deste espaço no atendimento a demandas de violência contra as mulheres e também o maior encorajamento das mulheres em denunciar a violência sofrida. Revela, por conseguinte, que a violência tem afetado expressivamente a vida das mulheres que habitam em Parintins.

Em nossa pesquisa de campo, consultamos dados de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, disponibilizados pela Coordenação de Vigilância Epidemiológica do Município de Parintins. Estes dados, que alimentam o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN do Ministério da Saúde, evidenciam que as mulheres sofrem largamente com as violências em comparação com os homens.

No ano de 2013, foram contabilizados um total de 903 casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências. Destes, 831 casos correspondem a vítimas mulheres e 71 homens. Entre os agressores, 756 eram homens e 132 eram mulheres. Com relação aos tipos de violência notificados, a maioria era de violência física (451 casos, sendo que as vítimas foram 35 homens e 416 mulheres). A violência sexual (63 casos) também é maior entre pessoas do sexo feminino (61 mulheres e 2 homens). A violência psicomoral contabiliza 638 casos sendo, 592 notificações de vítimas mulheres e 46 de vítimas homens. As tentativas de suicídio também são maiores entre as mulheres que vivem em Parintins: 14 casos notificados envolvendo mulheres e 05 casos do sexo masculino.

A partir dessas informações, constatamos que a violência contra as mulheres é um grave problema de saúde pública que se expressa por meio das lesões corporais, traumas mentais, danos e mortes. Ainda que não seja sempre colocada explicitamente como fator que as levou

até este espaço, a violência afeta as mulheres e estas recorrem aos serviços de saúde, levando suas queixas (SAGOT, 2000; SCHRAIBER *ET AL*, 2005). “As causas externas são responsáveis por uma grande parcela das internações hospitalares no Brasil e [...] representam impacto mais significativo para os recursos públicos de saúde do que aquele observado pelas causas naturais” (BRASIL, 2015, p. 246). Em Parintins, a violência também envolve elevados custos sociais e econômicos.

Entretanto, uma breve análise documental do Plano Municipal de Saúde de Parintins (2014 – 2017) e do Plano Plurianual de Parintins permitiram constatar a ausência da alusão às violências e, especificamente, de violências doméstica e/ou sexual, como demandas que precisam receber intervenções em termos de enfrentamento e prevenção. Na medida em que não são situadas como problema dentro do planejamento orçamentário da saúde, as intervenções sobre as violências tendem a ser pontuais, sem profundidade e marcadas pela ocasionalidade.

Difere-se, em alguns aspectos, do Plano Municipal de Saúde de Manaus (2014 – 2017), que faz referência à necessidade de “redução das violências contra adolescentes e jovens e atendimento às vítimas de violência na saúde” mediante a “promoção da cultura de paz e prevenção das violências” (MANAUS, 2014, p. 29), colocando entre suas metas a “ampliação do número de unidades de saúde com serviço de notificação contínua da violência doméstica, sexual e outras violências, passando de 55 em 2013 para 80, até 2016” (MANAUS, 2014, p. 77). Este documento aborda a violência de gênero como um grave problema de saúde pública, dando ênfase à intervenção na violência sexual.

Independentemente de ter sido ou não pontuada nos documentos oficiais do município de Parintins, a violência é uma demanda existente e insistente no campo da saúde pública, a qual integra as rotas críticas das mulheres em situação de violência. Suas manifestações são sentidas pelos serviços de saúde do município, em seus diferentes níveis de atenção. Isto foi constatado a partir de conversa com profissional de saúde membro da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA de Parintins, conforme o trecho do relato a seguir:

Nós temos pouca coisa. Mas a partir de agora como é que a gente começou a organizar: nós temos um serviço no [Centro de Saúde Dr.] Toda. Se não for flagranteado a pessoa vai lá no Toda, ela vai procurar essa sala, lá ela vai fazer todo o procedimento, inclusive a consulta com a ginecologista. Se for flagranteado a polícia vai encaminhar, vai ligar, ou o conselho tutelar vai entrar se for menor, ou então a mulher vai apresentar o boletim de ocorrência aqui na recepção do hospital. E na mesma hora uma ginecologista é acionada e junto com a ginecologista vai ser acionado o psicólogo e também uma auxiliar de enfermagem. Se for só o exame, a ginecologista 1 já vai fazer ou a ginecologista 2, são duas ginecologistas que a gente tem. Uma fica a cada

15 dias. Se for preciso fazer o acompanhamento pós-exame lá com a equipe aí vai ser lá no Toda. Então a gente tem um serviço em dois lugares que lá faz um primeiro atendimento de notificação, atendimento com a ginecologista e tudo mais. E o exame feito aqui no Jofre Cohen. Então, no serviço de violência, a gente tá organizado só nesses dois pontos, mas todas as nossas unidades são notificadoras. Então essa notificação, se for no caso... se for violência doméstica a gente tem unidades certificadoras nas outras unidades, mas, assim, é no atendimento que vem...digamos, contou pra enfermeira, ou falou pra médica, e elas fazem uma notificação. Só que essa notificação volta para o setor de vigilância em saúde, que reúne todas as notificações do município (REPRESENTANTE GESTÃO/SEMSA, pesquisa de campo, 2017).

Na fala acima identificamos, basicamente, dois tipos de violência percebidos como demanda aos profissionais: a doméstica e a sexual. A saúde pública do município não possui um serviço específico plenamente estruturado de atendimento a mulheres em situação de violência. Em todo caso, a profissional informa que a rotina consiste em atender os casos que surgem e efetuar a notificação compulsória²⁴, que devem ser encaminhadas e armazenadas no setor de Vigilância em Saúde²⁵.

Outro aspecto a ser observado é que o Centro de Saúde Dr. Toda e o Hospital Jofre Cohen funcionam como pontos de referência para o atendimento às vítimas de violência sexual, pois é nestes locais que há ou deveria ter uma equipe técnica mínima para o atendimento a este tipo de demanda, que deveria ser composta por profissionais da área de ginecologia, psicologia, serviço social e enfermagem²⁶. Na área da saúde, há normatizações específicas para o atendimento aos casos de violência sexual²⁷. Na capital do Estado do Amazonas já existem serviços específicos para intervenção nestes tipos de violência, tais como os Serviços de Atendimento às Vítimas de Violência Sexual – SAVVIS, implantados na Unidade Moura Tapajós, localizada no Distrito Oeste de Manaus e na Unidade Comte Telles, do Distrito Leste da capital.

Nessa mesma entrevista obtivemos a informação de que as outras unidades de saúde também são notificadoras. Por serem “portas-de-entrada” para os casos de violência e pela sua

²⁴ A Lei 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.

²⁵ O núcleo de epidemiologia é responsável pela alimentação obrigatória do Sistema de Informação em Saúde do Ministério da Saúde. O Sistema Nacional de Agravos de Notificação - SINAN é um deles. Trata-se de um banco de dados onde devem constar informações sobre as diversas formas de violência e acidentes, classificadas como causas externas.

²⁶ Em Parintins, as e os profissionais que atendem os casos de violência sexual são acionadas/os para o atendimento a esta demanda, atuando em um tipo de “plantão”. A espera por atendimento e a sobrecarga por insuficiência de recursos humanos foram algumas das dificuldades percebidas e que serão apresentadas nos próximos capítulos.

²⁷ Norma Técnica “Prevenção e Tratamento dos Agravos resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes. 3. Ed. Brasília: Ministério da saúde, 2012.

proximidade com a comunidade através da Estratégia de Saúde da Família e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde, a atenção básica possui um grande potencial para atuar frente à prevenção das violências e promoção da saúde, tendo como parâmetro as relações sociais e de gênero. Sobre isto, o Ministério da Saúde afirma que as unidades de saúde e a atenção básica, em diálogo com as delegacias especiais, compõem a rede de proteção às mulheres em situação de violência e “ocupam papel importante contra todo e qualquer tipo de violência, que podem influenciar ou causar processos de adoecimento, derivando em questões de saúde pública” (BRASIL, 2016b, p. 214). As unidades básicas de saúde, em articulação com outras unidades de saúde e serviços da rede intersetorial, são estratégicas para o acolhimento, assistência e notificação, entre outras atividades de proteção, prevenção e promoção da saúde.

CAPÍTULO II

A SAÚDE PÚBLICA NA ATENÇÃO ÀS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE PARINTINS – AM

Quanto mais visível se tornar a violência que desencadeia sofrimentos e danos à saúde, mais eficaz será a ação assistencial. Mais complexo, portanto, que os diagnósticos das doenças, mas não menos possível ou necessário para intervir na saúde, principalmente em sua promoção.

(Lilia Schraiber)

2.1 A violência contra as mulheres na perspectiva de profissionais da saúde

Situada como um dos fenômenos mais complexos da sociedade, a violência é multiforme e não tem suas raízes definidas no tempo, gerando opiniões polarizadas entre os estudiosos do tema. As divergências de análise estão relacionadas à sua origem, se natural ou histórico-social, ao que pode ou não ser considerado violento e às causas de suas múltiplas expressões. Não obstante os questionamentos existentes, é consensual a inquietação teórico-prática que o tema suscita no âmbito acadêmico e profissional.

Minayo e Souza (1998) concebem a temática em uma perspectiva interdisciplinar e explicam que a não complementariedade entre os saberes no debate sobre violências pode ocasionar reducionismos, tanto em termos epistemológicos como de ação interventiva. Aspectos biopsicossociais e de pluricausalidade são apontados como intrínsecos das expressões de violência. Logo, as autoras supracitadas tecem críticas às abordagens unilaterais, seja no campo da psicologia, das ciências humanas ou sociais. Em suas análises, a violência não é natural, não deve ser associada a um instinto de agressividade, entre outras abordagens biologizantes. Mas também não deve ser explicada como resultante de questões especificamente atreladas a estruturas de dominação econômica.

Como sinaliza Rifiotis (1997, p. 134), “a violência é uma objetivação, uma espécie de significante sempre aberto para receber novos significados, e não uma invariante, um objeto natural”. Trata-se de um constructo em constante ressignificação. Por isso, entender o significado atribuído à violência nas diferentes regiões e contextos exige que o/a pesquisador/a dê voz aos sujeitos e segmentos sociais diversos.

Neste tópico, buscaremos apreender o significado da violência e, em especial, da violência contra as mulheres para os profissionais de saúde que atuam nas instituições de saúde pública de Parintins, município localizado na região do baixo Amazonas. Para sabermos em que aspecto a violência é um problema de saúde pública, fez-se necessário efetuarmos análise das representações de violência por parte de profissionais que realizam intervenções neste campo socio-ocupacional.

Para tanto, foram entrevistadas treze profissionais de saúde que estão vinculadas à saúde pública do município de Parintins, sendo quatro assistentes sociais, quatro enfermeiras, três médicas e duas psicólogas²⁸. Buscamos tecer o diálogo com profissionais de dois níveis de atenção existentes no município: básica e de média complexidade. Por isso, elegemos três unidades básicas de saúde (Mãe Palmira, Dr. Toda e Aldrin Verçosa) e um hospital (Jofre Cohen)²⁹. No intuito de manter o sigilo da identidade dos sujeitos entrevistados utilizaremos os seguintes códigos: P (1,2), M (1,2,3), A (1,2,3,4), E (1,2,3,4), sendo que as letras correspondem às iniciais de cada categoria profissional e os números estão relacionados às sequências das entrevistas.

Seguindo a orientação metodológica da análise de conteúdo temática, proposta por Bardin (2011), procuramos captar os núcleos de sentido presentes nas representações sociais sobre a violência. Entendemos as representações sociais em conformidade com a definição de Cavalcanti, Gomes e Minayo (2006, p. 32), “[...] como sistemas de interpretação que regem a relação dos sujeitos com o mundo e com os outros, podendo ser produtos tanto de ideias socialmente reproduzidas quanto de modificações ocorridas por intervenções históricas e sociais”. Segundo estes autores, as representações sociais não precisamente refletem o real em sua totalidade, mas sim integram aspectos subjetivos construídos dentro de um contexto sociocultural. Nessa perspectiva, compreender o que os/as profissionais entendem por violência contra mulheres, violência doméstica e sexual pode contribuir para a construção de estratégias interventivas na área da saúde, visto que suas percepções e saberes influenciam a forma de organização da prática na área da saúde.

Com base nesta orientação metodológica, realizamos a análise da frequência de termos e temas do conteúdo das falas. Também atentamos para a presença ou ausência de elementos no

²⁸ As profissionais entrevistadas foram escolhidas com base na amostragem aleatória. Não houve critérios relativos a sexo/gênero, raça/cor/etnia ou idade. A seleção foi feita buscando abranger os diferentes níveis de complexidade da área da saúde e categorias profissionais, dando-se preferência aos cargos de nível superior: assistentes sociais, médicos, enfermeiras e psicólogas (equipe interdisciplinar sugerida pela Norma Técnica sobre prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes (BRASIL, 2012).

²⁹ Ver Anexo 3 – Fotos do campo de pesquisa. Unidades de Saúde. Parintins-AM.

conjunto da comunicação (BARDIN, 2011). A pretensão foi de obter uma análise quantiquantitativa das mensagens. Seguindo tal entendimento, identificamos dois núcleos de sentido para a representação sobre violência contra a mulher: como ruptura de integridades não apenas física, logo, *multiforme*; e como marcadora de *assimetrias*.

A representação da violência enquanto detentora de muitas formas para além da física pode ser evidenciada nas seguintes falas:

Tabela 1 - Representações sobre violência contra a mulher: a violência em sentido multiforme

Profissional	Discursos
Psicóloga (P1)	É quando você não tem aquele respeito porque você pode agredi-la tanto <i>verbalmente</i> , que isso vai afetar seu <i>psicológico</i> , <i>seu emocional</i> , <i>como fisicamente</i> , que é o que todo mundo vê. Aí sim as pessoas vão achar que é violência porque tá machucada. Não. Muitas vezes a violência fica ali, aquela ferida que tá por dentro. E só a mulher, depois de muito tempo, coloca pra fora. (P1, entrevista, 2017).
Assistente social (A2)	Violência contra a mulher é como eu te falei. Eu não tenho muita experiência com relação à violência física né. Eu tenho mais a sexual. Acho que a violência é a partir do momento que você levanta o tom de voz, <i>não precisa ser aquela física</i> . Xingou, <i>aumentou o tom de voz</i> pra mim já é uma violência. E nós mulheres, até mesmo homens que passam por esse constrangimento, não se atentam que é uma violência, que tem que ter denúncia né. Pra mim é isso. (A2, entrevista, 2017).
Médica (M2)	Então, a violência contra a mulher é um tema <i>muito amplo</i> porque, na verdade, todo tipo de violência, como eu já falei acima, ou <i>física ou psicológica</i> porque as vezes a violência psicológica ela existe muito mais do que a física. Qualquer violência contra o sexo feminino é que é cometido na maioria das vezes pelo sexo masculino. Muita das vezes, mas <i>existe em todo gênero</i> né. (M2, entrevista, 2017).
Enfermeira (E1)	Qualquer tipo de agressão <i>física ou psicológica</i> que vá atingir aquela pessoa. (E1, entrevista, 2017).
Enfermeira (E2)	São os abusos causados contra a mulher? acho que são os <i>abusos, os maus-tratos</i> , as violências. (E2, entrevista, 2017).
Enfermeira (E3)	Contra a mulher pra mim a violência é tanto na <i>sexual, como física, como verbal</i> porque <i>tem muitas</i> que a gente conhece, mas elas nunca denunciam né. Tem muitas ali pela área que eu conheço. Porque eu já conhecia há algum tempo mesmo, mas elas não denunciam não. Na verdade, elas se acomodam ao que elas vivem. As vezes não é nem gostar é acomodar mesmo àquela situação. (E3, entrevista, 2017).

De um total de 13 entrevistadas, 06 profissionais definiram a violência como um ato ou agressão que afeta a mulher em sua integridade corporal ou mental, sendo que os tipos de violência mais assinalados foram: física, psicológica e verbal. Neste conjunto de falas, foi dado maior destaque aos efeitos e aspectos sintomáticos da violência, sem, contudo, abordar uma

definição mais aprofundada sobre a problemática. A simples menção a algumas tipologias revela não apenas uma dificuldade em caracterizar um fenômeno que possui várias manifestações e sentidos, tal como nos informa Freitas (2006) ao se referir à violência como um fenômeno ambivalente, mas também expõe as classificações construídas para referenciar as ações nos âmbitos normativos e institucionais.

A Lei 11.340/2006, “Lei Maria da Penha”, assinala basicamente 05 tipos de violência contra a mulher: a violência física, entendida como qualquer ação que afete a saúde corporal; a violência psicológica, definida como qualquer dano emocional ou perturbação que dificulte o pleno desenvolvimento da mulher, que lhe inferiorize, diminua sua auto-estima ou cause desconforto, tais como humilhações, perseguições, exploração e insultos ou qualquer outra conduta que resulte em dano psicológico ou limite seu poder de decisão; a violência sexual é caracterizada pelo constrangimento, intimidação, ameaça, coação ou uso da força que leve a mulher a ter relações sexuais não desejadas por ela, que lhe induza ao uso ou comercialização de sua sexualidade, ou ainda que restrinja o uso de métodos contraceptivos, que lhe obrigue a casar, ter filhos ou prostitui-se, tolhendo seus direitos sexuais e reprodutivos; a violência patrimonial, evidenciada por meio do dano, contenção, subtração de seus bens, objetos, recursos financeiros, documentos, meios de trabalho ou qualquer outro valor relativo à suas necessidades; e a violência moral, especificada como calúnia, injúria e difamação. Trata-se de tipificações que consideram a violência para além de sua forma física, isto é, das lesões manifestas no corpo.

Nas falas das profissionais de saúde é possível percebemos essa sinalização. Isto é importante visto que os impactos emocionais e psicológicos referidos, embora nem sempre sejam de fácil averiguação, podem ser até mais devastadores para a saúde da mulher. Essas formas de violência, contudo, nem sempre surgem isoladas, o que deve ser levado em consideração quando se aborda a problemática.

No âmbito das políticas de saúde, essas conceituações têm servido de parâmetro para a atuação profissional. O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), elaborado por Krug *et al* (2002), compreende a violência como um grave problema de saúde pública sobre o qual é necessário refletir, dimensionar impactos e ser tomado enquanto prioridade pelo setor público de saúde, sobretudo no que tange à prevenção. Neste documento constam classificações reunidas sob a seguinte definição de violência:

o uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha

grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al*, 2002, p. 05).

Este conceito ressalta a intencionalidade que permeia as violências. Distancia-se, portanto, de uma concepção que naturaliza a violência como instinto incontrolável e sugere pensar sua dimensão humana e histórica. Ao mesmo tempo, busca se distanciar da ideia de violência como expressão apenas física, lesiva ou mortal, destacando a existência de relações de poder, omissões, abusos, privações e opressões psicossociais. Embora haja a preocupação de algumas das entrevistadas em afirmar esta mesma ideia de que a violência não precisa ser física para ser considerada como tal, no conteúdo de suas representações não há menção às relações de poder ou a uma possível especificidade da violência contra as mulheres. A violência foi situada como algo que não atinge somente mulheres, como podemos ver na fala das profissionais A2 e M2, apresentadas anteriormente. De fato, a violência não incide unicamente sobre mulheres, porém existem formas de violência que as afetam de modo peculiar por envolver assimetrias ou desigualdades relacionadas à construção sociocultural da representação sobre o ser mulher. A existência de assimetrias foi um dos aspectos da violência contra a mulher apontados em algumas falas das outras 06 profissionais de saúde, como pode ser observado a seguir:

Tabela 2 – Representações das profissionais de saúde: a violência contra a mulher como reveladora de assimetrias

Profissional	Discursos
Psicóloga (P2)	A violência contra a mulher é muito abrangente. A violência contra a mulher se inicia, como eu falo sempre, com a mãe, com a nossa mãe. Quando ela diz assim...tá ligado ao machismo, pra mim tá ligado ao <i>machismo</i> ...os <i>preconceitos</i> e tudo mais. Então, quando a nossa mãe tá nos criando, cria um homem e uma mulher. Para o homem ela dá um carro de presente, pra mulher ela dá uma boneca. O que que é isso? A boneca é cuidar de filhos, o carro representa a rua, passeio, ser livre. Aqui começa os <i>preconceitos contra a mulher</i> , a violência contra a mulher. E quem ensina esse machismo na infância? Mãe e pai. [...]. A violência contra a mulher no trabalho. A <i>discriminação</i> do chefe, das abordagens que faz. Ela tem todo o direito de ir para o trabalho com uma saia curta, mas aí ouve piadinhas. Aí já é uma agressividade verbal, até mesmo no olhar. [...]. Então, no trabalho, o salário menor, horário de trabalho maior, obrigações maiores, responsabilidades maiores. E é violência contra a mulher quando ela se torna... “agora você vai trabalhar pra criar os seus filhos”. Você não tem mais o direito de sair, de passear, de viajar, aí inventaram uma tal de guarda compartilhada pra ver se essa mulher tem algum direito. [...]Eu ainda não cheguei na agressão física quando a pessoa invade teu corpo. [...] Quando a pessoa entra nesse meu espaço já é considerado uma violência. [...] Chega lá na delegacia, se ela tiver com uma calça apertadinha: ela se insinuou. (P2, entrevista, 2017).
Assistente Social (A1)	Violência contra a mulher são vários tipos de situação. Começando a partir da violência tanto doméstica, <i>agressão física</i> quanto um <i>preconceito</i> contra a mulher, agredir, ou <i>verbalmente</i> também devido alguma situação relacionada ao <i>gênero feminino</i> . Pra mim é isso. Pode ser tanto físico, pode ser psicológico, pode ser verbal, que atinja as pessoas, que

	seja direcionado ao sexo feminino. Não é só: ah foi contra aquela mulher específica, que atinge a mulher <i>nesse sentido de gênero</i> . (A1, entrevista, 2017).
Assistente social (A3)	A violência contra a mulher é... acho que a mulher por ser mais <i>frágil</i> e ter lutado pelos seus direitos pra conquistar o que foi conquistado até hoje, desde o século XVIII, XIX que a mulher vem lutando que eu acho que a gente não precisaria fazer toda essa luta, revolução pra ser considerada, ser respeitada, ser valorizada, pra mim isso já é uma violência. Você ter que provar, <i>brigar por igualdade</i> . Sempre que você luta por uma igualdade você tá sofrendo violência, <i>não só de forma física, psicológica</i> , você tá sendo <i>negligenciada</i> de várias formas. Então, pra mim se você tá lutando por algo que você precisa mostrar que é igualdade você já tá sofrendo violência. (A3, entrevista, 2017).
Enfermeira (E4)	Acho que a mesma coisa também, qualquer palavra, qualquer ato, seja <i>físico ou psicológico</i> , seja gesto ou palavras que possa fazer com que essa mulher <i>se sinta inferior</i> . Às vezes até um <i>salário mais baixo por ser mulher</i> , pra mim isso um tipo de violência também, qualquer coisa que rebaixe a mulher pra mim isso é um tipo de violência, que deixe a mulher em cargos menores por ser mulher, então pra mim isso é uma violência também. (E4, entrevista, 2017).
Médica (M1)	Eu acho que a violência contra a mulher é porque a mulher é sempre aquela na sociedade que tem um <i>salário um pouco menor</i> , ela tem uma diferença. Então existe muito essa <i>diferença entre homens e mulheres</i> . Então, pra mim, a violência contra a mulher é toda essa <i>discriminação</i> , que hoje, na verdade, a mulher já conseguiu muitas coisas né, do que antes a mulher não podia trabalhar. (M1, entrevista, 2017).
Médica (M3)	A violência contra a mulher só vai ter diferença que é uma mulher que tá sendo violentada, mas é o mesmo em termo <i>físico e psicológico</i> , o conceito é o mesmo, o que a gente observa é que <i>culturalmente</i> nós temos uma coisa da <i>fragilidade da mulher, fisicamente existe, organicamente uma fragilidade da maioria das mulheres em relação aos homens</i> . Então, se eu quiser imobilizar você, fisicamente nós somos praticamente do mesmo tamanho, então a gente vai tá equilibrada em termos de uma coisa física, agora se for um homem geralmente eles são maiores do que a gente, pelo menos aqui na nossa região. Então, a dificuldade é maior, então a violência física quase sempre o homem leva vantagem a menos que a mulher se arme, tenha alguma arma pra usar, mas a violência psicológica, ela é pra mim mais uma coisa cultural mesmo, passa pela educação, pelos <i>costumes regionais</i> ou a gente vê que tem hábitos em determinados lugares do mundo ou até do Brasil, regiões, que pra uma outra população aquilo é uma violência, e pra aquela população que já tá habituada e que foram criados daquele jeito é um hábito. Mas que pra outro povo é uma violência aquela atitude. Então aspecto tem que ser visto. O que é pra gente pode não ser pra outros. Outros povos digamos assim. (M3, entrevista, 2017).

Nos discursos destas profissionais de saúde, a violência também foi caracterizada como algo abrangente e que possui muitas formas, sendo frequentemente mencionados seus impactos sobre a dimensão física ou psicológica. Contudo, diferentemente das representações anteriormente apresentadas, nestas falas, as profissionais sugerem a existência de assimetrias que seriam expressão ou resultariam em violências que as mulheres sofrem. Dentro do núcleo de sentido “assimetrias”, identificamos as palavras preconceito, discriminação, machismo, gênero, diferença e frágil/fragilidade.

As profissionais P (2), A (1), E (4) e M (1) falam de preconceito e/ou discriminação contra a mulher. Observa-se, a partir destes discursos que, de modo geral, o preconceito seria um tipo de violência que desencadeia outras violências, as quais afetam de modo peculiar a mulher pelo

simples fato de ser mulher. Nesta perspectiva, a discriminação revela a existência de uma diferença em relação aos homens e que se dá a partir de um processo de inferiorização do feminino.

Azerêdo (2007) tece análises sobre o preconceito contra a mulher considerando este como a fonte de diversas violências específicas expressas em números e no corpo, a exemplo dos “[...] estupros, assassinatos, abusos, espancamentos, insultos, ameaças, bem como o desrespeito gritante aos direitos sexuais e reprodutivos, tais como mortes e injúrias pela prática clandestina do aborto, e a mortalidade materna [...]” (AZERÊDO, 2007, p. 14). Tomando o preconceito como um conceito elaborado sem prévio conhecimento dos fatos, a autora apoia-se na filosofia para entender como ele é constituído em nossa sociedade e nos explica que a linguagem e o sentido atribuído às palavras conformam a nossa subjetividade.

Um aspecto característico do preconceito são os discursos firmados a respeito do corpo e do ser homem e do ser mulher, os quais, entremeados por estereótipos apropriados como verdade natural, são capazes de afetar o indivíduo e produzir-lhe dor. De acordo com a autora citada, as representações de mulher em nossa sociedade são repletas de preconceitos construídos em um contexto de desigualdades. É no âmbito das relações de poder que o preconceito se reproduz assumindo uma materialidade simbólica com aparência fixa e inquestionável, logo, naturalizada. A autora referida aponta a dicotomia mulher santa/virgem e a outra/puta como arquétipo dos discursos criados sobre o feminino, discursos que funcionam como parâmetros do comportamento ideal e da mulher de “verdade”, isto é, buscam impor uma identidade subjetiva homogênea dos sexos. A autora, no entanto, faz a seguinte ressalva:

Podemos dizer que o significado de mulher tem se mantido estável através dos tempos, continuando a pertencer – pelo menos metade – ao mundo dos homens, incorporando os valores do “modelo fático”, [...] sem que as mulheres o povoem com sua própria intenção, com seu próprio sotaque. Porém, o sentido do que é (ser) mulher pode mudar, dependendo do contexto. (AZERÊDO, 2007, p. 30).

Esta citação da autora reafirma o fato de que a constituição das representações sobre a mulher tem se apoiado na discursividade masculina sobre o corpo feminino, sendo que tal discurso não representa somente a visão dos homens a respeito das mulheres, mas, como afirma Chauí (1985), se funda no silenciamento destas. As instituições, a sociedade e suas relações foram firmadas dando primazia ao olhar masculino e invisibilizando as ações das mulheres. Todavia, a luta feminista iniciou um processo de desconstrução dos ditames impostos às mulheres. Este processo tem se caracterizado por rupturas e continuidades. De acordo com

Bourdieu (2006), as estruturas de dominação androcêntrica têm sofrido alterações. Ao passo que as instituições sociais as reproduzem, estas também são veículos de instauração da mudança nas relações entre os sexos. Trata-se de uma contradição constatada, por exemplo, em um dos mais relevantes mecanismos institucionais, a escola, como aponta o autor:

De todos os fatores de mudança, os mais importantes são os que estão relacionados com a transformação decisiva da função da instituição escolar na reprodução da diferença entre os gêneros, tais como o aumento do acesso das mulheres à instrução e, correlativamente, à independência econômica e à transformação das estruturas familiares [...]. (BOURDIEU, 2006, p. 107).

As permanências e mudanças, situadas por Bourdieu (2006), condizem com o quadro revelado na Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios (PNAD), realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), divulgada em 2017. Segundo este estudo, apesar da elevação do nível educacional entre as mulheres, com índices superiores aos dos homens, a desigualdade de renda e de inserção no mercado de trabalho ainda é largamente desfavorável às mulheres (BRASIL, 2017a). Tal dado vem ao encontro das falas das profissionais P2, E4 e M1 quando mencionam que a discriminação contra a mulher se manifesta na questão salarial e no trabalho. Isto mostra que outros elementos de desigualdade persistem não obstante os avanços da histórica luta por direitos mediatizada pelos movimentos de mulheres e feministas.

A fala de A3 elucida que a necessidade de “brigar por igualdade” já é, em si, uma forma de violência, pois evidencia a existência de desrespeito, desvalorização e negligência. Aqui a noção de violência ganha uma amplitude em comparação às representações das demais profissionais. Em contrapartida, deixa explícita a ideia de que a igualdade é buscada por haver uma diferença, e nesta a mulher foi descrita como “mais frágil”.

No discurso da profissional M2, o termo fragilidade também está presente como marcador da assimetria entre homem e mulher. Quando afirma que “a violência contra a mulher só vai ter diferença que é uma mulher que tá sendo violentada, mas é o mesmo em termo *físico e psicológico*, o conceito é o mesmo”. Depreende-se que, em sua concepção, a única diferença entre a violência sofrida por homens e mulheres está inscrita no aspecto biológico, focando-se no trauma e sofrimento corporal.

Ao mesmo tempo, sugere haver “*culturalmente...físicamente e organicamente uma fragilidade da maioria das mulheres em relação aos homens*”. A ênfase na diferença entre homens e mulheres concentra-se no organismo físico-biológico, o que é ilustrado pelo seguinte exemplo: “Então, se eu quiser imobilizar você, fisicamente nós somos praticamente do mesmo

tamanho, [...] então a violência física quase sempre o homem leva vantagem a menos que a mulher se arme, tenha alguma arma pra usar” (M2, entrevista, 2017). A violência contra a mulher foi caracterizada pela força física inferior aos homens, fazendo-se pouca ou nenhuma referência às desigualdades socialmente construídas.

Em relação às concepções que encontram base de sustentação na diferença física para explicar o preconceito e, assim também, a violência contra a mulher, Azerêdo (2007) é assertiva em criticar a busca de uma justificção do problema em uma suposta essência da mulher. Para ela, a busca de origem do preconceito, seja na questão física ou quanto a mentalidade, contribui para adensá-lo. A genealogia de Nietzsche, utilizada por Foucault³⁰, é a base utilizada pela autora para se opor às percepções sobre a origem do preconceito que se centralizam na mulher, tais como as dualidades mente/corpo, razão/sensibilidade e força/fraqueza, que se disseminaram ao longo das épocas. Nas análises de Grosz (2000), trata-se de representações que prendem as mulheres em uma lógica de inferiorização tendo em vista seu controle e subordinação. Em suas palavras,

O pensamento misógino frequentemente encontrou uma auto-justificativa conveniente para a posição social secundária das mulheres ao contê-las no interior de corpos que são representados, e até construídos, como frágeis, imperfeitos, desregrados, não confiáveis, sujeitos a várias intrusões que estão dentro e fora do controle consciente. A sexualidade feminina e os poderes de reprodução das mulheres são as características (culturais) definidoras das mulheres e, ao mesmo tempo, essas mesmas funções tornam a mulher vulnerável, necessitando de proteção ou tratamento especial, conforme foi variadamente prescrito pelo patriarcado. A oposição macho/fêmea tem sido intimamente aliada à oposição mente/corpo. (GROSZ, 2000, p. 67).

Tais formas de pensar o feminino, alicerçadas em uma “natureza”, contribuem para normalizar, inclusive, situações de violência. Sugerir que a mulher sofre violência porque possui sua estrutura corporal mais vulnerável torna invisível as relações de poder histórica e culturalmente determinadas que permeiam a constituição de violências, tais como as desigualdades, o preconceito, as estruturas androcêntricas ou o patriarcado.

De todas as falas, em apenas uma foi identificada a palavra machismo e em outra o termo gênero como marcador de assimetrias, especificamente nas respostas de P2 e A1. Na perspectiva da psicóloga entrevistada, o machismo e o preconceito têm seu início no âmbito familiar, com a educação propiciada pelos pais, mas sobretudo pela mãe. Posteriormente, eles seriam reproduzidos em outras instâncias como, nos exemplos mencionados, o trabalho, a

³⁰ A referência que subsidia o pensamento da autora pode ser encontrada em: FOUCAULT, Michel. “Nietzsche, la généalogie, la histoire”. In: DEFERT, Daniel; EWALD, François e LAGRANGE, Jacques (Eds). *Dits et écrits I, 1954-1975*. Paris: Quarto Gallimard, 2001, p.1004-1024.

escola e a delegacia de polícia. De acordo com Torres (2002), a educação tem importante papel no processo de formação da identidade subjetiva e das representações sociais. Trata-se de um significativo instrumento ideológico que influi na vida social, disseminando valores e reproduzindo, inclusive, preconceitos e assimetrias das relações de poder. Desse modo, é a partir das interações entre os indivíduos que se estabelecem os modos de ser, pensar e agir em sociedade. A família e as demais instituições sociais são responsáveis pelos processos de socialização que reproduzem, inclusive, o preconceito contra a mulher que, para a psicóloga (P2), está ligado ao machismo.

A assistente social (A1) fez uso do termo gênero para dizer que os diferentes tipos de violência não afetam uma “mulher específica”, mas um coletivo de mulheres por razões que não foram pontuadas em sua fala. Embora o discurso da profissional não demonstre um entendimento aprofundado sobre as relações de gênero, sugere que a violência não deve ser compreendida como um caso isolado do contexto em que as mulheres se encontram inseridas. Além do mais, evidencia que a terminologia gênero vem ganhando visibilidade na sociedade.

Machado (1998) explica que, através do conceito de gênero, a compreensão do “ser homem” e “ser mulher” ganha um significado diferente do que tem sido repassado pela tradição: os atributos associados às mulheres e aos homens não são inatos, mas sim construídos no âmbito sociocultural. O termo evoca um processo de desconstrução tanto das bases científicas quanto simbólicas ou sociais. Dos paradigmas postos em questão, podemos assinalar os que são pautados no determinismo biológico, isto é, que generalizam ou reduzem as diversas formas de subordinação à anatomia humana, por exemplo: mulheres com sujeição oriunda da reprodução e superioridade de homens em decorrência de sua força física, tal como vimos na fala de uma das profissionais entrevistadas.

Ao passo que “[...] vem perturbar as certezas da ciência sobre sexo e sexualidade” (AZERÊDO, 2007, p. 87), a perspectiva das relações de gênero põe em cheque os discursos essencialistas e confronta a concepção de que as mulheres precisam ter sua identidade subjetiva ou corporal idêntica aos homens para alcançarem a igualdade. Rompe-se, então, com o dilema diferença *versus* igualdade. Uma não exclui a outra. Para Azerêdo (2007), reafirmar a diferença é a trilha para a igualdade de direitos, pois questiona o padrão de masculinidade, desconstrói a ideia de essência feminina homogênea, dando luz à multiplicidade dos seres humanos e, inclusive, à heterogeneidade existente entre as mulheres. Quando se fala de identidades diversas, fala-se em termos de subjetividade, sexualidade, corporeidade, de aspectos regionais, culturais, geracionais, étnico-raciais e de classe social. Trata-se de elementos que não podem ser desconsiderados na discussão sobre as violências. É como nos diz Grossi (1994, p. 483):

Considero, no entanto, que, para ampliar a luta contra a violência que sofrem as mulheres, é necessário ter em mente que não se pode continuar denunciando a violência no singular, como se todas as formas de agressão fossem percebidas e vivenciadas da mesma forma por todas as mulheres brasileiras.

Essa compreensão nos levou a questionar às profissionais de saúde sobre suas percepções a respeito da violência vivenciada por homens e por mulheres, considerando, entre outros aspectos, o recorte étnico-racial. A maioria das entrevistadas respondeu que não há diferença quando se trata da violência, como pode ser visto nas seguintes falas:

Tabela 3 – Representações das profissionais de saúde sobre a diferença: inexistência quanto à violência

Profissional	Discursos
Enfermeira (E2)	Acho que não tem diferença não. Acho que tudo é igual (E2, entrevista, 2017).
Médica (M2)	Acho que não tem muita diferença não, a violência feminina é independente de raça (M2, entrevista, 2017).
Assistente social (A1)	Não. Nunca fiz essa avaliação. É complicado. Branca, negra ou indígena não tem tanto essa diferenciação (A1, entrevista, 2017).
Assistente social (A3)	Acho que não. Você sofreu violência, é mulher. Não importa a cor, a religião, pra mim não tem diferença. Talvez tenha na área indígena cultural porque a cultura deles é totalmente diferente da nossa. Mas de cor de pele não importa a cor de pele. Você é mulher, se você sofreu violência é igual (A3, entrevista, 2017).
Assistente social (A4)	Então, essa parte de diferenciação de mulheres brancas, negras, indígenas ainda não tá tão assim evidente na questão da violência. No geral, aqui no lugar onde eu atuo, a violência é a mesma, não existem pesquisas que dizem que branco sofre mais ou o negro ou o indígena (A4, entrevista, 2017).

Nessas falas, a violência é pontuada como algo que afeta as mulheres indistintamente. Esta forma de pensar a violência encontra seu sentido quando a tomamos como um fenômeno transnacional e transcultural das relações humanas (MINAYO, 2005), ou seja, que não possui fronteiras de expressão, atingindo um número elevado de vidas em diferentes locais e culturas. Todos os indivíduos podem, em algum momento, sofrer com uma ou outra de suas múltiplas manifestações.

Por outro lado, as representações acionadas por essas profissionais não levam em consideração que, além da diferença de gênero, há um contexto de desigualdade que permeia outras dimensões estruturantes consubstanciais das relações sociais: classe e raça/etnia. Não por acaso, estudos atuais como o do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA),

divulgado em 2017, tem revelado que, em 20 anos, não obstante os avanços quanto à educação e renda no país, ainda persistem largas diferenças entre homens e mulheres, assim como entre negras (os) e brancas (os), com peso maior de desigualdade entre as mulheres negras (BRASIL, 2017).

Os dados da referida pesquisa apontam que o nível educacional das mulheres se elevou tanto que se pode até falar em reversão ou vantagem em comparação aos homens. Entre as mulheres negras também houve avanços, todavia estes continuam proporcionalmente inferiores quando comparados aos das mulheres brancas. Enquanto apenas 4,9% das mulheres brancas, com idade acima de 15 anos, eram analfabetas em 2015, entre as mulheres negras o índice de analfabetismo estava em 10,2%, isto é, o dobro.

As melhorias no campo educacional não têm sido acompanhadas de progressos no mercado de trabalho, “onde a maior parte dos indicadores mostra uma hierarquia estanque, na qual o topo é ocupado pelos homens brancos e a base pelas mulheres negras” (BRASIL, 2017, p. 02). As mulheres, principalmente pobres e negras, compõem o segmento que mais vivencia a informalidade no trabalho e a baixa renda.

Em publicação anterior, referente aos dados de 2003, o IPEA já retratava os dados de desigualdades de gênero e raça, evidenciando, entre outras informações, que a população negra é maior nas regiões norte (73%) e nordeste (71%) do Brasil. A análise da formação social, econômica e política da Amazônia brasileira é, portanto, elementar para compreendermos as atuais condições de vida dos povos amazônicos.

No entanto, percebe-se que a reflexão sobre a diferença e, especificamente, sobre a relação entre a violência e a questão étnico-racial em nossa região não havia sido feita em outro momento pelas profissionais, como podemos ver mais claramente nas falas das assistentes sociais (A1 e A4). Este dado sinaliza a necessidade de expansão das informações estatísticas, da produção científica e de discussões sobre a temática. A escassez ou ausência de reflexão/conhecimento sobre as relações sociais de raça/etnia entre profissionais que atuam no campo das políticas sociais públicas do interior do Amazonas representa um paradoxo, sobretudo por se tratar de uma região predominantemente formada por negros, tal como o é o norte brasileiro³¹.

Em crítica semelhante, Grossi (1994, p. 481) explica que os movimentos de mulheres negras denunciam com frequência a “invisibilidade dos dados estatísticos que muitas vezes não contemplam a discriminação de cor e, quando o fazem, usam critérios variados e pouco

³¹ Nas classificações do IBGE, considera-se parte do segmento negro tanto pessoas pardas quanto pretas.

confiáveis, ora se valendo da auto-identificação da cor, ora da identificação da cor pelos próprios pesquisadores”. A autora lembra ainda a invisibilidade da produção militante e acadêmica entre as mulheres indígenas. Este problema também é existente em Parintins.

Pesquisas, como a de Teixeira (2013) e Barroso (2011), alertam para a subnotificação de dados de raça/etnia nas notificações de violência contra as mulheres neste município. E, especificamente, sobre as mulheres indígenas, a subnotificação é ainda mais elevada, dificultando o mapeamento de suas necessidades sociais bem como a proposição de políticas públicas. Barroso (2011, p. 55) aponta a existência de uma “quase ausência de estudos de gênero voltados para contextos indígenas [...]”, sendo, portanto, um desafio ainda atual realizar a expansão das pesquisas. As representações das profissionais entrevistadas, quanto à relação violência e diferença, demonstram a necessidade de aprofundamento desta reflexão, como podemos ver nos seguintes discursos:

Tabela 4 - Representações das profissionais sobre a diferença: a violência subsumida na cultura indígena

Profissional	Discursos
Enfermeira (E3)	Bom, as indígenas, violência, violência assim, quando eu trabalhei na área não era violência. A partir do momento que a menina menstruou ali pra eles ela já é mulher não importa a idade, é cultura deles (E3, entrevista, 2017).
Médica (M1)	O indígena é... não sei como te explicaria assim. A cultura deles é bem diferente da nossa. A cultura deles é uma cultura à parte. Eu não vejo tanto como violência porque aquilo é meio que cultural, o que acontece com eles é cultural. O indígena ele tem uma coisa meio que à parte. O negro aqui no Amazonas é bem pouco né. Então, a gente tem poucos negros na Amazônia, até por toda a nossa história (M1, entrevista, 2017).
Médica (M3)	O que eu percebo é que aqui o que vai interferir é a parte educacional e cultural porque as mulheres indígenas são muito mais fortes [...] A parte de vida sexual, eu percebo o início de vida sexual delas cedo. [...] É uma sociedade muito matriarcal. Eu percebo isso, não sei se muda muito de uma etnia pra outra. Mas o que a gente tem por aqui, elas são muito dominantes, as mulheres (M3, entrevista, 2017).
Psicóloga (P1)	Da questão da indígena pra eles é uma cultura né. Não há uma violência. O indígena entende: a menina fez doze anos agora todo o sexo masculino pode manter relações com ela. É cultura. Mesmo que a menina se sinta violada. Faz parte da cultura indígena (P1, entrevista, 2017).

Percebemos que, nas representações acima, as profissionais deram ênfase ao recorte da cultura indígena. As falas evidenciam que não se sabe ao certo o que é e o que não é violência neste contexto étnico. Por isso, elencamos as representações sob o título “violência subsumida na cultura indígena”. A violência exposta como referência pelas profissionais, para demarcar

que se trata de algo cultural, foi a violência sexual. As profissionais explicam que, entre os indígenas, a menstruação já é um sinal da passagem da infância para a fase adulta, o que já possibilita relações sexuais, inclusive sem o consentimento da mulher (como vemos na representação de E3 e P1). De fato, no contexto indígena, a maioria não é definida conforme critérios de idade, mas sim a partir de aspectos culturais. Contudo, isto não significa que a prática sexual forçada, indesejada ou incestuosa seja parte das relações culturais indígenas, nem impede que ela seja sentida como violência entre este segmento.

Em pesquisa sobre as rotas críticas das mulheres Sateré-Mawé no enfrentamento da violência doméstica em Molongotuba, comunidade próxima ao município de Barreirinha-AM, Barroso (2011) verificou que, embora os índios não utilizem as terminologias do ordenamento jurídico brasileiro quanto à demarcação de crimes, existem atos que não são aceitos entre a comunidade indígena. Para eles, a violência é definida pelo sofrimento e incômodo que causa. Assim, em contraposição às representações das profissionais de que “é cultural”, inclusive situações de violência,

“[...] entre os sateré-mawé a violência contra a mulher não é algo considerado natural. Ou seja, apresentou-se como um diferencial no estudo a ausência, por parte das mulheres e dos homens que tivemos oportunidade de dialogar e conviver durante a pesquisa de campo, de uma justificativa cultural para a prática de agressões contra as mulheres. (BARROSO, 2011, p. 74).

O estupro e o assassinato, por exemplo, são considerados crimes imperdoáveis. Já o incesto, entendido como a prática sexual/matrimonial envolvendo pessoas com vínculos consanguíneos, também não é normalizada entre os povos Sateré-Mawé, embora em outros povos possa ser aceita. “Para os índios sateré-mawé são parentes todos aqueles que pertencem à sua mesma etnia. Neste caso, ser considerado parente, não é impeditivo sexual. O impeditivo para os sateré-mawé, se limita à prática sexual entre pais e filhos e, entre irmãos [...]” (BARROSO, 2011, p. 77). Esta concepção, do que é ou não violência, varia em termos culturais, sendo necessário, então, conhecer determinado contexto para construir proposições de enfrentamento do problema.

O desconhecimento da cultura e da realidade vivenciada pelos povos indígenas dificulta a intervenção sobre as violências. O que pode ser sentido como violência pelas mulheres indígenas acaba sendo subsumida e camuflada pela ideia de que é “cultura”, não sendo (re)conhecida entre os profissionais. De acordo com Barroso (2011), a luta contra a violência é uma das demandas das mulheres indígenas, entendida como direito coletivo. A autora faz a

seguinte análise e proposta: “[...] a violência contra as mulheres no contexto indígena tem se configurado como um fenômeno invisível, acreditamos que a abordagem do reconhecimento pode possibilitar uma reflexão crítica, multicultural e re-significada deste fenômeno” (BARROSO, 2011, p. 59). Portanto, não se questiona a importância dos valores culturais e específicos de cada etnia, mas, sendo a violência uma demanda que afeta a saúde das mulheres indígenas, urge a necessidade de reconhecer e pensar, junto com elas, estratégias de desmistificação e enfrentamento do problema, como também sua prevenção.

Outras profissionais de saúde entrevistadas para este estudo afirmam que a violência não afeta de modo igual todos os indivíduos da sociedade e a diferença é perpassada por desigualdades sofridas por determinados segmentos em proporções distintas. Nas falas seguintes, a violência do preconceito é apresentada como a mais frequente quando se aborda as diferenças étnico-raciais.

Tabela 5 – Representações das profissionais sobre a diferença: existe na violência do preconceito

Profissional	Discursos
Assistente social (A2)	O que eu te falei que me chamou a atenção foi com relação à área indígena mesmo [abuso sexual contra criança de 08 anos cometido pelo avô em tribo indígena]. Mas com relação a branco, negro, pelo menos eu percebo que não, mas há quem diga com certeza que sim. Porque sempre tem, quer queira ou não, aquele preconceito (A2, entrevista, 2017).
Enfermeira (E4)	Eu acho que entre mulheres de raça é mais a violência do preconceito que existe ainda, infelizmente. As mulheres negras e acho que as mulheres indígenas sofrem mais preconceito em relação à raça, mas eu acho que em relação à violência física eu acho que são iguais (E4, entrevista, 2017).
Psicóloga (P2)	Há e muito. Aí é o preconceito mesmo né. É discriminada por ser mulher, por ser negra, por ser pobre, por ser índia. Índia então...mais discriminada ainda. Mas veja só: negra, pobre e não é só pra mulher não. Eu coloco para os dois. É mais difícil arranjar emprego porque é negra. [...] É difícil, no Brasil todo, você ser negra, índia e pobre. Não é só no Amazonas, é no Brasil todo. E ser mulher, aí ferrou (P2, entrevista, 2017).
Enfermeira (E1)	Sim. Eu acredito que ainda existe muito preconceito, principalmente com as negras. A indígenas até que nem tanto assim, mas com as negras ainda existe bastante violência, principalmente a verbal, a psicológica, o preconceito (E1, entrevista, 2017).

Estas profissionais acham que a violência, em termos étnico-raciais, existe quanto ao preconceito, e pouco quanto a outras formas de violência (física, sexual, por exemplo). Estas percepções contrastam com os dados apontados pela recente pesquisa do Atlas da violência

organizado por Cerqueira *et al* (2018), o qual mostra que as mulheres e meninas negras são as que mais sofrem violências e mais morrem por conta delas. A pesquisa aponta que

As categorias de gênero e raça são fundamentais para entender a violência letal contra a mulher, que é, em última instância, resultado da produção e reprodução da iniquidade que permeia a sociedade brasileira. Desagregando-se a população feminina pela variável raça/cor, confirma-se um fenômeno já amplamente conhecido: considerando-se os dados de 2016, a taxa de homicídios é maior entre as mulheres negras (5,3) que entre as não negras (3,1) – a diferença é de 71%. (CERQUEIRA *ET AL*, 2018, p. 51).

Vemos que, em razão da discriminação racial, o segmento negro é o mais afetado pela precarização das políticas públicas, o que lhes traz impactos negativos quanto à saúde, desenvolvimento educacional, renda e, inclusive, ocasiona maior exposição aos diversos tipos de violência, visto que sua rede de proteção se encontra fragilizada. Constituem-se, assim, enquanto violência estrutural que também reproduz e acirra outras formas de violência. Observe-se que as representações profissionais revelam o desconhecimento destes índices, bem como dicotomizam as violências e seus impactos.

Constatamos, a partir dos discursos das profissionais de saúde entrevistadas, que o estudo das relações de gênero ainda não se enraizou com profundidade quando tratamos da violência contra as mulheres. Em suas respostas predominaram os efeitos da violência e suas tipologias. De um conjunto de 13 profissionais, 06 fizeram referência à existência de assimetrias. Destas 06, 04 ressaltaram as discriminações e preconceitos contra as mulheres, e 02 especificaram as diferenças a partir da ideia de fragilidade da mulher (corporal/emocional).

Suas falas sinalizam que as diferenças são sentidas, mas percebemos que elas não possuem clareza conceitual sobre o tema, o que também é presente em suas concepções sobre as diferenças étnico-raciais. Elas têm dificuldades de abordar este tema, o que nos surpreende tendo em vista a sua formação realizada numa região com histórico marcado pela desigualdade, discriminação e marginalização, como é a Amazônia.

Censos, pesquisas e estudos evidenciam este aspecto, nos quais as regiões Norte e Nordeste possuem características econômicas, sociais e culturais distintas dos Estados sulistas do país. Pesquisas como a de Waiselfisz (2015)³², mostram que Amapá, Pará e Amazonas lideram o *ranking* das agressões contra as mulheres. O autor analisa que o perfil preferencial das mulheres vítimas é, em sua maioria, formada por meninas e mulheres negras, na faixa etária de 18 e 30 anos, com violência perpetrada no domicílio, geralmente por pessoas conhecidas do

³² https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf. Acesso em 2016.

sexo masculino. Os dados da pesquisa deste autor permitem constatar que as desigualdades sociais existentes entre as regiões do país, em termos sociais e econômicos, produzem reflexos nos índices de violência. Não se trata de considerar a pobreza como causa de violência, ao contrário, devemos situá-las como expressões da questão social que estão organicamente vinculadas à dinâmica capitalista (SILVA; CARMO, 2013).

Desse modo, conforme Silva e Carmo (2013, p. 89), “[...] o pauperismo, as péssimas condições de trabalho, o desemprego permanente, entre outras manifestações diretamente vinculadas, nesse caso, à ordem social burguesa” constituem formas de violências que devem ser desnaturalizadas. Os elementos sócio-históricos da formação do Brasil e da Amazônia, por exemplo, retratam as sucessivas formas de subordinação e dependência que se mantêm até hoje. Trata-se de formas de aviltamento social que podem ser situadas em um patamar de reiteradas violências arraigadas nas estruturas das relações sociais.

Como expressão desses processos macroestruturais de exploração política, econômica e social dos recursos naturais da região e dos indivíduos sociais que nela habitam, tem-se as variadas manifestações da questão social, dentre as quais situam-se a pobreza e a desigualdade social. Elas se expressam na Amazônia através da questão do negro, do índio, do seringueiro, do operário, do trabalho infantil, do esquecimento dos migrantes, da pauperização das populações ribeirinhas, das degradações urbanas e das desigualdades de gênero em detrimento das mulheres. A omissão governamental e o parco incentivo às políticas públicas de combate à violência contra as mulheres, enfrentamento às desigualdades de gênero e étnico-raciais retratam o histórico descaso com o desenvolvimento social na Amazônia, conforme nos relatam Scherer (2016) e Silva (2012) ao falar do abandono ao qual os povos dessa região têm sido submetidos.

A compreensão que se tem a respeito da violência pode influenciar o modo como se operacionaliza as ações de saúde pública, diante das expressões de violência contra as mulheres. Por isso, buscamos, no tópico subsequente, verificar como a prática profissional tem se efetivado no campo da saúde em relação à violência contra as mulheres, sobretudo quanto à violência doméstica e/ou sexual.

2.2 A prática de profissionais da saúde diante da violência contra as mulheres em Parintins

Desde o início de nossas discussões estamos chamando a atenção para o fato de que a violência possui muitas manifestações, as quais têm ocasionado elevados custos sociais e

econômicos, inclusive ao setor público de saúde. A complexidade da violência tem exigido, para além do tratamento de suas sequelas, uma atuação preventiva, interdisciplinar e intersetorial. A compreensão disso tem levado à instauração de acordos, por parte das organizações nacionais e internacionais, de enfrentamento à violência.

Com essa pactuação, a área da saúde passou a considerar a violência contra a mulher como uma questão de saúde pública. Este redirecionamento tem como base as orientações das novas concepções de saúde³³. De um conceito restrito, centralizado nas doenças, passou-se a pensar os determinantes e condicionantes socioculturais do processo de saúde-adoecimento-cuidado. Para além do enfoque biomédico, as questões relacionadas às condições e estilos de vida ganharam espaço na agenda da saúde pública, sobretudo a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Dentre as demandas não determinadas pelo biológico, mas com forte vinculação aos aspectos socioculturais, estão as violências.

Enquanto problema de visibilidade crescente para os serviços de saúde, a violência começou a integrar planos e normatizações. A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, publicada em 2001 pelo Ministério da Saúde, é um produto desta inserção. Esta política estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais visando a promoção da saúde em articulação com outros segmentos institucionais. No entanto, ao abordar a amplitude dos impactos da violência e acidentes sob o título “causas externas”, esta política não traz uma análise de gênero.

Embora não se limite às mulheres, a perspectiva de gênero tem sido comumente atrelada a elas. Ainda que tenha iniciado uma ruptura com a centralidade dos estudos sobre a “condição feminina” e inaugurado um reconhecimento acadêmico, as análises de gênero fundaram-se a partir dos estudos das mulheres. Portanto, não se pode negar que o termo gênero ganhou espaço nas políticas públicas a partir das reivindicações das mulheres, fato que ganhou espaço e vitória na Conferência de Beijing. No contexto da saúde pública do Brasil não foi diferente. As reivindicações dos movimentos de mulheres e feministas quanto à saúde da mulher foram incorporadas, sobretudo a partir de 1980. A criação do Programa de atenção integral à saúde da mulher (Paism), em 1983, simboliza os anseios por políticas de saúde que não estejam

³³ O conceito ampliado de saúde, conforme Mendes (1994) se refere ao entendimento de que fatores como educação, alimentação, habitação, renda, meio ambiente saudável, equidade e justiça social são determinantes e requisitos para a saúde e qualidade de vida. Este conceito emerge a partir dos questionamentos dos sistemas de saúde quanto às concepções do processo saúde-doença na década de 1970. Essa concepção é resguardada na Constituição de 1988 cujo conceito a concebe em direito de todos e dever do Estado, considerando a redução do risco de doenças e outros agravos a partir da garantia de direitos como educação, habitação, saneamento básico, entre outros bens e serviços econômicos e sociais. A qualidade de vida torna-se, então, uma condição imprescindível para todo ser humano, em uma perspectiva de cidadania.

centralizadas apenas nas dimensões biológicas que interferem na saúde das mulheres, ou para a maternidade, mas também para a sexualidade, violências e outros determinantes.

Mais recente, temos a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que traz, entre suas diretrizes, a intervenção sobre a violência doméstica e sexual contra a mulher, tendo como base a perspectiva de gênero. A partir do direcionamento desta política, foi elaborada uma norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, a qual foi reeditada algumas vezes, sendo sua edição mais recente a que foi publicada em 2012.

A referida norma técnica tem como objetivo a expansão e qualificação de redes municipais e estaduais de atenção a mulheres e adolescentes em situação de violência. Seu objetivo consiste em prestar auxílio aos “[...] profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres [...]” (BRASIL, 2012, p. 09-10). Suas disposições seguem o horizonte dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, que regem o Sistema Único de Saúde – SUS.

Os profissionais da saúde são centrais na concretização desses princípios e dos direitos das mulheres, na medida em que “operacionalizam e dão sentido e qualidade às políticas de saúde” (BRASIL, 2012, p. 17). A norma estabelece parâmetros de intervenção no campo da violência sexual. Embora seja específica para as expressões diversas da violência sexual, o texto do documento elucida a importância de atentar para outros tipos de violência que, muitas vezes, vem articuladas. É, portanto, com base nesta norma técnica que realizamos a análise da atuação dos profissionais de saúde sobre a violência sexual e/ou doméstica, sem, contudo, deixar de trazer a relevância do olhar sobre os diversos tipos de violência que afetam as mulheres.

Em Parintins, múltiplas expressões de violência trazem impactos para a saúde das mulheres, de diferentes faixas-etárias, classes sociais, raças e etnias. Mas o que se coloca em maior evidência na saúde pública, segundo a visão das profissionais de saúde entrevistadas, é a violência física que se manifesta no corpo lesionado, principalmente a violência sexual, conforme vemos na maioria das falas a seguir:

“No caso das mulheres adultas é muito mesmo o estupro. Das meninas, crianças, adolescentes é dentro de casa. Primos, tios, pai, padrasto [...]” (P1, entrevista, 2017).

“São dois tipos né, agressão física, mesmo de bater; e agressão sexual, é os dois mais procurados” (P2, entrevista, 2017);

“Eu acho muito alarmante, seja de violência sexual, seja física né” (A2, entrevista, 2017);

“Além do assédio, tem mesmo a violência física de fato” (A3, entrevista, 2017);

“Aqui é a violência sexual, principalmente em adolescentes e crianças” (A4, entrevista, 2017).

“A gente tem uma grande demanda de física, mas no CAPS tem bastante da psicológica” (E1, entrevista, 2017).

“Violência... abuso sexual. O que mais aparece aqui é contra adolescente e contra criança” (E2, entrevista, 2017);

“A violência psicológica é muito maior do que a física” (M2, entrevista, 2017);

“A violência física [...] de espancou [...] é muito frequente e a violência sexual também de agressão de estranho e de agressão dentro de casa do próprio parceiro” (M3, entrevista, 2017).

A violência sexual constitui-se numa das mais graves expressões da violência de gênero, muitas vezes subnotificada e invisibilizada. Geralmente associada ao estupro, a violência sexual possui um conceito mais abrangente por envolver outras configurações. O atual Código Penal Brasileiro, em substituição ao de 1940, passa a considerar, no conceito de violência sexual, “[...] a forma física, psicológica ou ameaça, compreendendo o estupro, a tentativa de estupro, a sedução, o atentado violento ao pudor e o ato obsceno, com conjunção carnal ou não” (LIMA; DESLANDES, 2014, p. 792). Este tipo de violência incide largamente sobre as mulheres e, em Parintins, as profissionais deram ênfase à suas manifestações sobre as crianças e adolescentes.

Os dados de violência contra mulheres em Parintins, coletados na secretaria de vigilância em saúde do município, revelam que a faixa etária com maior número de notificações de violência doméstica, sexual e outras, no ano 2013, é a de 20 a 34 anos, conforme disposto na tabela a seguir:

Tabela 6 - Violência doméstica, sexual e/ou outras violências, segundo sexo e faixa etária, 2013.

Sexo	Faixa Etária									Total
	1-4	5- 9	10 -14	15- 19	20- 34	35- 49	50- 65	65- 79	80 e+	
Feminino										-
Total	3	9	45	106	448	167	42	9	2	831

Fonte: Dados do Sistema de Notificação de Agravos em Saúde – SINAN. Vigilância epidemiológica – SEMSA de Parintins. Pesquisa de campo, 2018.

Do total de 831 casos notificados em 2013 ³⁴, 668 são de mulheres adultas (contabilizando a soma das faixas etárias de 20 a 80 anos ou mais). Entre crianças e adolescentes, a soma das faixas etárias de 1 a 19 anos resulta em 163 casos notificados. Conforme esses dados, a violência, em geral, é mais notificada entre mulheres adultas, divergindo das percepções profissionais do contexto da saúde pública. Por outro lado, analisando os dados específicos de violência sexual segundo faixa etária, vemos que as crianças e adolescentes são as que possuem mais casos notificados. De um total de 63 casos de violência sexual, 42 notificações referem-se a crianças e adolescentes de 01 a 14 anos, 11 estavam na faixa etária de 15 a 19 anos e apenas 10 casos eram de mulheres adultas na faixa etária de 35 a 49 anos. Estes índices revelam que as mulheres adultas sofrem ou notificam mais os tipos de violência doméstica psicológica/moral, patrimonial, física, entre outras. A violência sexual, por sua vez, é ou maior ou mais reconhecida e notificada entre crianças e adolescentes.

Uma das entrevistadas revela uma das possíveis razões dessa visibilidade dos casos de crianças e adolescentes e da pouca percepção da violência entre mulheres adultas na área da saúde. Vejamos:

Eu penso que, por que esse público? Porque as crianças elas são protegidas ou pelos pais ou pelo governo ou pelo responsável, ou por professor. Então eles são mais fáceis de serem trazidos e levados pra qualquer instituição de direito pra tentar resolver essa questão da violência. E o adulto, principalmente a mulher que sofre a violência doméstica, ela vem para o hospital ou, se ela tem uma personalidade muito forte e não é dependente do marido, aí ela vem, ela procura o hospital pra fazer o corpo de delito, mas se ela puder tratar em casa ela trata pela vergonha que ela tem dos outros identificarem a violência. Porque em uma cidade pequena alguém identifica: olha fulana de tal é esposa de fulano, ela gritou, ela apanhou do marido... então isso ainda envergonha ela perante a sociedade, digamos assim. Por isso, o maior número de violência é de crianças, porque eles são trazidos pelos responsáveis, eles não têm, vamos dizer assim, o querer ainda próprio. [...] mas a maioria é criança e adolescente porque as mulheres não vem pela vergonha talvez. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

³⁴ A base de dados da vigilância em saúde do município de Parintins, quanto à violência contra as mulheres, foi alimentada por notificações oriundas dos registros enviados pelos estabelecimentos de saúde, mas não só deles. O setor de epidemiologia também fazia a busca ativa destas informações a partir dos boletins de ocorrência da delegacia especializada em crimes contra a mulher do município. Como essa busca ativa cessou, assim como diminuiu o incentivo ao preenchimento das notificações pelos profissionais de saúde, desde a gestão anterior, os índices de subnotificação se elevaram consideravelmente. Para se ter uma noção, no ano de 2013 foram notificados 902 casos de violência (envolvendo homens, mulheres, crianças, adolescentes, idosos, etc.). Já nos anos seguintes, com outra gestão municipal, os registros apresentaram um quantitativo decrescente: 286 casos em 2014, 53 casos em 2015, 17 casos em 2016 e 56 casos em 2017. O contraste destes dados, acrescido do relato informal da atual coordenação de vigilância em saúde, permitiu inferir a existência do elevado índice de subnotificação. Em razão disso, optamos pela análise dos dados quantitativos de 2013, que nos permitem fazer análises com maior grau de inferência.

De acordo com a assistente social ouvida na pesquisa, a visibilidade da violência contra crianças e adolescentes na área da saúde decorre de sua situação de dependência em relação a um adulto, o qual a leva para tratar os sintomas desencadeados pela violência. Já as mulheres adultas, ainda que sofram violência, podem não deixar transparecer aos profissionais a situação vivida, por vergonha. Ou, ainda, poderiam estar tratando os sintomas corporais menos graves em casa, sem recorrer a algum serviço de saúde. Em relação a isso, Schraiber *et al* (2005, p. 44) explicam que “as mulheres que experimentam tais situações nem sempre percebem essa vivência como uma violência. Tendem a assumir que teriam, elas mesmas, desencadeado as agressões [...]”. Deste modo, a naturalização da situação de violência, tida como normal, também é um outro aspecto a ser considerado quanto ao “silêncio” diante dos/as profissionais.

Além da vergonha, da culpa e do medo (de represálias, julgamentos e/ou ameaças contra ela ou contra seus filhos), os autores apontam outros fatores internos, tais como o afeto pelo agressor, a crença de que ele pode mudar, a tentativa de preservação da intimidade do núcleo familiar, que remete à ideia de privatização de suas relações, inclusive violentas. Há, também, o desconhecimento, a falta de informações sobre as possibilidades de sair dessa situação. Como fatores externos podemos elencar as pressões religiosas, familiares ou comunitárias, a dependência pela falta de recursos financeiros, as relações transgeracionais de violência e a carência de apoio de uma rede de enfrentamento local, bem como sua precarização (SCHRAIBER, *et al*, 2005). Estes elementos obstaculizam o rompimento do ciclo, mas não apenas isso.

Quando especificamos os aspectos de invisibilização da violência no contexto da saúde, vemos que além das dificuldades emocionais e socioculturais das mulheres de falar sobre a violência, os serviços de saúde podem ainda não ser reconhecidos por elas como espaços de sua confiança, visto que “não tem sido experiência das mulheres o crédito e o acolhimento diante dessa revelação nesses espaços [...]” (SCHRAIBER *et al*, p. 150). Desse modo, a confiança e vínculo com profissionais de saúde podem estar fragilizados em razão de preconceitos e da banalização do problema, tal como afirmou uma das profissionais de saúde:

Porque não vem procurar: pelo preconceito e pelo medo e, principalmente, pelo medo de ser julgada e chegar, por exemplo, na recepção [...] porque as próprias pessoas que trabalham no posto moram por aqui por perto e, às vezes, ela tem vergonha de chegar aqui no posto com olho machucado porque [dizem]: ‘ah essa aí apanhou do marido’. Elas têm esse medo. Infelizmente acontece, tem muita gente que julga” (ENFERMEIRA, entrevista 4, 2017).

Nesse caso, a ausência de uma crítica das desigualdades de gênero e das possibilidades práticas para desmistificação e intervenção sobre as violências, por parte dos/das profissionais

de saúde, pode contribuir para a prolongação do sofrimento das mulheres, principalmente quanto à violência doméstica, por esta ser comumente associada a uma questão privada.

Mesmo que, em termos de notificações, os outros tipos de violência sejam superiores aos da violência sexual³⁵, esta aparenta ser a mais evidenciada/desmistificada no contexto da saúde. Em contrapartida, há uma rasa percepção ou (re)conhecimento de outros tipos de violência entre as mulheres que chegam ao atendimento no setor público de saúde. Neste primeiro momento da análise, percebemos que esses outros tipos de violência aparecem aos profissionais como problemas de outras áreas, tais como a delegacia, os centros de referência da assistência social (CRAS) e centros de referência especializados da assistência social (CREAS), conforme as falas a seguir:

Acho que na delegacia ela ia conseguir responder essa tua pergunta melhor. Aqui vem mais agressões, aqui vem mais espancamento né. Então, na saúde pública o que vai vim mais pra mim é a violência sexual” (MÉDICA, entrevista 1, 2017).

Aqui nós lidamos com as sequelas da questão social [...]. a gente pega resquícios da violência porque ela é desmistificada em outra instituição, no caso, um CRAS ou o CREAS, ou a própria delegacia da mulher. Então pra cá já vem as sequelas [...]. Então, são esses resquícios que nós tratamos aqui enquanto prática. A desmistificação, a descoberta, é em outro segmento de instituição de direito [...]. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

O distanciamento existente entre as profissionais de saúde e as mulheres vítimas de violência é sentido facilmente. No momento da apresentação do tema a elas e do convite para a participação na pesquisa, algumas profissionais estranhavam a temática e diziam: “não seria o caso de você procurar a delegacia?”; “No Creas você vai encontrar”; “aqui recebemos mais casos de violência sexual” (Relatos de profissionais, diário de campo, 2017). Sobre isso, Schraiber (2001, p. 110) nos diz que “quando o profissional de saúde não tem nenhuma forma assistencial já estruturada, parece pertencer sempre a outras intervenções, como a da polícia ou da justiça, ou, no máximo, nos serviços de saúde, de competência restrita à assistência social”.³⁶ A tendência é que haja um sentimento de impotência dos profissionais da saúde diante de

³⁵ Quando estratificamos por tipo de violência, os registros da vigilância em saúde de Parintins, referente ao ano de 2013, apontam para a prevalência da violência psicológica/moral, com 592 casos. Em segundo lugar temos a violência física, que possui um total de 416 casos de mulheres vítimas, sendo 235 casos na faixa etária de 20 a 34 anos, 84 casos em mulheres de 35 a 49 anos, 56 casos em mulheres de 15 a 19 anos, 20 casos em mulheres de 50 a 80 anos ou mais e 20 casos de crianças e adolescentes de 1 a 14 anos. A violência sexual, por sua vez, corresponde a 63 casos notificados no referido ano.

³⁶ Esse estranhamento também revela lacunas nas discussões científicas sobre a violência e sua relação com a saúde visto que ainda são consideradas ínfimas nesses campos.

demandas sociais e não estritamente biológicas. Esta dificuldade está associada a um outro aspecto observado que diz respeito à percepção das violências que deixam marcas em detrimento de outras tidas como mais “silenciosas”. É o caso da maior visibilidade de algumas formas de violência sexual.

A violência sexual, que pode ocorrer na esfera doméstica ou fora deste espaço, é a mais notada pelos profissionais da área da saúde, mas principalmente quando apresenta lesões físicas corporais. É sobre suas sequelas que o setor mais efetua intervenções, seja pela sua fácil constatação ou mesmo por compor a rotina de quadros típicos à saúde, isto é, a morbidade das mulheres³⁷.

Schraiber *et al* (2005) consideram que as mulheres não necessariamente apresentam a violência como problema aos serviços de saúde, mas sim os seus efeitos. Ou seja, são expressos os sintomas do adoecimento do corpo ou da mente. De acordo com os autores,

Isso gera uma situação que, ao mesmo tempo, acolhe um efeito e torna sua causa invisível, isto é, os profissionais de saúde, em especial os que fazem o diagnóstico de doenças, terminam por esgotar sua intervenção nesse plano, ficando a violência sofrida encoberta [...]. (SCHRAIBER *et al*, 2005, p. 19).

Os autores propõem que as intervenções sejam voltadas para tornar a violência visível, buscando-se as causas dos sofrimentos e a ampliação dos direitos das mulheres quanto a assistência e proteção integral de sua saúde. Em contraposição à perspectiva da assistente social (AS 4), Schraiber *et al* (2005) expõem o potencial da área da saúde para desmistificar violências, uma vez que muitas mulheres utilizam cotidianamente esses serviços, nos diferentes níveis de atenção, seja para buscar assistência para elas, para seus filhos ou parentes.

As situações de violência podem perdurar por anos sem que entre para a estatística de ocorrências de uma delegacia policial. A utilização dos serviços de saúde, por sua vez, pode ser cada vez mais frequente, pois, conforme a PNAISM (BRASIL, 2005), as mulheres em situação de violência doméstica e sexual são as que mais apresentam problemas de saúde. Todavia, a ênfase na medicina clínica, no corpo adoecido em detrimento do olhar sobre seus determinantes e condicionantes socioculturais pode contribuir para o reforço da violência, tornando-a uma demanda reprimida neste espaço.

³⁷Deve-se reconhecer a dificuldade dos organismos de saúde em construir estratégias de abordagens sobre outros tipos de violência que não sejam a de ordem sexual, o que é representado pela delimitação da própria norma técnica elaborada pelo Ministério da Saúde. Ainda assim, consideramos que há um avanço no fato de essa discussão ter adentrado o âmbito da saúde pública.

Paradoxalmente à prática profissional que se atem apenas aos resquícios ou “sequelas”, como foram chamadas as expressões da questão social pela profissional de saúde, Vasconcelos (2008, p. 246) tece críticas à postura limitada e passiva dos/as profissionais ao movimento das unidades de saúde, às rotinas institucionais, ao que é demandado pelos demais profissionais ou àqueles/as que agem “aceitando ainda, como únicas, as demandas explícitas dos usuários”. É preciso, conforme esta autora,

reconhecer as demandas implícitas, explícitas e potenciais, para que se possa fazer o levantamento dos recursos necessários para o planejamento da atenção na unidade e para a realização dos encaminhamentos, orientações e referências necessárias a partir dessas demandas e para projetar ações no interior da unidade que absorvam as demandas por saúde (prevenção, educação em saúde e tratamento [...]). (VASCONCELOS, 2008, p. 250).

Diante das expressões de violência que afetam as mulheres e que chegam aos serviços de saúde, de forma evidente ou implícita, pode-se pensá-las não como demandas isoladas a serem atendidas nos tradicionais “plantões”, e sim coletivas, visto que se encontram entremeadas pelas relações sociais de gênero, acirradas pelas contradições da dinâmica do real. Um olhar atento para essas expressões e, em especial, às violências é importante entre todas as categorias profissionais.

Quando inquirimos as profissionais sobre quais os sinais que chamam ou chamariam sua atenção e podem/poderiam indicar que uma mulher está em situação de violência, constatamos a dificuldade de perceber essas situações, principalmente quando se trata de violência doméstica contra mulheres adultas. Uma das entrevistadas revela o seguinte:

Não tenho a menor ideia com relação a isso. A violência doméstica é, muitas vezes o medo. O medo do companheiro. Porque, assim, a violência sexual, quando é praticada no meio doméstico, ela é tida como algo normal. Então elas aceitam aquilo porque ‘ele é meu marido’. Então acaba sendo meio difícil de identificar (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Nessa fala vemos que o medo, a banalização da violência e o silenciamento sobre ela tornam difícil a identificação desses casos. Ao mesmo tempo, percebe-se que a dificuldade em realizar intervenções está associada aos sentidos sobre a violência. O que os/as profissionais percebem como violência, pode não ser para as mulheres que a vivenciam, a exemplo da violência sexual no âmbito conjugal. Um exemplo foi dado pela própria profissional. Vejamos:

Ela vivia em uma situação que ela não podia nem fazer laqueadura porque o homem, marido dela, queria sexo todos os dias e, como ela disse, ela não tinha resguardo, não tinha dor de cabeça, não tinha doença. Como que ela ia se operar, como que ela ia

satisfazer ele operada. Se ela não fazia sexo com ele, ele não saia nem pra pescar, nem pra fazer a comida, não tinha o que dar de comer para os próprios filhos, no interior. Então isso é um tipo de violência. Ela querendo ou não querendo, ela doente ou menstruada, de qualquer jeito, com dor ou sem dor, ela tinha que satisfazer aquele homem. Então isso é uma violência sexual mesmo ela sendo casada e tendo 11 filhos com ele (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Conforme ilustra o relato acima, a concepção de violência sexual não diz respeito somente aos casos de estupro por desconhecidos. Ocorre também nas relações conjugais. Este tipo de violência se esconde por trás da tradição, da cultura, da normalização da ideia de submissão da mulher às vontades de seu parceiro, torna comum a satisfação sexual masculina em detrimento da feminina. Por tal razão, mesmo que tenha causado dor, desconforto e limitações à sua saúde, a mulher em situação de violência nem sempre consegue vislumbrar alternativas concretas de rompimento, como vimos no caso relatado.

Diferentemente da violência sexual contra crianças e adolescentes, para a qual cabe a notificação obrigatória aos órgãos competentes, caberia aqui uma abordagem de escuta e orientação que vise a desnaturalização de relações de violência, sem julgamentos de ordem moral e que construa, conjuntamente com a mulher nessa situação, possibilidades de denúncia e/ou enfrentamento com apoio da rede intra e intersetorial. Desse modo, mesmo que a denúncia seja fundamental e tenha importância na decisão da mulher que está em situação de violência, isso não significa que não seja possível fazer intervenções no campo da saúde para além da detecção da violência ou cura de suas sequelas.

Em uma perspectiva de que é possível, de alguma forma, “meter a colher”, Schraiber *et al* (2005) assinalam o acolhimento, a escuta ativa, a orientação, a construção de laços de confiança e de um planejamento de saúde ou segurança enquanto estratégias que podem ser utilizadas diante da violência. Nem sempre há possibilidade de fazer isso em uma única abordagem. Cada pessoa tem seu próprio tempo de preparo para romper com a violência, o que também depende das condições emocionais, financeiras, institucionais, informacionais e comunitárias existentes. Do mesmo modo, depende do preparo dos profissionais e das instituições que atendem essas demandas, dentre as quais especificamos os serviços de saúde.

Nas falas das profissionais também foi comum a referência sobre os sinais relativos à violência contra crianças e adolescentes:

Com relação à criança, a gente sempre palestra nas escolas que os pais ou mesmo coleguinhas observem, porque geralmente as crianças são muito alegres. Então, a partir do momento que aquela criança começa a ficar isolada no cantinho [...] a gente já começa a perceber. Eu não sei nem o que falar [com relação às mulheres adultas], em nenhum momento, nem um exemplo eu tenho (risos). Eu não tenho como te dar

[uma resposta]... posso pular essa pergunta? (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 2, 2017).

“Eu observo que elas são muito mais fechadas, mais oprimidas, mais caladas nas nossas palestras dentro das escolas [...]. aí a gente pede pra elas nos procurarem pra denunciar, sem ir na delegacia, sem nada, pra procurar um profissional de saúde como uma porta de entrada pra denúncia porque muitas vezes essas adolescentes não tem a coragem que uma mulher formada já tem de ir a uma delegacia denunciar porque é um pai, um tio, um avô, é na mesma residência [...] elas acabam tomando coragem de vir na unidade de saúde porque muitas não tem coragem de ir na delegacia. Pra mim é muito difícil [perceber] só de olhar para aquela mulher. Muitas vezes a gente vê quando é física, através dos hematomas, que elas tentam esconder. Mas quando é sexual ou quando é psicológica é mais difícil você descobrir. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 3, 2017).

A violência sexual é uma das formas mais notificadas de violência contra crianças e adolescentes em Parintins. Trata-se de um problema recorrente em diferentes espaços e relações, inclusive no âmbito doméstico/intrafamiliar. Os agressores podem ser homens ou mulheres, próximos ou não da vítima. Todavia, quando se trata de crianças e adolescentes, os índices de violência sinalizam para um elevado número de agressores vinculados com a vítima, seja por laços afetivos e/ou consanguíneos.

Tanto os meninos quanto as meninas são alvos de violências domésticas, sexuais e/ou outras formas. Porém, conforme a literatura investigada (MARTINS, 2010; BRASIL, 2012; TELES E MELO, 2012; SAFFIOTI, 2004; MINAYO, 2006; SCHRAIBER *ET AL*, 2005; PEREIRA, 2009), os índices de violência sexual entre crianças e adolescentes, também denominadas de abuso sexual, são maiores entre as meninas, sendo os homens os maiores agressores. Vilga, Félix e Urvanegia (2009, p. 55) utilizam o termo abuso sexual para evidenciar que, em caso de crianças e adolescentes, a violência se manifesta pela “ultrapassagem dos limites de poder e de direito do nível de desenvolvimento da vítima”.

Conforme os dados do SINAN, coletados na vigilância em saúde, referente ao ano 2013, dentre os autores de violências registradas em Parintins, 756 eram homens e 132 eram mulheres. Estes dados evidenciam que os homens são os maiores agressores. Em relação às crianças e adolescentes vitimados pela violência sexual, não foi possível identificar quem são os maiores agressores (se conhecidos ou desconhecidos), porém houve 17 casos envolvendo padrastos/pais em 2013, confirmando as percepções das profissionais de saúde entrevistadas.

Em obra organizada pelo Centro Regional de Atenção aos Maus-tratos na Infância - CRAMI de campinas, Pereira (2009) lembra que a violência sexual contra crianças e adolescentes se expressa de diferentes formas: a exploração sexual, em que há finalidade comercial/financeira e, geralmente, é promovida por desconhecidos; a violência sexual doméstica que pode ser praticada por pessoas com laços de consanguinidade, afetividade ou

responsabilidade; e a violência sexual incestogênica que envolve pessoas da mesma família. A autora explica que, nesses casos, o agressor costuma ser o “homem, pai, padrasto ou pessoa que tem proximidade ou afeição para com a vítima e é de sua confiança” (PEREIRA, 2009, p. 19).

De acordo com esta autora, as motivações podem ser situacionais ou preferenciais. Quando o violentador não possui preferência por crianças, mas por diferentes razões contextuais (insegurança, fuga do *stress*, oportunidade, curiosidade, vingança, etc.) se envolve sexualmente com ela, diz-se que a motivação foi situacional. Já a preferencial é caracterizada pela pedofilia, isto é, a preferência sexual por crianças/adolescentes. Dessa maneira, em vez de trazer o enfoque apenas na patologização dos agressores, é importante ampliar o olhar para o contexto em que se fundam as violências. Comumente, esses casos ocorrem no âmbito doméstico e foram os mais identificados pelas profissionais de saúde em Parintins/AM.

Quando falamos da violência doméstica tratamos das relações simbólicas que envolvem a noção de território, não apenas de espaço geográfico (SAFFIOTI, 2004). Abrange, assim, as relações socioculturais de dominação, expressas no controle corporal e subjetivo do outro, presentes tanto no relacionamento entre homens e mulheres heterossexuais, homossexuais ou bissexuais, como também entre adultos e crianças/adolescentes. Portanto, além do peso da desigualdade nas relações de gênero, temos as relações hierárquicas adultocêntricas que desconsideram as crianças e adolescentes enquanto sujeitos de direitos.

Com base nos depoimentos das profissionais, a realização de palestras nas escolas, geralmente para crianças, adolescentes e jovens, torna-se o momento de aproximação com o público que sofre a violência, revelando o caráter estratégico da atenção básica em saúde e do programa de saúde na escola (PSE). A publicação sobre protocolos da atenção básica quanto à saúde da mulher, publicada pelo Ministério da Saúde, informa que

Na Atenção Básica, devem ser desenvolvidas ações de produção do cuidado em saúde que possam garantir os direitos sexuais na perspectiva da autonomia das mulheres sobre seu corpo. É fundamental que os profissionais de saúde identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado nas situações em que elas têm seus direitos – sexuais e humanos – violados. (BRASIL, 2016b, p. 214).

Abordagens socioeducativas são algumas das estratégias descritas nos protocolos de ação e normas técnicas disponibilizadas pelas organizações de saúde (WHO, 2010; BRASIL, 2012; BRASIL, 2016b) e que servem para diferentes tipos de violência em variados grupos populacionais. Por meio da orientação individual ou coletiva, realização de palestras, rodas de

conversa ou outros mecanismos³⁸, é possível fazer a abordagem diante das violências nas áreas de abrangência das unidades.

O relato das assistentes sociais (A 3 e A 4) evidenciou que a percepção da violência pode ocorrer em outros espaços, como as residências e escolas, devido a proximidade de profissionais da atenção básica em saúde com a comunidade. Programas como os de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) também evidenciam esse potencial de detecção e atuação diante da violência. Sobre isso, D'Oliveira *et al* (2009, p. 1041) afirma que

[...] é necessário que se compreenda o papel de todos os profissionais do serviço, em especial dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), na dimensão preventiva do serviço. Se todos os profissionais podem ser divulgadores de direitos humanos e da rede intersetorial que presta apoio à violência, e também provê trabalho, moradia, creche, escola, que são todos elementos fundamentais para a emancipação e uma vida livre de violência, os ACS encontram-se na específica situação de acesso e relação diferenciada frente às questões do domicílio e da vida comunitária das/dos usuárias/usuários do serviço.

Em um momento preliminar de nossa pesquisa de campo, conversei com agentes comunitários de saúde. Uma delas afirmou que dificilmente as mulheres contam a situação de violência que vivenciam. Elas só contam para aqueles ACS com quem estabelecem laços de confiança. Outra profissional comentou sobre o caso de uma mulher que vive em situação de violência há tempos. Entretanto, afirmou que, em razão de o parceiro dela possuir influência entre o meio policial, suas denúncias não iriam surtir efeito, “justificando” seu silêncio. Além desse caso, a ACS sabe da existência de outros 03 casos dentro de sua área de abrangência, relatados por vizinhos e não propriamente pela vítima.

Uma das enfermeiras da unidade informou que os agentes comunitários chegam com os relatos para a coordenação, porém não se registra como suspeita ou confirmação de violência. Para as mulheres que expõem sua situação durante o atendimento da enfermagem, a profissional disse que ocorre o encaminhamento para o Serviço Social realizar o atendimento de acolhimento e orientação.

A enfermeira mencionou a barreira do silêncio, em que as mulheres não contam que estão em situação de violência. Contou-me um caso de uma mulher (que trabalha na área da saúde) e que estava hospitalizada com sintomas de violência. Sobre isso nos disse: “ela não falou do que se tratava por vergonha, talvez, mas suspeitamos que se tratasse de violência” (Profissional de

³⁸ Para mais informações sobre a atenção às mulheres em situação de violência acessar: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
<http://www2.unifesp.br/proex/novo/eventos/eventos14/maistrinta/images/stories/integral.pdf>

saúde, diário de campo, 2016). Esses relatos reforçam a existência de violências silenciadas e da importância da atenção básica em atuar estrategicamente diante dessa demanda.

Em conjunto com outros profissionais de nível superior, os agentes comunitários de saúde podem efetuar o monitoramento dos casos identificados pela equipe dentro da área de abrangência ou por notificação levada à unidade por meio da vigilância em saúde (BRASIL, 2016b). Todavia, a intervenção depende do planejamento e articulação entre as unidades de saúde com outras áreas da rede de atendimento ou enfrentamento à violência no município. Depende também do preparo dos profissionais das diferentes instituições.

Em todos os níveis de atenção, mas principalmente nos serviços de média e alta complexidade, o que incita suspeitas são, de modo geral, os sintomas físicos e as expressões corporais das mulheres em situação de violência: “Geralmente o jeito dela falar com a gente. Muito retraída” (ENFERMEIRA, entrevista 3, 2017);

A gente percebe na pessoa que ela tá grávida ali, mas não era o que ela queria. Então, a gente percebe através da expressão corporal e facial delas e da atitude de se retrair [...] através da agressão, uma pancada no rosto: “eu caí”... ou no braço: ta roxo... orelha, nariz, boca. Então, a forma que se manifesta é através de hematomas também e de cortes, de lacerações (ENFERMEIRA, entrevista 1, 2017).

Varia muito. A violência sexual é o não querer falar do assunto, se retrair pra ser examinada. Tem uma paciente que arruma mil desculpas pra não vir pra uma consulta e pro esposo ficar fora da consulta pra poder ela conseguir falar sobre isso. Então a aparência social é uma (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

Geralmente é uma paciente que tem algum problema de ordem sexual, né. Ela reclama muitas vezes de não ter aquele interesse sexual por nenhum parceiro [...] e a gente observa hematomas, algumas manifestações físicas mesmo, mas através da conversa, da anamnese, a gente consegue perceber que é uma mulher mais sofrida, mais recatada [...] é muito difícil dar esse diagnóstico só com uma consulta. Geralmente eu consigo perceber isso mais durante minhas visitas domiciliares mesmo. Que a gente percebe todo o ambiente, não só a mulher em si (MÉDICA, entrevista 2, 2017).

Entre os profissionais e pacientes é bem difícil a gente identificar uma pessoa que tá sofrendo violência, só, logicamente, se for violência física dá pra gente saber. Mas a violência psicológica, sexual, isso já é se ela quiser falar ou se convive muito a gente vê a mudança de comportamento (ENFERMEIRA, entrevista 4, 2017).

Além dos sintomas físicos, algumas profissionais apontaram outras formas de suspeitar de situações de violência, tais como a gravidez indesejada (E1), o “retraimento/isolamento” (E3, E1 e M3), a mudança de comportamento quando se trata de profissional de saúde ou de usuária frequente do serviço de saúde (E4), ou ainda nas visitas domiciliares que possibilitam maior proximidade (M2). Outras profissionais só percebem a violência quando ocorre a denúncia expressa na fala da pessoa nessa situação, mais comum quando há sintomas graves

ou lacerações. Isto pode ser apreendido a partir dos discursos em sequência: “Mais quando eu percebo é quando elas chegam e falam” (ENFERMEIRA, entrevista 2, 2017). Segundo outra profissional:

É um pouco complicado saber se ela não denuncia né. Então se ela denuncia e ela já tem uma vida sexual ativa é muito difícil de eu identificar porque quando a gente faz o exame da genitália a gente vê que é uma paciente que tem relação sexual, a menos que ela foi violentada e causou dano a ela. Tipo assim: machucou, lacerou. Mas fora isso a gente não tem como identificar. A gente acaba não vendo muita violência doméstica porque não chega pra gente. Não vai chegar em mim. Ela vai na delegacia. Ela não vai vir comigo. (MÉDICA, entrevista 1, 2017).

Ainda na ordem da percepção dos sintomas avançados da violência, porém de modo mais peculiar, as profissionais da psicologia conseguem perceber a violência porque a procura por esta categoria nas áreas de maior complexidade, geralmente, é feita quando há sofrimento psíquico considerado “mais intenso”, tais como a depressão, síndrome do pânico, entre outros. Após a realização de testes ou longas conversas se descobre que a “causa” desse sofrimento está associada a situações de violência, conforme verificamos nas seguintes falas: “O isolamento social, o nojo, a aversão ao contato. A depressão, a síndrome do pânico” (PSICÓLOGA, entrevista 1, 2017);

Geralmente eu aplico um teste. Aparece no teste e na verbalização. Aí eu disse: o que aconteceu na infância? Aí ela disse: eu fui abusada, pode ser isso? Com certeza. A criança a gente manda fazer um desenho. Ela desenha legal se tiver sofrendo abuso. Ludoterapia. Violência doméstica são as marcas, quando for física, mas você não pode esquecer da verbal, aquele marido que não bate. (PSICÓLOGA, entrevista 2, 2017).

Na Matriz Pedagógica para Formação de Redes de Atenção Integral para Mulheres e Adolescentes em Situação de Violência Doméstica e Sexual, publicada em 2009, consta que a violência altera significativamente o quadro psicológico das mulheres, o que se expressa pela ansiedade, pesadelos, fantasias desastrosas, sensações de alienação e isolamento, além dos problemas sexuais. Já os impactos à saúde física podem ser “[...] fadiga, cefaléias, distúrbios do sono e dos padrões de alimentação e, em especial, o risco de gravidez e de contágio de doenças sexualmente transmissíveis, tais como HIV/aids” (BRASIL, 2009, p. 18). Segundo Schraiber *et al* (2005) essas queixas podem, em uma avaliação superficial, parecerem queixas isoladas e sem precisão de origem, mas são violências travestidas de “dores sem nomes”. Em decorrência desse sofrimento, as mulheres podem recorrer a unidades de saúde, porém o tratamento pode não apresentar resultados de melhora caso a intervenção se limite a amenizar os sintomas, sem buscar a origem de suas causas.

2.3 Procedimentos normativos adotados no contexto da violência

As normatizações da saúde esclarecem que quando se trata de questões complexas, tais como a violência doméstica e a violência sexual, é preciso “ampliar a percepção de nossos profissionais para uma mudança histórica de pensamento, paradigmas, além da criação de condições objetivas para a incorporação dessa nova forma de agir [...]” (BRASIL, 2009, p. 21). A proposta é de garantir a escuta e a atenção qualificada para pessoas em situação de violência. Para isso, a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL, 2012) especifica alguns procedimentos importantes de atendimento, o que inclui, entre outros aspectos, a entrevista, o registro da história, o exame clínico e ginecológico, exames complementares e o acompanhamento psicológico.

No que se refere à primeira etapa, a norma técnica orienta que o diálogo inicial deve ser direcionado no sentido de acolhimento, fundamental para a humanização da atenção. A acolhida deve ser respeitosa, garantir a escuta atenciosa, não julgadora e que dê credibilidade ao relato da pessoa que se encontra em situação de violência. A compreensão de suas demandas e expectativas também devem ser asseguradas, considerando-se a autonomia da mulher. Nesta etapa, é importante efetuar o registro adequado das circunstâncias da violência sofrida. O registro deve ser feito cuidadosamente em prontuário para que possa servir de base para o Instituto Médico Legal (IML), caso seja necessário.

Tendo em vista a necessidade de dimensionar o fenômeno e subsidiar a proposição de políticas públicas, os casos de suspeita ou confirmação de violência, independentemente do seu tipo ou da faixa etária da vítima, devem ser registrados na Ficha de Notificação Compulsória, instituída pela Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003. Serviços públicos e privados de saúde devem efetuar esta medida visando não apenas a intervenção curativa, mas também a prevenção da violência.

Ao inquirirmos as profissionais sobre a Ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências, 92% (N=12) delas afirmaram que conhecem e 8% (N=1) responderam que não conhecem. O conhecimento da existência de uma ficha padronizada para o registro de casos de violência representa um importante avanço nesse campo de atuação e sinaliza que isso já vem sendo introduzido em Parintins. Contudo, quando perguntamos às profissionais de saúde se a unidade de saúde em que trabalham possui a ficha de notificação de fácil acesso, a maioria (54%) não conseguiu afirmar que em sua unidade consta esse material,

o que corresponde a 31% (N=04) de profissionais que disseram que essa ficha não existe, somadas a 15% (N=02) de profissionais que não sabem se a ficha existe na unidade e 8% (N=1) não respondeu a esta pergunta.

Embora outros 46% (N=6) das profissionais tenham afirmado que em sua unidade esse material se encontra disponível com fácil acesso, em visita às unidades de saúde, percebemos, mediante a observação de campo, aspectos que se contradizem aos discursos proferidos. Quando perguntei à direção de uma das unidades se poderia ver um modelo da ficha utilizada para notificações, houve um momento de surpresa seguido da informação de que a ficha não ficava na unidade, mas sim no setor de vigilância em saúde. Constatamos que, não obstante a maioria das profissionais terem afirmado conhecer a ficha de notificação, esta não se encontra acessível em todas as unidades de saúde, o que pode inviabilizar o registro adequado das informações solicitadas, em caráter obrigatório, pelo Ministério da Saúde. O centro de saúde Dr. Toda, por sua vez, possui esse material visto que é a unidade de referência para atendimento às vítimas de violência sexual.

Percebemos também que, mesmo entre as que disseram que a unidade possui o material, este nem sempre está disponível, conforme verificamos na seguinte fala:

Se acontecer algo no período de horário comercial tem, mas se acontecer no fim de semana é complicado porque fica tudo no setor de exame e epidemiologia. Na verdade, a gente do serviço social quase não tem acesso a isso. Fica junto com a gerência de enfermagem (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

A limitação do fácil acesso aos materiais, instrumentos ou discussões sobre o tema da violência a apenas alguns dos profissionais das unidades de saúde pode inviabilizar a notificação e a intervenção eficaz, principalmente quanto às violências domésticas e outros tipos de violência que não são de ordem sexual ou física com lesões diagnosticadas como graves, perdendo-se o fluxo da atenção. Por outro lado, a fala revela dificuldades da ação multiprofissional e interdisciplinar sobre as demandas de violências, divergindo dos pressupostos normativos.

Através da Resolução nº. 218 de 06/03/1997, o Conselho Nacional de Saúde – CNS reconhece como profissionais de saúde de nível superior as seguintes categorias: assistentes sociais, biólogos, enfermeiros, farmacêuticos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, odontólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e profissionais de Educação Física. As ações desses profissionais são avaliadas pelo CNS como imprescindíveis para o alcance da integralidade da atenção em saúde, devendo desenvolvê-las de modo interdisciplinar. Quando se trata da atenção às mulheres em situação de violência, a

norma técnica (BRASIL, 2012) determina uma equipe técnica composta, basicamente, por médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais.

Para Ferreira (2010), o profissional de serviço social costuma ser o mais solicitado para intervir em problemas que expressam determinações socioculturais. A partir de pesquisa em serviços de saúde de Manaus, a autora constata que a maioria dos profissionais (58%), principalmente médicos e enfermeiros, não sabiam o que fazer quando identificavam crianças e adolescentes em situação de violência e, por isso, encaminhavam ao setor do serviço social. A análise da autora aponta para a dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com demandas sociais e subjetivas devido sua formação biomédica. Os assistentes sociais foram os que mais conseguiram perceber casos deste tipo e realizar intervenções sobre eles.

Diferente do que foi constatado no estudo de Ferreira (2010), em nossa pesquisa as assistentes sociais informaram a secundarização de sua atuação na área da saúde, sobretudo no âmbito hospitalar³⁹, o que se caracteriza pela parca inclusão desses profissionais no protocolo de atendimento/fluxograma criado para a abordagem dos casos de violência sexual.

Bravo (2013) explica que esta inserção subalternizada no contexto da saúde existe desde a implantação do serviço social brasileiro no campo da saúde. Com base no período de 1930 a 1964, a autora afirma que, dentro do corpo técnico, a atuação dos assistentes sociais voltava-se para os problemas sociais em termos individuais e de educação das massas pauperizadas, porém em uma perspectiva de higienização e prevenção das “doenças”. Os profissionais na saúde tinham o dever de, apenas, “conhecer a situação dos ‘pacientes’ para repassá-la ao médico” (BRAVO, 2013, p. 157).

De acordo com Bravo (2013), no Brasil, a prática do assistente social na área da saúde esteve inicialmente associada à educação dos mais pobres, limitando sua atuação a uma perspectiva de higiene e medicina social. As dimensões individual e coletiva da medicina social e da higienização estão, na análise de Foucault (2014), diretamente vinculadas ao poder biopolítico sobre o corpo individualizado inscrito em um contexto social. Trata-se das relações de poder expressas no saber clínico, que atuam na pretensão do controle não apenas das doenças, mas também das massas populares.

Distanciando-se das concepções e práticas políticas paliativas, ligadas à ação da igreja católica, vigentes no surgimento e desenvolvimento do serviço social no Brasil (1930-1964), o código de ética dos assistentes sociais, de 1993, situa-se, atualmente, na perspectiva da defesa intransigente de direitos e da democratização das informações (VASCONCELOS, 2008). A

³⁹Retomaremos esta discussão no próximo capítulo.

profissão assume o compromisso com um projeto ético-político transformador, que nega o projeto societário hegemônico burguês pautado em não-valores desiguais.

No campo da saúde pública, há tensões entre os projetos privatista e público, sendo este último representado pelos ideais da reforma sanitária e pela implantação do Sistema Único de Saúde (BRAVO; MATOS, 2012). É nesse campo contraditório que o/a assistente social atua, devendo situar suas ações na garantia dos princípios do SUS, o que requer um olhar amplo para as expressões da questão social que emergem na saúde e garantir, assim, a qualidade da intervenção. Concordamos com Faleiros (2007, p. 30) quando afirma que o olhar crítico, por si só, não é capaz de modificar a dinâmica institucional, sendo “necessárias uma nova correlação de forças e uma estratégia capazes de implementar a mudança”. Essas teorizações nos conduzem a afirmar que, na atenção às mulheres em situação de violência, a prática profissional da(o) assistente social tem potencial transformador, não devendo subordinar-se ao instituído como se este fosse imutável.

Enquanto profissão sociotécnica que possui um direcionamento ético-político e técnico-operativo ancorado na análise crítico-dialética da complexidade do real (IAMAMOTO, 2008; SANT’ANA, 2000), o/a assistente social pode imprimir em sua prática profissional a recriação de propostas de trabalho (OLIVEIRA, 2009). Nos serviços públicos de saúde, a atenção às demandas de violência requisita não somente estabelecer o elo entre instituição e usuários dos serviços, como também depende do amplo conhecimento das normatizações da área, a análise crítica das normas e a proposição prática de acordo com a realidade regional e local.

A instrumentalidade da ação profissional envolve, além do conhecimento crítico-analítico, a apropriação dos instrumentos existentes para o acúmulo de informações. No campo da violência temos a ficha de notificação, que deve conter dados de identificação, aspectos descritivos da ocorrência, antecedentes pessoais, procedimentos, encaminhamentos e exames clínicos ou complementares realizados, bem como os de ordem psicossocial. Não se trata de um mecanismo a ser utilizado com fins meramente burocráticos. A ficha de notificação deve propiciar, de modo sigiloso, a caracterização dos sujeitos envolvidos, o perfil epidemiológico da violência e a construção das medidas de intervenção eficazes. E diferente do que constatamos na fala da assistente social (A1) todos os profissionais devem se apropriar e ter acesso a esse recurso, entre outros.

Em todos os casos de violência, tanto a suspeita quanto a confirmação devem ser registradas, porém quando se trata de crianças e adolescentes, a notificação não apenas deve servir para alimentar a base de dados do SINAN, como também deve ser obrigatoriamente levada ao conhecimento dos órgãos competentes, a exemplo do conselho tutelar, conforme

estabelece o art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990⁴⁰. Em relação a isso, uma das profissionais revela que não sabia que a notificação aos órgãos competentes era obrigatória, relatando não ter feito por medo de sofrer consequências do serviço em que trabalha, por não querer se envolver em problemas familiares, por não saber o que fazer e porque a paciente pediu para não levar a situação identificada adiante, não retornando mais à unidade de saúde.

Segundo a profissional, tratava-se de uma adolescente cujo agressor era o padrasto. Nesse caso, os procedimentos clínicos foram parcialmente feitos, pois não houve a dispensação de anticoncepção de emergência ou das profilaxias para Infecções sexualmente transmissíveis não-virais, medida fundamental, mas que só pode ser efetuada com a interrupção do ciclo de violência. Entretanto, como os aspectos éticos e legais não foram executados, a atenção integral não pode ser realizada. Ao final da entrevista, a profissional tece o seguinte comentário:

Não sabia que era obrigatório a notificação compulsória em caso de suspeita ou confirmação de violência contra criança ou adolescente. E de comunicação ao conselho tutelar. Na verdade, você falando isso pra mim, tem uma paciente que tem me comunicado isso. Doutora nunca senti prazer com ele. Eu tenho que fazer por obrigação. É uma forma de violência sexual. E a gente, devido o dia-a-dia, acaba deixando isso passar. Se preocupa só com aquele sintoma físico e esquece de tudo aquilo que a paciente acaba falando e lançando e a gente tem que ficar mais atenta mesmo a isso. Nesses casos tem que notificar também né? (MÉDICA, entrevista 2, 2017).

Isto coloca em evidência a necessidade de realizar capacitações sobre o diagnóstico, acolhimento, sensibilização sobre as questões de gênero e violência, procedimentos clínicos, aspectos éticos e legais, bem como estabelecer e/ou reafirmar os protocolos/fluxos de atuação profissional nas unidades de saúde. Afinal, enquanto alguns profissionais sabem quais procedimentos tomar, outros podem não saber, necessitando de uma definição clara das atribuições para que o ciclo de violência possa ser rompido. Por isso, Vieira *et al* (2016) consideram importante a formalização da articulação inter e intra setorial mediante a construção de protocolos de atendimento. De acordo com os autores, “a adoção de protocolos permite que os profissionais tenham subsídios para realizar um atendimento mais preciso e eficiente diante dos casos de violência” (VIEIRA *ET AL*, 2016, p. 3960). Afirmam que os protocolos não devem ser elementos burocratizadores, e sim facilitadores do acesso aos direitos, devendo ser

⁴⁰ Art. 245 – Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente: Pena – multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência (Lei 9069 de 13 de julho de 1990 – ECA).

frequentemente revisados, avaliados e, se preciso, reformulados em consonância com o contexto dinâmico e específico da realidade em que se insere. Em Parintins, as profissionais da atenção básica relataram que o protocolo atende somente ao serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual e hospitais, articulando-se à ação do exame de delito e da delegacia.

A unificação do registro de atendimentos (intra e intersetorialmente) pode, inclusive, evitar que a pessoa em situação de violência tenha que relatar repetidas vezes a história da violência nas diferentes instituições, atitude que prolonga seu sofrimento e que tem acontecido em Parintins, como ilustram as falas das profissionais de saúde:

“Quando ela chega comigo ela já passou por umas três pessoas que perguntam a mesma coisa. Ela é muito exposta. Eu acho que poderia resumir um pouco isso. Aí vai para o hospital, aí vai pra delegacia, é o conselho tutelar, aí que levam lá no SAVVIS”. (PSICÓLOGA, entrevista 1, 2017); “Aí ele disse: de novo! Eu vou ter que falar tudo a mesma coisa! Ele já tinha contado pra enfermeira, já tinha contado para o psicólogo e de novo tinha que contar pra mim a mesma história”. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 2, 2017). Sobre isso, a norma técnica (BRASIL, 2012) expõe que a criação de um registro unificado contendo as observações específicas de todos os profissionais faz parte da humanização do atendimento.

Quando questionadas se já tiveram alguma suspeita/confirmação de ocorrência de violência doméstica e/ou sexual contra mulheres no exercício de sua profissão, 85% (N=11) afirmaram que sim e 15% (N=2) responderam que não. Das que já tiveram alguma suspeita ou confirmação de ocorrência de violência, 64% (N=7) realizou procedimentos clínicos (médicas e enfermeiras) e 36% (N=4) realizaram algum tipo de procedimento psicossocial (psicólogas e assistentes sociais). Estes dados divergem dos resultados da pesquisa feita em Manaus por Ferreira (2009), pois esta constatou que a maioria dos profissionais não saberia o que fazer em casos de violência sexual contra crianças e adolescentes. Em nossa pesquisa, as profissionais saberiam para onde encaminhar. No entanto, em suas respostas predomina a compreensão dicotomizada da atuação, em que cada profissional e instituição de direito possui um papel distinto, que não é alvo de reflexão ou proposição conjunta.

Os dados apontam que a maioria das profissionais relataram ter feito algum tipo de procedimento em casos de mulheres, crianças ou adolescentes em situação de violência. Uma delas nos disse: “Vi muito condiloma. Fiz encaminhamento para ginecologista, assistente social e psicólogo. Tinha condiloma na boca de uma criança de 05 anos” (ENFERMEIRA, entrevista 2, 2017). Isto revela que algumas profissionais em Parintins estão atentas também aos casos suspeitos de violência.

Os procedimentos de profilaxia das infecções sexualmente transmissíveis e hepatites são importantes em situações de violência sexual, eles integram o conjunto de medidas protetivas, assim como a anticoncepção de emergência. Nesses casos, e em todos os outros tipos de violência, o acompanhamento psicológico é fundamental. A norma técnica (BRASIL, 2012, p. 21) nos diz que “o atendimento psicológico deve ser iniciado o mais breve possível, de preferência desde a primeira consulta, mantido durante todo o período de atendimento e pelo tempo que for necessário”. Mas ressalta que “todos os profissionais de saúde têm responsabilidade na atenção às pessoas que se encontram nessa situação” (BRASIL, 2012, p. 21). Sendo assim, todos os profissionais devem estar preparados, tanto para informar quanto para executá-los, dentro de suas competências, mas sem prescindir da interdisciplinaridade que, conforme Melo e Almeida (2000), é uma importante ferramenta metodológica que supõe o entrelaçamento dos saberes em detrimento do conhecimento disciplinar, especializado e de práticas fragmentadas.

A capacitação dos recursos humanos, que envolve todos os profissionais da rede de atendimento na área da saúde, sejam serviços públicos ou privados conveniados, é um requisito indispensável para a atenção qualificada e integral às pessoas em situação de violências, em especial as mulheres adultas, idosas, adolescentes e crianças, de diferentes raças, etnias e classes sociais. Todavia, ao questionarmos se as profissionais conhecem a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes, 69% (N=9) respondeu que não e 31% (N=4) afirmaram que sim. Vemos, portanto, que a maioria das profissionais desconhece, ou conhece minimamente, os parâmetros de atuação previstos nas normatizações estabelecidas pelo Ministério da Saúde quanto à atuação frente às violências.

Mesmo entre as profissionais que afirmaram conhecer a norma técnica referida, nem todas sabiam dizer exatamente o que nela consta, sendo ressaltado apenas o conhecimento técnico/isolado de sua área de atuação e, especificamente, um tipo de violência, a sexual/física, conforme presente nas falas em sequência: “Seria o tratamento? Eu não sei essa que tu tá especificando, mas todo o atendimento do SAVVIS a gente acabou tendo um estudo” (MÉDICA, entrevista 1, 2017); “Porque esse serviço deveria fazer, mas não faz parte do serviço social hospitalar porque tratamos apenas as sequelas, né” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017). As falas das profissionais reafirmam a priorização da atenção clínica no âmbito hospitalar. Costa (2009, p. 332) explica que ir além desta prática restrita, individualizada e conservadora é possível e necessário para a efetivação de uma atuação profissional em

consonância com as postulações do projeto ético-político do Serviço Social, colocando-se como desafio ao profissional.⁴¹

Uma das profissionais que atua no que seria o Serviço de Atendimento Às Vítimas de Violência Sexual (SAVVIS) informou que não conhece essa norma técnica, o que revela a necessidade de capacitação dos profissionais que atuam no atendimento especializado, mas também dos que trabalham em outras unidades. De acordo com Ferreira (2010, p. 72) “os profissionais de saúde têm o dever de conhecer as legislações e normas técnicas, visto que colocam como um dos seus objetivos a democratização das informações”. Por isso, reforçamos a relevância do conhecimento sobre o tema, independente da área de formação e atuação. Este é um pressuposto para a efetivação de práticas democráticas na saúde que, de acordo com Vasconcelos (2009), envolvem a ruptura com padrões conservadores, a busca pela promoção do acesso aos serviços de qualidade, a difusão de espaços coletivos que democratizem a informação, transformando-a em conhecimentos necessários à promoção da saúde.

Considerando tal necessidade, perguntamos às profissionais se sentem que estão capacitadas para atender mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. A maioria, 54% (N=7), disse que não se sente capacitada. Os dados apontaram que 62% (N=8) das entrevistadas ainda não participaram de algum curso de capacitação e/ou atualização na área do atendimento às vítimas de violência doméstica e/ou sexual. 38% delas disseram que sim. As que participaram de cursos, por sua vez, reforçaram a necessidade de reatualizar seus conhecimentos, pois já houve capacitação em Parintins, porém há muito tempo que não ocorre. Esse anseio foi pontuado nos depoimentos: “Mais pessoas qualificadas, mais cursos de atualizações pra saber lidar com aquilo, porque não é qualquer pessoa que pode abordar [...]” (ENFERMEIRA, entrevista 1, 2017).

Nós, quando entramos aqui, nós até pedimos a capacitação, o nosso treinamento pra realmente a gente identificar esses casos, saber como proceder, como denunciar, como abordar. Então, acho que as vezes a gente é jogado lá, “pufft”, vai lá e faz o teu trabalho. Mas a gente tem que procurar de forma espontânea porque muitas vezes a gente não

⁴¹ Vasconcelos *et al* (2012) afirmam que, diferentemente do código de ética dos médicos, o qual apresenta extensas prescrições, proibições, princípios corporativos, individualizados, que priorizam o tratamento das doenças e olha os sujeitos sociais como pacientes, o código de ética do serviço social orienta-se por um compromisso ético-político com a classe trabalhadora, orienta práticas coletivas, integrais e que percebe os usuários como sujeitos de direitos. É o código de ética das profissões de saúde que mais apresenta avanços quanto à sintonia com a constituição de 1988, ancorando-se em princípios de liberdade, democracia, igualdade e que se posiciona na defesa e universalização dos direitos sociais. Diferencia-se dos códigos de outras profissões, em vários aspectos, sendo um deles o modo como percebe as demandas e sujeitos: usuários (assistentes sociais), pacientes (médicos, farmacêuticos, odontólogo), clientela (enfermagem, fonoaudiólogo), seres humanos, sem situá-los como sujeitos de direitos (psicólogos). O serviço social apresenta o potencial teórico-prático para democratizar as ações em saúde.

tem treinamento, não tem essa capacitação. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 3, 2017).

A gente não é reciclado pra isso, a gente precisa ser sempre reciclado, como a gente é reciclado todo ano fazendo curso de hanseníase, todo ano a gente faz curso de vacina, todo ano a gente faz curso de hipertensão-diabete, todo ano a gente faz curso de pré-natal de qualidade, todo ano a gente faz, vamos dizer, essas reciclagens. Em relação à violência, em relação a como lidar com pacientes assim, pra falar a verdade, nesses sete anos, eu só tive esse curso porque Parintins tava com subnotificação, mas era mais pra falar das subnotificações e como preencher a ficha de notificação de violência, mas depois de lá nunca mais. Então a gente peca nisso. A coordenação da saúde da mulher peca em relação a não nos reciclar em relação ao atendimento mesmo da pessoa que foi violentada. (ENFERMEIRA, entrevista 4, 2017).

Os discursos trazem à tona o dado de que o tema da violência pouco tem sido inserido nas pautas de capacitações das profissionais de saúde. Embora represente uma demanda quantitativamente expressiva, como evidenciado no primeiro capítulo deste trabalho, e uma necessidade de saúde pública verbalizada pelas profissionais, ainda há priorização da atenção às questões mais atreladas às doenças, constatada na fala da enfermeira (E4).

Sobre este aspecto, Mendonça (2012) afirma que apesar dos temas transversais às relações de gênero estarem cada vez mais presentes nas formações da área da saúde, em termos práticos ainda há pouco subsídio para sua efetivação nas abordagens multidisciplinares. Analisando especificamente o programa de atenção integral à saúde da mulher (paism), a autora analisa que, para responder às demandas das mulheres de modo integral, é preciso superar a centralidade do conhecimento biomédico, ampliando o olhar para além das patologias.

Ao que parece, a única capacitação foi efetuada com uma preocupação maior em atender as exigências do Ministério da saúde quanto às notificações. Uma informação jornalística, publicada em 2011, confirma essas reivindicações diante das elevadas subnotificações⁴².

Longe de ser um instrumento de rotina ou burocracia institucional, as notificações integram os procedimentos necessários diante das violências, mas a intervenção não se limita a elas. A norma técnica (BRASIL, 2012) esclarece que a importância das capacitações reside em propiciar momentos de reflexão sobre a violência de gênero enquanto problema de saúde pública, especificar as dificuldades que sofrem as mulheres em situação de violência, debater as leis existentes para o amparo delas e para situar o papel do setor de saúde na garantia desses direitos. Todos devem estar sensibilizados para essas questões. Para os/as profissionais que compõem a equipe especializada, a capacitação deve incluir o preparo técnico para o

⁴² Ver Anexo 4 – Notícia Jornalística sobre determinações do Ministério da Saúde para instituições de saúde do município de Parintins/AM

atendimento de emergência, estabelecimento de medidas protetivas e métodos de interrupção da gravidez, quando necessário.

Quando inquirimos se consideram que a equipe multiprofissional da unidade de saúde em que atuam está capacitada para diagnosticar, acolher, orientar, registrar e notificar os casos de violência doméstica e/ou sexual, 46% (n=6) disseram que SIM, 39% (n=5) responderam que NÃO e 15% (n=2) não souberam informar. As que disseram sim, em sua maioria, integram o núcleo de assistência de média complexidade. Algumas profissionais complementaram sua resposta positiva: “Se não tiver, se esforçam bastante. Há uma boa vontade. Tá capacitada sim porque eles chamam, se tem uma dúvida chamam o psicólogo” (PSICÓLOGA, entrevista 1, 2017); “Do SAVVIS” (MÉDICA, entrevista 1, 2017); “A equipe que foi treinada saiu. Agora é uma nova equipe” (ENFERMEIRA, entrevista 2, 2017);

“No caso somos eu e a enfermeira, nós somos a equipe. Então, quando acontece nós tentamos, principalmente ela que fica direto lá. Ela já faz todo o procedimento. E é aí que eu te falo: se nós não estivermos, aí todo mundo fica meio... e aí ? [sem saber o que fazer]. Não é pra acontecer assim” (PSICÓLOGA, entrevista 1, 2017).

Percebe-se que, embora sejam positivas, as respostas referem-se a um campo muito limitado da atenção de média complexidade e do serviço especializado no atendimento a vítimas de violência sexual, e não a todos da unidade de saúde. Na atenção básica, as respostas destacam a falta do preparo:

Eles não passam por treinamento e nem capacitação. Muitas vezes nem sabem pra quem encaminhar, o ACS que tá diariamente na residência. Então, é a gente que tem que buscar e capacitar eles. Pra quem que você encaminha uma mulher que você suspeita que tá sofrendo violência física? Eles não sabem. Então, nós que vamos treiná-los. Agora, nós não fomos treinados [risos] e vamos treinar eles. Olha aí a deficiência, muito grande. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 3, 2017).

Eles não são capacitados pra atendimento específico dessa parcela da população porque nós não temos, há anos, aqui, de capacitação. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017)

Constatamos que a capacitação para o atendimento não havia sido feita para todos os profissionais de saúde. As formações voltam-se, principalmente, para a atenção especializada, enquanto as equipes da unidade básica ficam, conforme vemos nas falas acima, sem receber essa qualificação. D’Oliveira *et al* (2009) abordam a importância da atenção primária para o cuidado integral. Os autores informam que o destaque da área se dá por várias razões: proximidade com a comunidade, atuação em problemas comuns associados a violências, de

modo explícito ou implícito, mas sobretudo pela sua ênfase na prevenção e promoção da saúde. Contudo, a ênfase curativa e a restrição dos gastos públicos, decorrentes do “Estado mínimo” para o social (NEMES FILHO, 2000), dificultam a extensão da efetividade das ações da atenção básica na organização do sistema de saúde.

O atendimento de média e alta complexidade torna-se a prioridade. A limitação de recursos também inibe a extensão das capacitações sobre o tema da violência para os profissionais da atenção básica, sendo mais frequentes entre os profissionais que atuam nos níveis de média e alta complexidade. Por outro lado, a equipe atual do serviço de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, embora se considere tecnicamente preparada para intervir com situações de violência, em razão de suas competências particulares, adquiridas no âmbito da formação, ou mesmo de suas experiências profissionais, ainda não passou por uma sensibilização sobre as questões de gênero atreladas ao contexto sociocultural de Parintins. Em anos anteriores, houve uma oficina de capacitação específica para profissionais da equipe do SAVVIS, porém, após a mudança da gestão local, a equipe passou por alteração de membros.

Diante destes dilemas, constatamos a necessidade de ampliar a qualificação para atenção a demandas de violência nos diferentes níveis de atenção. A boa vontade e o desejo individual dos profissionais, apontados na fala da psicóloga (P1), não são suficientes para confirmar o preparo profissional para a atenção às violências. Em uma das entrevistas, percebemos essa dificuldade:

Graças a Deus que não acontece, já teve algumas suspeitas de violência física, mas é aquela situação que eu te disse: a mulher nega, diz que não e tal. E acaba que fica por isso mesmo. O médico costura o supercílio, dá uma medicação pra dor e ela vai embora da unidade. Eu acho assim, um trabalho escroto de se fazer, tu ter que participar de toda aquela situação e, muitas vezes, tá trabalhando ali no meio familiar, ainda tem criança envolvida, tem filho, tem uma mulher que não sabe o que fazer, que o cara muitas vezes ali que sustenta a casa. Já ouvi vários relatos de coisas assim, já contando que, realmente, eu não faço nem questão de fazer esse tipo de trabalho. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

A partir desse discurso, vemos que as situações de violência (suspeitas ou confirmadas), que surgiram à profissional, não foram consideradas como tal, tornando-se uma demanda reprimida. A aversão ao tema e a impotência em não saber lidar com a situação de violência fizeram com que apenas as lesões fosse o alvo da intervenção, em uma perspectiva clínica. Reitera-se uma prática já pontuada por Bravo (2013, p. 103), a priorização das “ações curativas, centralizadas na doença e não na saúde e suas determinações sociais”. A percepção do sintoma, sem proposições para intervir em suas causas, atribuem a ênfase à medicina clínica, dificultando ao princípio da integralidade.

Já outra profissional de saúde disse que não tem interesse em participar de capacitações sobre o tema. Trata-se de um tipo de atendimento que ela não gosta de fazer. Em suas palavras: “Porque ele te abala muito psicologicamente, porque às vezes não tem como a gente desvencilhar tudo aquilo do nosso dia-a-dia. [...] E aqui a gente vê umas coisas que deixam a gente bem abalada. Então não é algo que eu goste” (MÉDICA, entrevista 1, 2017).

Estes discursos revelam que a preparação profissional não pode se restringir às técnicas de abordagem, preenchimentos de fichas ou tratamento dos agravos, mas também precisam levar em consideração os aspectos subjetivos dos/as profissionais que lidam com as situações de violência. Trata-se de um problema que afeta emocionalmente os seres humanos, podendo ocasionar abalos psicológicos e insegurança durante a intervenção. Na análise de Schraiber (2001), o receio em lidar com a violência é enfatizado na literatura pelo uso dos termos “casos difíceis”, “casos indesejáveis” ou, até mesmo, “casos odiosos”, casos que trazem à tona o sentimento e o relacionamento afetivo. Por colocarem em evidência as fragilidades de atuação profissional diante da complexidade das violências, muitos casos são ignorados e subnotificados.

Pelo fato de serem mulheres e vivenciarem as desigualdades de gênero, as profissionais de saúde se sentem inseguras e perplexas com a intensidade desses casos. Vejamos:

Quando eu comecei a fazer o atendimento eu não conseguiria me ver como uma vítima em potencial e depois que eu comecei a fazer o atendimento das vítimas de abuso sexual eu vi que todas nós somos vítimas em potencial porque eu vi pessoas sendo agredidas perto de sua casa, saindo pra comprar uma cartolina (MÉDICA, entrevista 1, 2017).

As violências de gênero perpassam o universo de todos os indivíduos e segmentos sociais, porém apresentam singularidades entre as mulheres. Vivenciar essas relações de desigualdade e violência e, ao mesmo tempo, trabalhar com elas pode interferir no modo como as profissionais vão agir diante dessas situações, o que exige o olhar para a saúde de quem cuida. Retratando isso, outra profissional declarou uma experiência de violência que ela sofreu da seguinte maneira:

Então, é mais a vergonha, principalmente dos outros, sabe por que? Porque eu sofri uma violência com meu ex-namorado. Eu sofri, meu braço ficou roxo porque ele deu um murro no meu braço. Eu, uma pessoa esclarecida, uma pessoa que sabe das leis, uma pessoa que tudo isso, eu fui denunciar? Eu não fui. Por que? Por vergonha dos meus pais saberem, pelos meus amigos. Ninguém nunca soube disso, nunca, nunca soube. Eu fui igual como todas as mulheres de baixa renda, de qualquer coisa. Menti, falei que me machuquei no meu braço. Então elas têm [vergonha]. Se eu tenho, como uma pessoa esclarecida, elas têm também. Então é muito difícil você julgar elas, saber

o que está acontecendo, é muito difícil. E elas virem procurar uma assistência aqui, a maioria das pessoas que trabalham aqui moram aqui por perto da casa dela. “Poxa vida ela foi lá toda machucada, apanhou do marido”. Então é isso. O que elas fazem? Elas vão lá, denunciam na delegacia e ficam em casa escondidinhas até sumir o roxo, mas é o próprio preconceito que a gente tem, a vergonha que a gente tem. (ENFERMEIRA, entrevista, 2017).

O relato e a carga emocional desencadeada por ele representam o impacto que a violência produz na vida das pessoas, em especial às mulheres, as quais sofrem com o preconceito em razão das representações homogeneizadoras e deterministas construídas sobre seus corpos e suas subjetividades. Por isso, a vergonha e o medo podem ser inibidores do rompimento do ciclo de violências. Schraiber *et al* (2005, p. 140) relatam este aspecto em sua pesquisa: “A maior razão declarada por aquelas que não buscaram ajuda para não tê-lo feito foi a convicção de que *a violência é normal (55,6%)*”. Em seguida, vem o medo (18,5%) e a vergonha (9,6%).

Vemos que a (in)visibilidade da violência existe não apenas entre as usuárias dos serviços, mas também entre profissionais que atuam no campo do direito e da assistência às vítimas. Este aspecto também foi abordado por Bandeira e Almeida (2008), que informam a importância de dar visibilidade às discussões sobre a violência em uma perspectiva de desnaturalização de suas causas, sensibilização profissional, humanização, desconstrução dos preconceitos e de ruptura com práticas reprodutoras da violência, como as discriminações e a falta de sigilo.

Bandeira e Almeida (2008, p. 186) destacam o dilema do trabalho envolvendo o segmento feminino, coexistindo uma “certa frustração nas profissionais de saúde, uma vez que muitas delas também vivem agressões”. As autoras analisam que, se por um lado, intervir junto a essas situações pode fomentar o sentimento de identificação e espelhamento por parte de quem cuida em relação ao grupo que está sendo cuidado, de outro, isso pode gerar uma insatisfação profissional capaz de reforçar o preconceito. Por isso, a Norma Técnica (BRASIL, 2012) sugere a capacitação e atualização dos profissionais visando

[...] ampliar conhecimentos, trocar experiências e percepções, discutir preconceitos, explorar os sentimentos de cada um em relação a temas com os quais lidam diariamente em serviço, a exemplo de violência sexual e do aborto, buscando compreender e melhor enfrentar possíveis dificuldades pessoais ou coletivas. Isso porque, ao lidar com situações de violência, cada profissional experimenta sentimentos e emoções que precisam ser reconhecidos e trabalhados em função da qualidade do atendimento e do bem-estar do(a) profissional envolvido(a). É importante também desenvolver uma sistemática de autoavaliação da equipe, sem deixar de considerar o limite da atuação de cada profissional (BRASIL, 2012, p. 35).

A atitude de se afastar ou ignorar o problema não contribui para seu enfrentamento. Refletir sobre o assunto no ambiente de trabalho, por sua vez, pode trazer o envolvimento dos

profissionais com a questão, facilitando o trabalho em equipe, a identificação do fenômeno e o cuidado com quem cuida.

De modo geral, em Parintins, as profissionais de saúde demonstraram um relativo conhecimento sobre quais os procedimentos necessários e para quais instituições da rede encaminhar. Porém, quanto aos procedimentos efetuados, predominam os encaminhamentos e a assistência médica/psicológica, encontrando-se barreiras quanto ao acompanhamento e a práticas preventivas. Os depoimentos a seguir ilustram esse aspecto:

A gente tem o atendimento das vítimas, mas tem as vezes que os pacientes não voltam ou, sei lá, mora na zona rural e vão embora para a zona rural. A gente não consegue um acompanhamento tão ideal, mas é por deficiência geral do sistema de saúde. (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

As vezes a própria paciente vai desistindo do atendimento, do acompanhamento justamente por causa disso: vai para ali, depois vai para o Jofre. Não tá, vem para o [centro de saúde Dr.] Toda, porque a nossa referência é o Toda, aí a paciente acaba desistindo de ir para o atendimento. (ENFERMEIRA, entrevista 2, 2017).

Nestas falas sobressai a dificuldade de realizar o acompanhamento de modo integral em razão de questões que transcendem os limites da prática profissional. As condições de trabalho e os elementos infraestruturais, necessários para a organização do atendimento, são aspectos que, se não forem oferecidos com qualidade, inviabilizam o desempenho dos profissionais que atuam na assistência às (aos) usuárias (os) dos serviços públicos de saúde. A precarização das políticas públicas e serviços é um problema existente em várias regiões brasileiras. No Amazonas ela ocorre com mais intensidade nos interiores, revelando as dificuldades existentes quanto aos recursos públicos e serviços que atendam às necessidades regionais. Essa é uma realidade apontada por Lima e Deslandes (2014), as quais verificam que a cobertura da atenção em saúde diante da violência contra as mulheres tem sido maior nas capitais do país.

Segundo as autoras, “a expansão das redes de atenção e a garantia do acesso aos serviços ainda está à mercê da vontade de gestores locais, que se preocupam com os votos em período eleitoral ou em perder o apoio dos setores conservadores da sociedade” (LIMA; DESLANDES, 2014, p. 796). Parintins, assim como outros municípios do Estado do Amazonas, também encontram barreiras de financiamento e de uma cultura política conservadora que interferem nas condições de trabalho e na efetivação dos projetos profissionais (CHAGAS, 2013).

Considerando que a ausência de suporte institucional necessário e de uma prática interdisciplinar levam a práticas restritas e pontuais, apresentamos, no próximo tópico, as condições de trabalho existentes no âmbito da prática profissional na atenção às mulheres em situação de violência pelo setor público de saúde em Parintins.

2.4. Organização da atenção às mulheres em situação de violência: condições de trabalho e estrutura das unidades de saúde

Durante a pesquisa de campo, visitamos as unidades de saúde escolhidas a partir dos critérios situados no primeiro capítulo deste trabalho. Foram elas: o hospital Jofre de Matos Cohen, o Centro de Saúde Dr. Toda, as Unidades Básicas de Saúde Mãe Palmira e Aldrin Verçosa. O primeiro integra os serviços de média complexidade da atenção e os outros compõem a atenção básica em saúde do município. O centro de saúde Dr. Toda, além de apresentar as características dos serviços de nível primário, também cede seu espaço, assim como o hospital Jofre Cohen, para o atendimento feito pela equipe do serviço especializado de atendimento às mulheres vítimas de violência sexual, mais conhecido como SAVVIS.

Não obstante todas as unidades de saúde terem o dever de assistir às pessoas em situação de violência, em suas múltiplas manifestações e segmentos sociais, ao longo das entrevistas percebemos que o SAVVIS é, nas representações das profissionais de saúde, o eixo central no atendimento à demanda da violência. Essa centralização foi apreendida em vários discursos, a saber: “[...] eu quero mandar para o SAVVIS, não é caso meu. O SAVVIS é uma equipe fechada pra atender [...] aí eu já aciono o SAVVIS” (PSICÓLOGA, entrevista 2, 2017). “O serviço que mais recebe é o SAVVIS e ele não passa por nós assistentes sociais [da unidade de saúde]. São outras pessoas que prestam esse serviço” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Quando perguntamos quais são ou poderiam ser as atribuições dos serviços de saúde diante da violência doméstica ou sexual contra as mulheres, algumas profissionais afirmaram o seguinte: “Na verdade, elas são atendidas pelo SAVVIS. O Savvis é até as 72 horas da agressão da vítima, sexual, qualquer tipo de agressão [...]” (MÉDICA, entrevista 1, 2017). “A gente tem o SAVVIS que é o serviço de atenção às vítimas de violência sexual que tá ‘funcionando’ sim, com o nosso sistema de saúde aos trancos e barrancos né, mas que também, na minha opinião, deixa muito a desejar como sistema ideal” (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

Percebemos que, na visão das profissionais, é sobre o SAVVIS que deve recair as demandas de violências. Esta concepção gera algumas repercussões, quais sejam: a priorização do olhar sobre as demandas de violência sexual em detrimento dos outros tipos de violência que perpassam o contexto da saúde pública, em seus diferentes níveis de atenção; a sobreposição dos serviços de reabilitação, tratamento e cura com minimização da prevenção. Também há sobrecarga dos profissionais que atuam no serviço especializado, o que é agravado

pelo fato de tal serviço não estar plenamente estruturado. Trata-se, conforme a fala de uma das integrantes da coordenação de saúde da mulher, de uma equipe itinerante. Vejamos:

O programa de saúde da mulher funciona com vários eixos, dentre estes eixos a gente contempla a questão da violência contra a mulher. A gente trabalha com a questão da rede cegonha, a rede cegonha é um programa do ministério da saúde que visa a redução da mortalidade materna e infantil né. Então a gente faz o trabalho de humanização pré-natal, parto, nascimento e acompanhamento da criança até dois anos de vida. Esse basicamente é o rede cegonha. Mas aí a gente trabalha com a outra vertente que é em relação à violência contra a mulher. Dentro dessa vertente a gente trabalha com o SAVVIS que é o serviço de apoio a vítimas de violência né, violência sexual, principalmente. Aqui no município nós estamos trabalhando, atualmente, de forma - até entrar os profissionais do seletivo da saúde - a gente trabalha com uma equipe interina. (ENFERMEIRA, coordenação de saúde da mulher, 2017).

Nesta fala, observamos que o programa saúde da mulher concentra sua atuação sobre os aspectos reprodutivos, especialmente a maternidade, e sobre a violência, destacando-se a violência sexual a partir de um serviço, o SAVVIS. Não foi feita alusão a abordagens de relações de poder, desigualdade ou violência como integrante da temática da reprodução e sexualidade. Também não foi mencionada a perspectiva das relações de gênero na apresentação das vertentes do programa.

A fala apresentada em sequência é um indicativo para a necessidade de ampliar essa discussão: “Sendo muito sincera, não sei. Temos o SAVVIS, só. Tem os programas, mas é mais voltado pra saúde delas, a prevenção do câncer de colo do útero, de mama. Não, assim, pra se trabalhar a violência, pra se evitar. Eu vou ser muito sincera: eu não sei te dizer” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 2, 2017). A profissional, assim como as outras, não assinalou as possíveis atribuições da saúde pública frente às violências para além do SAVVIS. A priorização dos níveis de atenção especializada é uma questão que restringe a atenção integral à saúde e gera, inclusive, uma sobrecarga a este nível da assistência. Esta dificuldade foi frequentemente apontada pelas profissionais de saúde, nos seguintes termos:

Hoje a gente tem uma sobrecarga na parte de ginecologia e obstetrícia que é quem faz a saúde da mulher. A gente recebe as coisas que considero já muito grave, mas que a gente não trabalha quase com prevenção, que aqui seria muito importante pra ensinar e levar informação [...] (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

Há somente duas médicas ginecologistas-obstetras para efetuar o atendimento às mulheres em Parintins. Ambas atuam tanto na rede pública de saúde como no serviço privado. Uma delas atende 15 dias em Parintins e outros 15 dias em Manaus, o que diminui a cobertura assistencial com relação à saúde das mulheres no município. A partir da pesquisa de campo, foi

constatado que alguns membros da equipe que atuam no serviço de atendimento às vítimas de violência sexual também atendem em outras unidades de saúde. Uma delas trabalha em 04 instituições da abrangência da saúde e também atua no interior. De acordo com as profissionais, o nível de sobrecarga é grande e dificulta o trabalho em termos de prevenção.

Analisando a qualidade da atenção em saúde, mais especificamente em saúde reprodutiva, Gama (2012) pontua que a prevenção se encontra secundarizada, assim como a atenção às desigualdades de gênero e seus impactos sobre a saúde. Para a autora, isto está atrelado à permanência de uma subordinação dos serviços a um modelo masculinizado de saúde, que atua na medicalização do corpo e da vida reprodutiva da mulher. Isto explica, em termos, a ênfase dada às sequelas, traumas e doenças já agravadas. No outro ângulo da análise, encontra-se a precarização dos serviços públicos, como resultado da “[...] diminuição do gasto social em saúde determinada pelas recentes políticas de ajuste” (GAMA, 2012, p.86).

Uma das maiores dificuldades apontadas entre as profissionais entrevistadas foi a insuficiência de recursos humanos na rede municipal de saúde. Isso é sentido pelas profissionais dos diferentes espaços, tal como expresso na seguinte fala: “Como o SAVVIS não tem uma equipe montada, me puxam dali e puxam a colega dali [...]. Nós temos uma sala montada só que o pessoal reclama porque vem dinheiro para ter essa equipe, aí nós trabalhamos, nós ficamos sobrecarregados (PROFISSIONAL DE SAÚDE, entrevista, 2017)”.

Embora exista, nas dependências do hospital Jofre Cohen, uma sala equipada para o atendimento às vítimas de violência sexual, este ocorre em diferentes espaços e, por vezes, ocasiona um desgaste aos profissionais que ficam de sobreaviso e, principalmente, às vítimas das violências. Uma das entrevistadas faz o seguinte relato:

Tem a sala lá no Jofre Cohen. Se você for pra lá é uma sala muito bonita, muito ampla. Mas essa equipe para estar lá não tem porque é um para ali e outro pra cá e quando acontece né, que quase todos os dias acontece, aí liga pra ginecologista. A ginecologista, às vezes, [diz]: eu não sou paga pra isso, eu sou obstetra, eu sou tal coisa. Aí fica... a criança ou a mulher fica rodando. É um desgaste, sendo muito sincera, é um desgaste (PROFISSIONAL DE SAÚDE, entrevista, 2017).

De acordo com Gama (2012), o acesso é um importante indicador da qualidade de um serviço. A existência de infraestrutura física e humana, bem como o nível de cobertura das ações no território, são medidas usuais para determinar o acesso. Prolongadas esperas e constrangimentos no atendimento são apontados como elementos de dificuldade de ascender ao sistema. A insuficiência de recursos humanos na saúde pública leva à necessidade de tecer estratégias como os “rodízios”, em que algumas profissionais atendem em mais de uma unidade

de saúde, fazendo-se presentes em apenas um ou dois dias por semana em cada local. Assim, enquanto enfermeiros e técnicos de enfermagem tem atuação constante nas unidades, assistentes sociais e psicólogos, comumente, tem atuado pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), em várias unidades de saúde.

Além da necessidade de qualificar recursos humanos, a norma técnica (BRASIL, 2012) especifica que devem existir equipamentos e materiais permanentes em perfeitas condições de uso. Para os casos de violência sexual, a estrutura deve ser equivalente a de um consultório de ginecologia e obstetrícia, contendo mesa, cadeira para consulta, materiais descartáveis para exames ginecológicos e, se possível, colposcópio, aparelho de ultrassonografia e equipamento para registro fotográfico das ocasionais lesões físicas. Já os serviços de referência devem, ainda, conter equipamentos próprios de um centro cirúrgico para realização do aborto previsto legalmente, com material para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem. Devem existir fichas específicas de atendimento para o registro adequado das informações que podem servir de base à Justiça.

Quando perguntamos às profissionais se consideram que a unidade de saúde em que trabalham dispõe de equipamentos e materiais permanentes, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidades de atendimento às vítimas de violência, 69% afirmaram que SIM, 23% disseram NÃO e 8% não respondeu. Estes dados indicam que a maioria considera a estrutura da unidade de saúde em que atua suficiente e adequada. Uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), a Aldrin Verçosa, passou por uma reforma no segundo semestre de 2017. O ambiente, atualmente, possui recepção climatizada, com cadeiras acolchoadas, televisão, balcão e algumas salas de atendimento multiprofissional. Das unidades básicas de saúde visitadas durante a pesquisa de campo⁴³, apenas esta possui essas características. As outras unidades atendem minimamente as exigências de estrutura física descritas na regulamentação dos serviços de atenção básica, com exceção do consultório odontológico, pois, conforme a Política Nacional da Atenção Básica – PNAB (BRASIL 2012b, p. 35), recomenda-se que as unidades básicas de saúde tenham

1- Consultório médico/enfermagem; consultório odontológico e consultório com sanitário; sala multiprofissional de acolhimento à demanda espontânea; sala de administração e gerência; e sala de atividades coletivas para os profissionais da atenção básica; 2- Área de recepção, local para arquivos e registros; sala de procedimentos; sala de vacinas; área de dispensação de medicamentos e sala de armazenagem de medicamentos (quando há dispensação na UBS); sala de inalação

⁴³ As visitas de campo foram feitas em dois momentos: no final do segundo semestre de 2017 e no primeiro semestre de 2018, especificamente nos meses de março, abril e maio.

coletiva; sala de procedimentos; sala de coleta; sala de curativos; sala de observação, entre outros.

Apesar disso, as unidades de saúde pesquisadas não estão preparadas para oferta de atendimento a mulheres em situação de violência sexual, em seus diferentes tipos, visto que não contemplam os equipamentos necessários de ginecologia e obstetrícia. Diante da inexistência de plenas condições de atendimento à violência sexual, cabe, neste caso, o encaminhamento ao serviço especializado a partir da referência e contra-referência.

Mas o aspecto que define a inadequação da assistência às mulheres em situação de violência, tanto doméstica quanto sexual, diz respeito à falta de privacidade, o que envolve a análise do ambiente físico e do preparo de todos os profissionais da unidade para questões de acolhida, ética e sigilo. D'Oliveira *et al* (2009) consideram esses aspectos como princípios que vão propiciar o vínculo de confiança da mulher em situação de violência com os serviços de saúde. A autora pontua a privacidade do ambiente e o sigilo ético como fundamentais para formar o ambiente acolhedor com escuta ativa e sem julgamento. Para os autores, essa abordagem demarca o elemento diferencial dos serviços de saúde em relação à ação da justiça.

A inadequação das unidades para o atendimento de casos de violência foi apontada pelo outro percentual (23%) de profissionais que não considera sua unidade de saúde adequada para o atendimento às pessoas em situação de violência. Segundo elas, a maior dificuldade está relacionada ao espaço de atendimento. A falta de privacidade, ocasionada pela insuficiência de salas, foi mencionada. Em todas as unidades básicas que visitamos, sentimos essa dificuldade. Não conseguíamos encontrar um lugar suficientemente reservado para a realização das entrevistas. Em vários momentos tínhamos que interromper os diálogos, pois outros profissionais adentravam o espaço para realizar alguma atividade ou fazer alguma solicitação. As categorias profissionais que tinham melhor estrutura, com sala própria e equipamentos adequados eram da área médica e psicológica da média complexidade da atenção. As assistentes sociais e enfermeiras das unidades básicas de saúde costumam revezar o uso das salas com profissionais de outras áreas.

Em sua pesquisa sobre as condições de trabalho das assistentes sociais que atuam no município de Parintins, Chagas (2013) constata que o/a assistente social que atua na área da saúde não dispõe de um setor próprio e, em muitos casos, dividem uma única sala com outros profissionais sob a justificativa da abordagem em equipe interdisciplinar. A autora afirma que independentemente do trabalho em equipe, o profissional deve garantir o sigilo e a privacidade

necessária aos usuários, o que encontra respaldo no código de ética deste profissional (CFESS, 1993).

Em uma das Unidades Básicas de Saúde (UBS), o atendimento da equipe de saúde da família estava ocorrendo na sala de reunião, localizada nos fundos da UBS. Um local amplo, porém sem privacidade, pois a porta de vidro da entrada fica aberta e a todo momento os profissionais entram e saem durante o atendimento. Além de não garantir o sigilo, visto que a conversa podia ser ouvida do lado externo, constatação obtida por mim enquanto aguardava para ser atendida. Não apenas nas unidades básicas de saúde, mas também no hospital, a questão do sigilo e da privacidade foi percebida como inadequada. No entanto, quando questionamos às profissionais se acham que o serviço de saúde dispõe de um ambiente físico adequado, de respeito e acolhedor para atendimento às mulheres em situação de violência, 54% (N=7) responderam que sim, 31% (n=4) disseram que não e 15% (N=2) não souberam ou não quiseram responder.

Uma das profissionais chama a atenção para o seguinte aspecto: “Pra nós aqui, a primeira identificação que nós temos é o local, o acolhimento, que ainda não está um acolhimento ético [...] ele ainda não está bem definido esse local de atendimento” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017). Observe-se que há dificuldade de sigilo, o qual, de acordo com Vasconcelos *et al* (2012), é apontado como um dever no código de ética da maioria dos profissionais de saúde, exceto do serviço social, em que o sigilo é tido como um direito e que protegerá o usuário, podendo ser quebrado apenas em caso de prejuízo ao usuário, a terceiros ou à coletividade⁴⁴. A inadequação das estruturas e condições de trabalho dificultam o cumprimento das postulações éticas das profissões e ferem os direitos dos usuários quanto aos seus direitos.

A profissional afirmou que, apesar da dificuldade de sigilo e humanização do acolhimento, em breve essa situação já estaria resolvida, pois iriam ser escalados dois funcionários para ficar na recepção do hospital realizando a acolhida. Alguns dias depois, quando retornamos ao local haviam duas atendentes. Elas revelaram que, às vezes, o médico realiza os atendimentos às mulheres em situação de violência ali mesmo na recepção. Enquanto

⁴⁴ Art. 15 – Constitui direito do Assistente Social manter o sigilo profissional.

Art. 16 – O sigilo protegerá o usuário em tudo aquilo de que o Assistente Social tome conhecimento, como decorrência do exercício da atividade profissional.

Parágrafo único – Em trabalho multidisciplinar só poderão ser prestadas informações dentro dos limites do estritamente necessário.

Art. 17 – É vedado ao assistente social revelar sigilo profissional.

Art. 18 – A quebra do sigilo só é admissível quando se tratar de situações cuja gravidade possa, envolvendo ou não fato delituoso, trazer prejuízos aos interesses dos usuários, de terceiros e da coletividade.

Parágrafo único – A revelação deverá ser feita dentro do estritamente necessário, quer em relação ao assunto revelado, quer ao grau e número de pessoas que dele devam tomar conhecimento (CFESS, 1993).

aguardava uma entrevista, observamos que havia uma mulher sentada esperando pelo médico e as recepcionistas perguntaram se ela tinha registrado o boletim de ocorrência. A mulher confirmou que sim, mostrando o documento. As recepcionistas pediram que fôssemos a outro local esperar o médico: a recepção da emergência do hospital. Depois de cerca de 15 minutos de espera, o médico apareceu no local e solicitou à paciente que mostrasse os locais lesionados. Ela fez referência com as mãos em direção às pernas, boca e cabeça. Em seguida, ambos entram em uma sala. Esta descrição de campo permitiu verificar a exposição na qual as mulheres em situação de violência estão sujeitas durante o atendimento. Havia outras pessoas no local, incluindo eu. O constrangimento foi evidente e, para quem conhece a dinâmica institucional, já sabia que se tratava de um caso de violência. Tratava-se do exame pericial ou exame de corpo de delito.

Este problema foi percebido não apenas na observação de campo, mas também através das falas das profissionais que atuam no local, a saber:

Eu reclamo sempre porque a vítima fica na enfermaria. Enfermaria: cama colada, separada por biombo, aquele pano. E não tem nem como falar. Quando ela não pode ser removida dali, levantar, caminhar, até essa sala aqui, tu vê que é um pouco longe das enfermarias, não tem condições de fazer uma entrevista mais detalhada. Até mesmo falar de HIV [...]. O pior ainda é que a cidade é pequena, eu conheço quem tá do meu lado. Então não existe. (PSICÓLOGA, entrevista 1, 2017).

No atendimento do médico ele tem uma mesa aqui, de frente pra cá, e bem ali tem uma cortina, aí tem gente fazendo medicação atrás da cortina, ali tem uma maca, aí às vezes tem gente fazendo nebulização. É técnico que sai, é técnico que entra. Tem gente que entra, que sai, mas que não tem uma privacidade. A pessoa não se sente à vontade pra falar algo assim no meio de tanta gente. É algo que as pessoas não conversam e saem contando pra todo mundo ouvir (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

A norma técnica (BRASIL, 2012) orienta que, para o atendimento de mulheres que sofreram violência, deve ser definido um local específico, de preferência fora do espaço físico do pronto-socorro ou da triagem, objetivando o zelo pela privacidade dessas pessoas durante a entrevista e os exames. “Essa medida é fundamental no processo de acolhimento, estabelecendo um ambiente de confiança, respeito e compreensão da complexidade do fenômeno”. (BRASIL, 2012, p. 18). O documento normativo ressalta que toda situação que induza ao constrangimento ou ao estigma em relação a essas mulheres deve ser coibida, como exemplo, orienta-se não identificar nominalmente o setor ou a sala destinada ao atendimento. D’Oliveira *et al* (2009) admoestam dizendo que a quebra do sigilo é também uma questão de segurança dos envolvidos, devendo-se se estender quanto ao uso de prontuários, que devem ser codificados e devidamente armazenados.

Sobre as dificuldades de exposição, uma das profissionais traz o seguinte posicionamento:

No hospital que eu fazia residência a gente fazia o boletim de ocorrência no próprio hospital. Tinha um policial só pra parte da violência. Aqui a gente não tem. Isso poderia ter aqui. Porque é o ideal. Porque ela não precisa ir pra delegacia. Não precisa se expor porque elas acham que é uma exposição e é, de fato. Muitas vezes elas não são compreendidas. Então, lá fazia esse registro no próprio hospital. E isso a gente não tem aqui. (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

De acordo com a Norma técnica (BRASIL, 2012) não é obrigatório haver um serviço especializado para o atendimento às vítimas de violência, pois trata-se de medidas que podem ser integradas às ações habituais de todas as unidades de saúde, devendo-se, no entanto, contemplar o que for necessário para garantir a qualidade da assistência em suas diferentes etapas. O documento evidencia a importância de se ter mecanismos bem definidos de detecção de todos os tipos de violência, procedimentos médicos necessários, encaminhamentos e cuidados de acordo com as necessidades de cada mulher.

Não apenas as mulheres, como também a família e a comunidade devem receber a abordagem de preparação para lidar com essas situações, pois não se trata de casos isolados, mas sim de uma questão que pode ser duradoura e que envolve elementos psicológicos, econômicos, sociais e culturais (BRASIL, 2012). Do mesmo modo, serviços e programas devem estar integrados, os recursos devem ser disponíveis e acessíveis a todas as mulheres e adolescentes da rede de apoio e proteção. Sobre este aspecto, nos remetemos às peculiaridades da região e do município de Parintins, em que as maiores dificuldades foram apontadas para a atenção e acompanhamento às mulheres rurais, conforme exposto nas seguintes falas:

Tanto de vir pra cidade, para o município de Parintins. Pra Manaus nem se fala. Parintins é polo. Então, toda a zona rural, os municípios ao redor de Parintins vêm pra Parintins porque a dificuldade maior é pra Manaus. Até pra conseguir o atendimento. Mas eu diria pra ti que a dificuldade maior é o tamanho da região que nós vivemos, a distância de um local para o outro. (PSICÓLOGA, entrevista 2, 2017).

Eles vêm duas ou três vezes, da terceira não vem mais porque eles não têm um local, a maioria não tem local. [...] Aí elas falaram: a gente não vem mais não porque a gente vem de rabetá. Então acabam tendo que voltar, que aceitar (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 2, 2017).

Nossa, aqui é muito fraco esse atendimento. É bem problemático. Por exemplo, a Vila Amazônia passa de três a quatro meses solicitando esse tipo de atendimento. Aí o que que eles fazem aqui em Parintins: um mutirão. [...] E quando eles começam a denunciar você tem que esperar montar um mutirão que vai lá fazer esse atendimento e que não é constante, que não tem uma continuidade. Então, se não tem continuidade não tem como você prevenir, não tem como você atuar diretamente ali e conseguir resolver ou minimizar. Não tem como. Não é contínuo. Então, a zona rural, ela sofre bem mais que a zona urbana. É como as nossas políticas sociais, se não tiver continuidade não adianta você fazer só o imediato, emergencial e sumir, nunca mais

aparecer lá. Você abandona essa mulher, na verdade. Porque você vai lá, vê, conhece a realidade, depois não volta mais. Então você abandonou essa mulher. Nós, como governo, estamos negligenciando porque se essa criança já foi estuprada, já está no segundo filho e nada foi feito, então você tá abandonando aquela mulher (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 3, 2017).

Com base nos relatos, a cobertura da rede de saúde em Parintins não atende com efetividade as comunidades circunvizinhas, dificultando o acesso da população rural e/ou dos povos das águas aos serviços básicos, ginecológicos, de prevenção e de média ou alta complexidade que forem necessários. Uma das profissionais aponta as peculiaridades regionais como o maior entrave, sobretudo em termos geográficos.

Tal como descreve Oliveira (2012, p. 03), “o Amazonas é o maior Estado do Brasil, com uma superfície de 1.558.987 Km², com densidade demográfica de 2,18 hab/km². Grande parte dele é ocupada por reserva florística e a outra é representada pela água”. Parintins possui características de ilha, situada às margens do maior rio do mundo, o Rio Amazonas, o qual se apresenta como elemento central na vida dos seus habitantes. O rio é o caminho para o deslocamento na região, sendo necessário o uso de barcos, lanchas, canoas e rabetas⁴⁵. Além de ser repleto de simbolismos, os rios amazônicos demarcam os modos de vida local, sendo espaços de lazer, fonte de recursos comerciais e de subsistência (RIBEIRO, 2012). Os rios, com efeito, surgem também como elementos de distanciamento entre a população rural e os serviços públicos que se encontram, em grande medida, na área urbana do município de Parintins, como constatamos nas falas.

O acesso à saúde pública também fica restrito e, para as mulheres em situação de violências, acaba restando a “aceitação” de seu sofrimento, conforme a fala da profissional (A2). Os eventuais mutirões surgem como momento de captação de denúncias. Porém, sem o apoio e o acesso contínuo a uma rede de proteção/enfrentamento, fica difícil romper com o ciclo de violência.

Além das desigualdades de gênero, há desigualdades de classe e raça/etnia, afinal, as condições de pobreza são maiores nas comunidades mais distantes e encontram-se entrelaçadas à realidade de uma das regiões mais miscigenadas do país, com significativo percentual de negros/as⁴⁶. O subdesenvolvimento regional está inegavelmente relacionado ao contexto

⁴⁵ É um tipo de transporte fluvial de pequeno porte. Uma embarcação semelhante às canoas, com motor e hélice traseira, geralmente usada para deslocamentos de curta duração.

⁴⁶ De acordo com os dados de violência coletados na vigilância em saúde de Parintins, dispostos no SINAN, a maioria das mulheres vítimas de violência são pardas (N=822), em seguida estão a indígenas (N=04), brancas (N=3), pretas (01) e amarelas (N=1), totalizando 831 casos em 2013.

histórico de exploração, desigualdade e espoliação das riquezas naturais (e humanas) da região ao longo da história de sua formação sociocultural e econômica (BENAION, 2006).

As políticas de desenvolvimento regional, por exemplo, foram marcadas pelo caráter hierarquizado de um plano ou projeto político-econômico, conforme sinaliza Silva (2012, p. 124-125),

A região do Juruá é hoje paradigmática do despovoamento, do abandono regional típico das populações amazônicas [...]. Sua economia tem se apresentado deficiente e oscilante como objeto de interesses privados e estatais, reforçando o *interesse cíclico e intermitente* que se caracterizou na Amazônia brasileira como um todo, que apesar de sua importância para o mundo no tocante à biodiversidade ambiental, não consegue traduzir essa importância em investimentos que traduzam qualidade de vida digna para sua população.

Trata-se de um aspecto emblemático do que acontece com as regiões e países que foram condicionados⁴⁷ ao não desenvolvimento. Desconsidera-se as necessidades dos povos locais e implanta-se, bruscamente, as políticas norteadas pelos interesses do capital sem partir de uma proposta de desenvolvimento social com uso de tecnologias (conhecimentos e técnicas) regionais, as quais poderiam propiciar uma ruptura com a subordinação e dependência.

Essas condições de pobreza e desigualdade afetam singularmente a saúde das mulheres na região. De acordo com a Secretaria de Políticas para as Mulheres (SPM), as mulheres das regiões norte e nordeste do Brasil foram as que menos tiveram acesso ao atendimento pré-natal recomendado pelo SUS: “apenas 41% das gestantes da Região Norte e 50,2% das gestantes do Nordeste realizaram sete ou mais consultas” (BRASIL, 2015c, p. 28). A pesquisa aponta ainda que além das desigualdades regionais, há também desigualdades relacionadas à raça e etnia, em que as mulheres gestantes indígenas, pardas e negras, respectivamente, tiveram menos acesso a consultas de pré-natal no Brasil, em 2012.

Bandeira (2005, p. 15) considera que, em um contexto de parco desenvolvimento, as mulheres “são o grupo mais passível de sofrer as consequências da precarização, pois as desigualdades de gênero ainda constituem um padrão e um elemento indispensável para se compreender a condição de pobreza das mulheres [...]”. A pobreza é entendida como uma das faces da violência estrutural que fragilizam a vida das mulheres na medida em que lhes é restrito o acesso a recursos/serviços imprescindíveis para sua sobrevivência e para romper com situações de violência.

⁴⁷ Considera-se, aqui, o termo condicionamento como uma referência a um processo histórico de subordinação imposta, porém não eterna ou imutável. São condições que podem ser alteradas, dado o caráter dinâmico das relações sociais.

Vimos, anteriormente, na fala de uma das assistentes sociais (A3), que há dificuldades de acesso das mulheres rurais aos serviços de saúde, e a outros serviços da rede de atendimento, o que caracteriza a negligência e o abandono governamental no âmbito das políticas sociais públicas no município de Parintins. A precarização imposta afeta as condições de trabalho das profissionais de saúde e a continuidade dos programas ou serviços ofertados. Isto foi evidenciado ao longo das entrevistas, das quais extraímos os seguintes relatos:

“Pararam na outra gestão, não entendi, não sei porquê, nem quero saber, porque eu fiquei horrorizada [...]” (PSICÓLOGA, entrevista 2, 2017). “Eu acho que a nossa saúde pública está tão violentada que ela não consegue fazer nada integral” (MÉDICA, entrevista 3, 2017). “Então eu acho que saúde iria colaborar muito mais se esses programas funcionassem de fato” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 3, 2017).

Quando nós recebemos o município tinham serviços que estavam parados, não estavam nem funcionando. Nós tivemos informação que na gestão anterior existia um serviço desse do SAVVIS, que é o serviço de apoio às violências, que funcionava num determinado local. Quando nós recebemos o município, esse serviço não tava. Tava sendo feito somente o exame. Então, nós tivemos que reconstruir. (REPRESENTANTE GESTÃO / SEMSA, entrevista, 2017).

As falas expressam as dificuldades ocasionadas pela interrupção de serviços, projetos ou programas a cada mudança na gestão governamental. A descontinuidade na execução das ações foi detectada em outros estudos realizados no município de Parintins, como o de Chagas (2013). A suspensão de programas e projetos tem como uma de suas causas, conforme sinalizam Bravo e Matos (2007), o avanço da ofensiva neoliberal, cujos ajustes estruturais, propostas de redução do gasto público e subordinação do Estado aos interesses econômicos, favoreceram ações reducionistas no campo das políticas sociais. Nessa conjuntura, as políticas, já marcadas pelo clientelismo, conservadorismo e patrimonialismo passaram a regredir ainda mais, tendo seu perfil assistencialista acentuado⁴⁸. Estes entraves constituem a realidade do município de

⁴⁸ De acordo com Freire (2012), no Brasil, diferentemente dos países não periféricos, há prevalência de relações que privatizam o público, misturando o moderno com o arcaico, onde a “velha questão social” assume novas roupagens. Essa confusão entre o público e o privado, presente ao longo da história do Brasil, é reiterada com o neoliberalismo, o qual legitima a privatização da coisa pública. Em Parintins, essas relações também são muito presentes. Pesquisas feitas em Parintins (CHAGAS, 2013; TEIXEIRA, *et al*, 2016; MEDEIROS e NORONHA, 2017) tem apontado para a existência de burocracia, práticas políticas do favor, patrimonialistas e clientelistas, marcadas pelo controle de massas nas instancias de deliberação, desvio de verbas, restrições à transparência dos gastos públicos, fragilidade dos vínculos contratuais com dependência e tutela dos servidores públicos em relação aos interesses dos gestores locais, entre outros aspectos. Medeiros e Noronha (2017) em pesquisa de doutoramento, falam, inclusive, em “coronelismo sem coronéis”, “*caciques* da política amazonense” e de relações de poder coercitivas no espaço do conselho de saúde do município de Parintins.

Parintins, dificultando a intervenção profissional e, sobretudo, a efetivação dos direitos dos usuários dos serviços públicos, destacando-se a área da saúde.

A precarização dos serviços públicos é um dos fatores que reproduzem violências na medida em que limitam as condições de vida da população. No caso específico das mulheres, a não existência ou existência debilitada de serviços e políticas públicas contribuem não apenas para (re)criar violências, mas também se constituem enquanto tal. Em vista disso, além da intervenção sobre as diversas formas de violência que ferem a integridade física, psicológica, sexual e/ou moral das mulheres, é preciso considerar os fatores estruturais que interferem e limitam as condições de vida de um coletivo de mulheres ou até mesmo dificultam a superação de situações de violência. No capítulo seguinte, apresentamos as perspectivas das mulheres sobre as violências sofridas e as possibilidades de atenção em saúde no município de Parintins.

CAPÍTULO III

VIOLÊNCIA E SAÚDE PÚBLICA:

HORIZONTES PARA A TRANSVERSALIDADE DE GÊNERO EM PARINTINS-AM

*Eu sou aquela mulher a quem o tempo muito ensinou.
Ensinou a amar a vida. Não desistir da luta. Recomeçar na derrota.
Renunciar a palavra e pensamentos negativos.
Acreditar nos valores humanos. Ser otimista.
Creio numa força imanente que vai ligando a família humana
numa corrente luminosa de fraternidade universal.
Creio na solidariedade humana. Creio na superação dos erros e
angústias do presente. Acredito nos moços.
Exalto sua confiança, generosidade e idealismo.
Creio nos milagres da ciência
e na descoberta de uma profilaxia futura
dos erros e violências do presente.*

(Cora Coralina).

3.1 Mulheres, vivências e impactos da violência na saúde

Discorrer sobre a experiência das mulheres que estiveram em situação de violência supõe verificarmos possíveis horizontes de saída desse ciclo, sugerindo a criação de espaços que possam acolher essas demandas. Nosso diálogo com essa demanda dar-se-á por meio da reconstituição de trajetórias de vida, por vezes, vistas como histórias de vida.

De acordo com Silva *et al* (2007), a abordagem qualitativa da história de vida tem a vantagem de permitir o elo entre o sujeito que pesquisa e o sujeito que traz o relato, explicitando sensações e sentimentos sobre as experiências vividas, os quais não poderiam ser captados exclusivamente com a pesquisa quantitativa. Constituem-se, portanto, enquanto forma relevante no olhar científico. Esta ferramenta estimula a produção dos sentidos sobre o individual como integrante do coletivo/social. A nós, possibilitou perceber a complexidade que envolve a violência e o seu enfrentamento, não apenas em razão das escolhas particularizadas das interlocutoras, mas também como expressão da questão social, detentora de determinantes socioculturais.

JASMIM (a flor)⁴⁹

⁴⁹ Pseudônimos, escolhidos pelas mulheres entrevistadas, foram utilizados no intuito de manter o sigilo de suas identidades.

Jasmim é parintinense, tem 41 anos, é mãe de duas filhas (uma de 9 anos, outra com 4 anos de idade) e atualmente mora no município de Parintins, mas durante muito tempo residiu em Manaus, capital do Estado do Amazonas. Nessa cidade ela conheceu o pai de suas filhas, com quem conviveu durante 10 anos de sua vida. Ao longo desse tempo, sua trajetória foi marcada pela violência conjugal. Ela conta que a história de violência se refere ao seu segundo casamento. Antes desse momento ela se via como uma mulher independente, pois tinha um emprego. Entretanto, devido o ciúme, perseguição e insistência do companheiro, deixou seu trabalho. Ouçamo-la:

Desde quando eu engravidei dela [da primeira filha] eu parei de trabalhar porque ele me forçou a sair do trabalho. Ele não queria. Ele só vivia me cercando no trabalho. Era aquela perseguição horrível. Você sabe como é em Manaus, ônibus não tem hora para chegar. Tem aqueles atrasos. Se eu chegasse um horário a mais daquele costume, era discussão em casa, me chamava de coisas horríveis (JASMIM, entrevista, 2018).

A perseguição e o impedimento ao trabalho são elencados por Schraiber *et al* (2005) como formas de violência psicológica, visto que limitam o poder de decisão, a liberdade de ir e vir, bem como privam a mulher de se desenvolver profissionalmente ou de interagir com outras pessoas. Conforme análise de Barroso (2011, p. 91), o isolamento representa uma das manifestações mais intensas da violência psicológica, pois visa “o controle absoluto da mulher, já que, ao restringir seu contato com o mundo externo, ela dependerá ainda mais de seu parceiro, tornando-se submissa a ele”. Além da violência psicológica, outras formas de violência, como a violência moral e a física, foram perpetradas contra Jasmim. Gritos, palavrões e pancadas, que deixavam marcas em várias partes do corpo, foram citadas como algo que fazia parte de sua rotina, mas que se intensificavam quando o agressor usava drogas.

Algo comumente citado nas pesquisas sobre o tema da violência é a relação desta com o uso de álcool ou outras drogas. Rangel e Oliveira (2010) apontam para o fato de que vários fatores precipitantes coexistem em uma situação de violência, sendo que o principal é o álcool (45%), seguido do ciúme (22%), das drogas (17%) e de outros aspectos subjetivos ou psicossociais (42%), tais como o descontrole emocional, o comportamento controlador, autoritário ou distúrbios psicológicos. Estes fatores costumam ser associados às agressões, fazendo com que a mulher em situação de violência os coloque como causas que determinam sua condição. Entretanto, nenhum deles justifica as relações violentas.

Não obstante as diferenciações categoriais ou conceituais existentes, a literatura tem abordado a violência como algo que acontece dentro de relações de poder, na qual as mulheres não se encontram em um patamar de igualdade em relação aos homens (SAFFIOTI, 2004;

SANTOS E IZUMINO, 2005; TELES E MELO, 2012). Trata-se de uma violência configurada pela desigualdade nas relações de gênero (BANDEIRA, 2014). Então, mesmo que os homens sofram violências, as mulheres são violentadas, entre outras razões, por serem socioculturalmente situadas em representações de inferioridade e subalternidade, as quais, mesmo sendo questionadas ao longo dos anos, ainda se fazem presentes nas relações, instituições e culturas. Portanto, o uso de drogas, mencionado por Jasmim, é apenas um elemento que impulsionava a intensidade da agressão. Mesmo sem os estimulantes, a violência se reproduzia no contexto doméstico, onde ela se encontrava.

O cotidiano violento afetava também sua filha mais velha. Jasmim a descreveu como uma criança muito contida e nervosa, mas ao mesmo tempo muito forte, pois sua convivência com a violência vinha desde quando estava no ventre de sua mãe, perdurando até o ano passado. É o que revela no relato a seguir:

Ela sofreu muito desde a barriga até o momento que a gente estava em casa. Ela era muito nervosa. Porque todo dia em casa eram aqueles palavrões, aquelas coisas horríveis, entendeu? Então, depois que nós saímos de lá, que nós viemos morar para cá, eu vi que ela se soltou mais. Até nos estudos ela melhorou muito. Ela não tinha vontade de estudar. Eu perguntava: tu não fez nada na escola? Ela só fazia me olhar. Eu chorava muito, eu chorava muito porque ela não fazia nada. Ela só começava a fazer aquele cabeçalho que a escola ensina, o resto ela não fazia mais. A professora passava várias atividades, ela não chegava com nenhuma em casa. E depois que nós viemos morar pra cá eu fui logo atrás de uma escola pra ela e eu vi que ela desenvolveu muito, muito mesmo. Então eu fiquei mais alegre porque eu vi que a minha filha desenvolveu, mas era por causa da situação dentro de casa. (JASMIM, entrevista, 2018).

Cavalcante e Almeida (2015) afirmam que, em um contexto marcado pela violência contra a mulher, não somente ela é afetada negativamente. As crianças e adolescentes que residem no ambiente podem ter seu desenvolvimento físico e psicossocial prejudicados, apresentando características como o medo, nervosismo, agressividade, rebeldia, problemas emocionais e escolares. As autoras também apontam a transgeracionalidade na reprodução da violência, que passa a ser apreendida pelas crianças como algo natural, podendo, inclusive, ocorrer a identificação com o papel de agressor ou vítima.

Entre os empecilhos elencados para sair da situação de violência ela destaca o medo, resultante das inúmeras ameaças sofridas. Jasmim dá continuidade ao seu relato nos seguintes termos:

Ele me ameaçava muito. Ele dizia que iria me matar. Ele só falava em me matar, me matar, me matar. Então, numa hora dessa ele poderia fazer. Quando eu via na televisão os casos de violência doméstica, às vezes ele tava assistindo comigo. Aí ele já falava

assim, diretamente pra mim, quando a mulher ia buscar apoio, ajuda, ele já jogava aquela: ‘eu matava uma filha da puta dessas, eu matava mesmo’. Então, eu sentia que ele tava jogando já pra mim, que ele tava falando pra mim aquilo. Aí eu olhava assim, aí eu ficava, já me fechava. (JASMIM, entrevista, 2018).

Jasmim não encontrava forças para sair da situação de aprisionamento em que se encontrava, pois não via a quem recorrer. A delegacia era o único serviço que ela conhecia, por meio dos noticiários. Entretanto, diante das ameaças e da dependência financeira, não vislumbrava alternativas, tampouco a denúncia. De acordo com Cavalcante e Almeida (2015, p. 235), inúmeros fatores em torno da complexidade da violência doméstica dificultam a saída da situação de vítima, destacando-se “a dependência financeira e emocional, o medo de represálias e o medo de criar e educar os filhos sozinha”. No caso de Jasmim, esses sentimentos lhe aprisionavam, porém houve momentos de resistência.

Em seu relato, lembrou de quando fugiu para a casa de sua mãe, que fica em outro Estado do Brasil. Vejamos:

Só que quando eu cheguei na casa da minha mãe, a minha mãe não me deu assim aquele apoio que eu esperava que ela fosse me dar porque eu estava desempregada, tinha uma filha, que é a minha primeira filha que eu tive com ele. Hoje ela tá com 9 anos, ela vai fazer 10 anos, ela tinha um ano e pouco. Eu fui pra lá, sem trabalho, sem nada. Então, não vi, assim, aquele apoio. Minha mãe começou a falar certas coisas, jogar indireta. Minha mãe... eu estou falando da minha mãe. Então, eu chorava muito. Foi o tempo que eu ainda tinha contato com a família dele em Manaus. Foi aí que eu peguei o número dele e aquilo me fez voltar porque eu já estava daquele jeito, sem trabalho, dependendo dela, aí eu achava que eu já estava incomodando porque eu ouvia ela falar... ninguém vinha me dizer. E aquilo me deixava mais para baixo ainda. Aí eu disse: não vou ficar aqui. Foi aí que eu voltei pra Manaus (JASMIM, entrevista, 2018).

Observe-se que, em sua tentativa de romper com a situação de violência, Jasmim foi morar com sua mãe, pois é comum as mulheres em situação de violência buscarem apoio entre familiares. Contudo, a dificuldade de conseguir um trabalho, por não ter com quem deixar sua filha, e também por não se sentir acolhida pela mãe, resultaram em seu retorno a Manaus. Soma-se a isso as promessas de mudança do agressor, o qual dizia que não iria mais agredi-la e que sentia falta da filha.

De volta à convivência com o marido, em menos de um mês, as agressões se reiniciaram, confirmando o que as teorias afirmam quanto à existência de um ciclo de violências. Não se tratando de algo estático, e sim processual, tampouco de uma regra, o ciclo foi constatado em muitos estudos, sendo descrito, geralmente, em três fases (SOARES, 2005): 1 – constituição da tensão no relacionamento (discussões, agressões verbais, ameaças, ciúmes, entre outros aspectos que ficam camuflados pela aparência de normalidade); 2 – acentuação das brigas com

expressão de violências mais reconhecidas por apresentarem caráter explosivo e físico; 3 – a lua-de-mel, momento em que ocorre a reconciliação, com promessas de arrependimento e mudança por parte do agressor.

Depois da tentativa de buscar apoio junto à sua mãe, o que não ocorreu conforme suas expectativas, ela nunca mais procurou ajuda, sofrendo em silêncio por anos desde 2007. O rompimento com a violência ocorreu somente em 2017, quando seu irmão, que reside em Parintins, soube de sua situação e denunciou ao Centro de Referência Especializado da Assistência Social (CREAS) do município de Parintins. Esta instituição entrou em contato com a delegacia especializada de Manaus, que levou Jasmim a um abrigo, onde passou dois dias antes de ir a Parintins. Atualmente, Jasmim e suas filhas residem em uma das casas de sua tia, um cômodo pequeno com apenas duas divisões. Sua renda provém da pensão do ex-marido (300 reais) e do bolsa família.

Ao longo de todo o seu relato, Jasmim enfatiza a dificuldade de conseguir um emprego e cuidar das filhas ao mesmo tempo. Esse dilema sinaliza a carência de implementação e/ou precarização das políticas públicas de enfrentamento à violência na região e, em especial, nos interiores. A falta de apoio sentida pela entrevistada alerta para a necessidade de ampliação do investimento nesta área, de massificação dos recursos e das informações sobre as alternativas existentes.

Não é suficiente só a retirada de Jasmim de sua residência em Manaus, é preciso proporcionar o suporte institucional e emocional que ela necessita. A problemática vivenciada por nossa entrevistada retrata a realidade de muitas outras mulheres de diferentes regiões do país. A violência constitui um dos entraves resultantes das desigualdades de gênero em detrimento das mulheres, mas que afetam outras áreas de sua vida e que precisam ser consideradas no campo das políticas. O debate em torno de gênero carece de uma inserção transversal em diferentes áreas interventivas, demandando articulação da rede de combate e enfrentamento.

Educação, saúde, habitação, entre outras políticas devem estar voltadas para a questão da violência, pois as mulheres e famílias, em muitos casos, não possuem recursos materiais suficientes ou não estão preparadas para lidar com determinadas situações. Cordeiro (2008) ressalta a necessidade de mudar as concepções que privatizam os problemas que surgem nas famílias, pois “o cuidado continua sendo tratado como um problema privado e de responsabilidade feminina” (CORDEIRO, 2008, p. 83). Esta autora destaca a implementação de redes de creches e pré-escolas como uma importante alternativa, visto que contribui para ampliar a disponibilidade de tempo das mulheres. Contudo, esta política precisa ser

desenvolvida e potencializada para viabilizar conforto, educação de qualidade, segurança e lazer.

Outra questão apontada por Jasmim diz respeito à fragilidade de seus vínculos familiares. Sobre isso nos disse: “aqui eu tenho meus parentes, mas eles não me ajudam em nada. Depois que eu saí da casa do meu pai, meu pai não me ajudou mais em nada. Nem liga pra mim se eu tô bem, se eu tô precisando de alguma coisa. Mas também eu não ligo” (JASMIM, entrevista, 2018). As intervenções também devem ser direcionadas para o fortalecimento do apoio familiar e comunitário, porém este tipo de trabalho não tem sido plenamente desenvolvido no município de Parintins.

No decorrer da narrativa, vários elementos nos permitiram verificar os impactos da violência na saúde da entrevistada, desde os traumas físicos aos psicológicos. Fisicamente ela apontou as lesões arroxeadas nos braços, pernas, coxas e glúteos, descrevendo-as como “grandes bolas alaranjadas” que, no caso dos braços, não dava para esconder. Em alguns momentos recebeu atendimentos de saúde, mas sobretudo em razão de sua gravidez. Ela disse: “A minha gravidez foi uma gravidez muito conturbada porque ele me batia muito. Mesmo eu grávida. Eu só defendia minha barriga” (JASMIM, entrevista, 2018). Ela conta que durante seu pré-natal ninguém percebeu suas marcas ou se perceberam não houve comentários. O silêncio, decorrente dos motivos já apresentados (dependência, medo e desconhecimento de possibilidades), era a única alternativa vislumbrada por ela.

As leituras sobre violência e saúde, já referenciadas durante a análise das falas das profissionais de saúde, explicam que a violência tende a ser invisibilizada neste setor (SCHRAIBER *et al*, 2005). As mulheres não apresentam a violência como demanda, e sim seus efeitos. Os sintomas, ainda que percebidos pelos profissionais, costumam ter suas causas ignoradas. O que fazer diante de uma situação não verbalizada? Como abordá-las? São questionamentos feitos pelas profissionais de saúde, como sugerem as pesquisas feitas em outras cidades do Brasil (LETTIERE, NAKANO e RODRIGUES, 2008), e também de profissionais que atuam em Parintins. Percebemos isso em expressões como estas: “o que que faz num caso desse? [...] como é que a gente vai tomar atitudes?” (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 1, 2017).

Por meio de um modelo de atenção a mulheres em situação de violência implantado em São Paulo, D’Oliveira *et al* (2009) sinalizaram a existência de diversas formas de intervir junto às violências. Os autores especificam desde o preparo de todos os profissionais (técnicos de nível fundamental e médio, serventes, agentes comunitários de saúde, profissionais de nível

superior de todas as áreas), até as técnicas de detecção, abordagem (acolhimento, tratamento, acompanhamento) e prevenção.

O preparo inclui a sensibilização para os temas de relações de gênero e violência, e também de técnicas de escuta (ativa/profunda), registro, notificação das suspeitas e confirmações, atenção às queixas frequentes, formas diretas e indiretas de falar sobre o tema, dando-se preferência às perguntas claras, isentas de julgamentos, imposições ou discriminações⁵⁰. Estes protocolos nunca devem ser roteiros estáticos, mas sim dinâmicos e frequentemente avaliados em consonância com a realidade sociocultural e a conjuntura local. Por outro lado, essa abordagem só vai realmente ter sua eficácia se toda a rede de atendimento for articulada e as mulheres estiverem a par das possibilidades e dos recursos existentes na rede local, conseguindo vislumbrar possibilidades de ruptura com o ciclo. Esse é, pois, um processo que pode ser rápido ou lento, dependendo do amadurecimento psicossocial de quem está em situação de violência. Em todo caso, o “não saber o que fazer” e a “falta de protocolo” não devem ser justificativas para a ausência do olhar holístico de atenção à saúde.

De acordo com o Fórum Mulher (2011), os programas de atenção à saúde da mulher devem incorporar a perspectiva de gênero em suas ações, inclusive nas abordagens de saúde sexual e reprodutiva, pois nem sempre a saúde é determinada por questões estritamente biológicas. Relações de poder desiguais interferem na saúde das mulheres e, no caso de Jasmim, a gravidez de risco envolvia questões socioculturais como a violência, completamente ignorada durante seu pré-natal. As violências podem prejudicar significativamente a saúde da mãe, do feto, a criação dos filhos, mas também daquela mulher que, mesmo não sendo mãe, tem sua sexualidade limitada pelo/a parceiro/a. Infecções sexualmente transmissíveis, HIV/aids, também são elevadas entre as mulheres que sofrem violência e, em grande medida, entre as que possuem parceiro único.

Jasmim também foi vítima da violência sexual por seu parceiro. Ela nos conta que em meio a tanta violência, ao final do dia, seu marido a procurava para ter relações sexuais. Ela não queria, mas, mesmo diante de sua negativa, era forçada, em outras palavras: estuprada. Em suas palavras: “eu chorava, mas mesmo assim ele fazia forçado comigo então aquilo me

⁵⁰ Pode-se perguntar indiretamente: Está tudo bem em sua casa, com seu companheiro? Você está com problemas no relacionamento familiar? Ou você se sente humilhada ou agredida? Ou você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde? Ou Você e seu marido (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito? Ou Quando vocês discutem, ele fica agressivo? Pode-se também perguntar diretamente: Como você deve saber, hoje em dia não é raro escutarmos sobre pessoas que foram agredidas física, psicológica ou sexualmente ao longo de suas vidas, e sabemos que isto pode afetar a saúde mesmo anos mais tarde. Isto aconteceu alguma vez com você? (D'OLIVEIRA, *ET AL*, p. 1044).

machucava muito. Porque é muito ruim você não querer fazer alguma coisa e você ser forçada a fazer” (JASMIM, entrevista, 2018).

Ao perguntar sobre a forma com que esse tipo de violência afetou sua saúde, ela começa a se emocionar profundamente e pede licença para relatar uma impactante fase de sua infância, vejamos:

Lá na minha infância, quando eu tinha 9 anos, eu fui muito aliciada. Eu nunca fui estuprada, mas aliciada eu fui muito aliciada pelos meus próprios primos. Eu tinha uns 9 ou 10 anos, a idade que a minha filha tem. Eu me lembro que eu não tinha peito, eu ainda era garota, garotinha ainda. Quando chegava a noite, eles não deixavam eu dormir porque eu já sabia que ele iria lá na rede comigo. E quando chegava a noite... [choro] e é uma coisa, assim, que você não pode falar, você não pode gritar, você não pode dizer pra ninguém porque aí as pessoas não acreditam, então eu nunca falei. Hoje em dia eu falo pra minha filha, minha filha pequena, essa de nove anos, ela sabe. (JASMIM, entrevista, 2018).

Este relato revela a presença da violência na infância de Jasmim, fase delicada da vida, em que a personalidade é constituída. O silêncio também marcou sua forma de lidar com a violência perpetrada por seus parentes: “foi uma infância muito cruel porque foi do meu primo, foi do marido da minha prima” (FÊNIX, entrevista, 2018). A não expressão de seu sofrimento a alguém resulta do medo de ter seu relato descreditado por seus outros familiares. Pereira (2009) afirma que é comum a descrença e até mesmo a negação por parte da família da vítima. Nem mesmo pais, mães ou responsáveis estão isentos de serem cúmplices do silêncio e da violência. Em muitos casos, as crianças e adolescentes são culpabilizadas ou violentadas pelos próprios (pro)genitores.

A elevada dose de desigualdade deste tipo de violência, situada tanto no campo das relações de gênero quanto nas hierarquias geracionais, tornam seus impactos incalculáveis. Tal como pondera Saffioti (2004), trata-se de feridas na alma com menor chance de cura quando comparadas às feridas do corpo. No caso de Jasmim, ela nos informou que orientou a filha que confiasse nela e relatasse a ela caso alguém lhe tocasse de algum modo, contra sua vontade. Podemos inferir que essa é uma das razões que inibe Jasmim de deixar suas filhas com alguém, mesmo que conhecidos, para trabalhar.

Por fim, perguntamos se ela vê a saúde pública como um espaço onde possa buscar apoio nessas situações. Sua resposta foi negativa. Em sua concepção, o acesso a esses serviços se daria, em último caso, em lesões mais graves: “tem casos que o homem machuca muito a mulher. Aí ela tem que procurar né, fazer aquele tratamento” (JASMIM, entrevista, 2018). Em Parintins, ela nunca ouviu falar de algum serviço ou ação na área da saúde voltados para estas

questões. No entanto, ela costuma recorrer a este setor para aliviar suas dores de cabeça, as quais associa às frequentes agressões físicas que sofria nesta parte do corpo. Ela relatou do seguinte modo: “ele bateu muito na minha cabeça. Essas dores de cabeça são frequentes. Às vezes ele vinha por trás de mim e batia na minha cabeça” (JASMIM, entrevista, 2018). Foi a partir desse momento que começou a sentir as dores. Sobre o atendimento recebido, ela afirma que “o médico só passou mesmo medicamento. Passou pra eu fazer outros exames, mas só mesmo tomar remédio e voltar pra casa” (JASMIM, entrevista, 2018). A centralidade da atenção em saúde foi sobre o alívio sintomático. Porém, mesmo que o ciclo de violência já tivesse sido rompido, suas sequelas permaneceram. Por isso, não poderíamos deixar de refletir sobre o fato de suas dores de cabeça (e visitas frequentes ao serviço) não terem tido como hipótese diagnóstica a violência. Cabe, então, alertar para estas dimensões da seqüela da violência visando a integralidade das ações.

Em outro momento indagamos: os serviços de saúde poderiam contribuir de alguma forma? A resposta de Jasmim foi: “Não sei. Acho que, assim, precisa conversar mais com a gente porque eu tô ainda muito com esse negócio ainda [recente], então não sei quem procurar assim pra conversar” (JASMIM, entrevista, 2018). Não por acaso, D’Oliveira *et al* (2009) e Schraiber *et al* (2005) expõe a escuta ativa e acolhedora como técnica primordial na atenção às mulheres em situação de violências. As autoras enfatizam que este é o procedimento mais relevado pelas mulheres.

Sobre essa abordagem, D’Oliveira *et al* (2009, p. 1046-47) elencam um rol de possibilidades, entre as quais destacaremos alguns a seguir:

Estímulo à narrativa detalhada e reflexão sobre as origens da violência (gênero e outros eixos de desigualdade de poder) [...]; Identificação de riscos – homicídio, suicídio, violência contra crianças: na presença de riscos, estes devem ser apontados e medidas de segurança podem ser tomadas. Quando violência contra crianças é identificada, a obrigatoriedade da notificação e suas consequências devem ser discutidas. [...] Identificação da rede de suporte social já existente [...] seja ela trabalho, educação, amizades, alguém da família ou outro apoio comunitário existente; Identificação de pontos positivos nos relatos de vida – durante o atendimento, devem ser buscadas na história da mulher as possibilidades de relações mais igualitárias, [...] Identificação das conexões violência-saúde – a forma como a mulher entende as relações entre suas queixas e a situação de violência e os caminhos para a resolução de ambas são fundamentais. [...] Valorização do relato com seu registro [...] Compartilhamento de informações sobre a rede intersetorial de serviços [...] Projetos novos de vida e decisão compartilhada sobre caminhos possíveis e referência aos serviços que ela escolher [...] Monitoramento do caminho (seguimento ou retorno sempre que ela o desejar).

Observe-se que podem ser construídas estratégias de intervenção profissional no trato da violência contra a mulher na área da saúde, e que podem ser construídas, a partir da realidade

local. De modo geral, o histórico de Jasmim é marcado pela violência, pelo silêncio, mas também pela resistência diante dos percalços: “Eu temo muito, peço muita força de Deus que eu não fraqueje, que eu não volte mais, porque já veio na minha cabeça de pegar minhas filhas e voltar por causa da dificuldade que eu tô tendo com elas” (JASMIM, entrevista, 2018). Para a garantia da saúde das mulheres, o enfrentamento à violência é necessário, requerendo ações integrais, interdisciplinares e intersetoriais que confrontem o desamparo em uma perspectiva de garantir os direitos das mulheres.

FÊNIX

Fênix tem 64 anos, nasceu em Terra Santa, cidade do Estado do Pará, mas mora em Parintins desde 1971. Em sua juventude, ela casou, teve filhos e dois relacionamentos conjugais. Ao longo de 30 anos vivenciou seu primeiro casamento. Após o fim deste, trabalhou com vendas nas ruas da cidade. Definiu este momento como uma fase difícil de sua vida, em que passou por dificuldades. Por outro lado, revelou sua força e característica de mulher trabalhadora. A segunda relação é mais recente e se refere à união que durou 09 anos.

Ter uma vida estável, filhos, trabalhar e ser amada são, para ela, características do ser mulher. No entanto, em sua trajetória de vida, esta representação por ela idealizada não foi plenamente vivenciada. Segundo sua perspectiva, é o amor que estabiliza as relações. Todavia, declarou nunca ter sentido esse afeto por parte de seus ex-parceiros. Sobre isso, nos disse o seguinte: “Eu sou uma mulher de 64 anos e não sei o que é o amor. Não tive essa sorte de dizer eu sou uma mulher amada, eu sou uma mulher respeitada, o homem que mora comigo me respeita como mulher, como ser humano. Não, ainda não deu certo” (FÊNIX, entrevista, 2018). Seu relato expressa as violências sofridas nas duas uniões.

Das violências que lhe afligiram, Fênix enumerou violências físicas, psicológicas e morais, mas o abandono foi o que marcou suas duas relações conjugais. A dependência financeira e, principalmente, o afeto pelo agressor acentuaram seu silêncio diante da violência. Segundo ela, o modo de lidar com essas situações poderia ter sido diferente sob outras condições. Vejamos:

Então, a gente, pra ser mulher, tem que estudar, se formar e não depender dos outros. Se eu tivesse essa ideia hoje, com 64 anos, com 50 anos, 48 anos atrás, eu tinha estudado, eu tinha me formado, tinha arranjado um emprego para mim. Quem quisesse morar comigo que morasse, quem não quisesse ó... (FÊNIX, entrevista, 2018).

Nesta fala, o estudo e o trabalho são elencados como fatores de mudança nas condições de vida das mulheres. A expressão diacrônica do desejo de Fênix sinaliza que a (in)dependência nas relações está intrinsecamente relacionada aos aspectos socioeconômicos e culturais que, conforme sugere Bourdieu (2010) apresentam mudanças e permanências na sociedade. O autor constata que as variações em termos educacionais, políticos, econômicos e nas estruturas familiares têm ocasionado alterações nos padrões androcêntricos. Por outro lado, é apontada a persistência das desigualdades nas diferentes esferas sociais. Nesse cenário de mudanças, Lopes (2003) analisa a coexistência dos aspectos intergeracional e de gênero em uma extensão cada vez maior. Com base em Goldani (1999), verificamos que, além das características fisiológicas do processo do envelhecimento, há diferenças de gênero entre idosos e idosas.

As mulheres vivenciam o envelhecer sob a influência de sua criação, trajetória de vida e compreensão do ser mulher, geralmente desenvolvendo o papel de mãe e esposa (LOPES, 2003). Em vista disso, comumente sofrem com o peso das desigualdades nas relações de gênero, vivendo mais, porém com menor qualidade de vida. Elas são as mais oneradas quando casadas e as que mais tendem a ficar sozinhas em caso de viuvez ou separação. Além disso, a autora assinala que as idosas geralmente sofrem desvantagens em relação aos homens, pois os papéis sociais que lhes foram atribuídos as colocam em situação de dependência e de renda limitada. Suas oportunidades de ter um emprego ficam diminutas. É o caso de nossa entrevistada, que além de passar por dificuldades financeiras, encontrava-se em um estado de subordinação e violência.

Na perspectiva de Fênix, a violência não diz respeito apenas ao aspecto físico. A violência psicológica foi apontada como a mais intensa, expressando-se pela inferiorização e desvalorização em que o agressor a situava, tal como descrito nas linhas abaixo:

A violência eu considero assim: ser maltrada, não ser amada, palavrões, é responder mal, não ter consideração, gostar de magoar a mulher, achar que pode tudo e a mulher não. No caso, ele cansou de dizer assim: tu não é minha mulher, tu é minha puta. Então, são coisas assim que fere muito. Isso que é violência. Bater, puxar o cabelo, dar tapa. Não dói só o tapa, dói a palavra, como ele me dizia muita coisa terrível: me chamava de vaca lesa, puta velha, vagabunda, não vale nada...muito doído. Isso aí que eu considero (FÊNIX, entrevista, 2018).

Note-se que a violência psicológica e moral, manifesta por meio do uso de termos pejorativos e ofensivos direcionados à vítima, também era recorrente. Estes tipos de violência afetaram a autoestima de Fênix, o que a fez suportar, por muitos anos, o insuportável. Tal aspecto está diretamente vinculado a um outro que também a impedia de vislumbrar alternativas

de romper com o ciclo de violências: a sua concepção sobre a velhice. Ela conta que esse era um dos motivos pelos quais continuava com o agressor, conforme veremos a seguir:

Eu achei que, pela minha idade, eu achava que eu já tinha que ter o final da minha vida já com ele porque eu tinha muito medo da solidão. Eu tinha muito medo da solidão. Então eu achava: ah já tô com 64 anos, minha vida já acabou mesmo. Já vou aguentar. Era isso. Eu enxergava assim. Fiquei 9 anos. Mas com o meu primeiro marido também não foi diferente. Então eu tenho 39 anos de sofrimento. De agressão. E eu ainda não encontrei uma pessoa que gostasse de mim (FÊNIX, entrevista, 2018).

A ideia de finitude e solidão era muito presente em sua representação de ser velho. Tal concepção, somada às agressões verbais que atacavam seu corpo e sua condição de velhice, lhe fizeram acreditar por muito tempo que aquele era o único caminho a ser trilhado e que deveria ser aceito como destino. De acordo com a análise de Leão e Sasaki (2016, p. 05), as mulheres são as mais cobradas quanto ao alcance de padrões corporais que negam e tolhem a percepção valorativa da natureza do envelhecimento “no sentido de evitar o estigma da ‘velha feia’ e ‘caída’ [...]”. Exatamente na reprodução destes estigmas que o agressor de Fênix a atingia, fazendo-a acreditar na impossibilidade de viver uma história diferente da qual se encontrava. Diante das frustrações por não se sentir amada e desejada, mas, ao mesmo tempo, ter medo da solidão propiciada pela velhice, ela preferiu optar pelo silêncio, não buscando ajuda e sofrendo uma sucessão de violências interpostas.

Não apenas quanto à velhice, as agressões morais e psicológicas, perpetradas contra Fênix, traziam à tona as desigualdades de gênero, as hierarquias patriarcais. O agressor dizia-lhe ter dinheiro e que, por isso, conseguia ter a mulher que queria. Diante da infidelidade contínua e declarada, ela se sentiu objetificada, usada, traída e abandonada. De acordo com Fênix: “Foi assim muito difícil com ele, só me chamava coisas muito difíceis na vida e eu, como mulher, tinha que ouvir tudo isso porque eu achava assim: já estou no final da vida, já vou me conformar com isso mesmo” (entrevista, 2018).

Vemos em seu depoimento que, além da idade, o fato de ser mulher foi pontuado como motivo para aguentar o sofrimento da relação violenta, remetendo à ideia de submissão. A ele, reservou-se o direito de exercer o controle financeiro, a infidelidade conjugal e o controle sobre o corpo de Fênix, expresso, em sua expressão máxima, pelas violências. A ela, restou, por um longo período, o silêncio, o sofrimento e a solidão. Estes adjetivos simbólicos demarcam o que Bourdieu (2010, p. 45) contextualiza dizendo ser a “primazia universalmente concedida aos homens”, que se afirma na objetividade das estruturas sociais, em atividades produtivas e reprodutivas.

Não tomamos a submissão como algo que faz parte de uma natureza feminina, nem mesmo é insuperável. Contudo, as condições de Fênix, delineadas pelas representações socioculturais sobre o ser mulher, marcadas por dificuldades financeiras e com poucos recursos frente às desigualdades, somados aos dilemas que emergem durante o processo de envelhecimento, reiteravam sua situação de violência. Não se trata de gostar ou de meramente escolher estar em situação de violência, tal como supõem as teorias pautadas na ideia de cumplicidade. Conforme analisa Santos e Izumino (2005), é preciso considerar um contexto de desigualdades nas relações de poder. Tradicionalmente, essas desigualdades têm maior densidade em detrimento das mulheres (BANDEIRA, 2014). A partir do relato, analisamos que, não obstante as mudanças, ainda persistem as relações verticalizadas que oprimem as mulheres. No entanto, são estruturas materiais simbólicas capazes de ser alteradas.

Ameaças também se apresentam como traços do poder masculino sobre a vida de Fênix. Ela relata que, ultimamente, era ameaçada de morte. “Ele dizia que iria me dar um tiro. ‘Olha, se tu for denunciar tu te lembra que tu tem cara. Eu não tenho mais nada que perder. Eu tenho 66 anos. Comigo não vai acontecer nada. Eu sou sargento. Eu tenho quem me defenda’. Então eu preferi ficar calada” (FÊNIX, entrevista, 2018). Diante dos filhos, mostrava-se com sorrisos, mas por dentro estava “corroída”. Ainda assim, a solidão era seu maior medo.

O fato de gostar dele e não ter coragem de buscar um meio de superar o ciclo de violências a fez se sentir culpada e arrependida de ter “criado aquele mundo”. A culpabilização de si própria, retirando o peso da responsabilização do agressor e das relações sociais estruturantes desiguais, é uma característica da violência simbólica, definida por Bourdieu (2010) como a adesão tácita do oprimido aos esquemas de percepção que lhe subjagam.

Aquilo que pode, *a priori*, parecer cumplicidade no olhar de outrem, segundo o autor acima referenciado, está inscrito em relações desiguais de poder naturalizadas e incorporadas ao *habitus*, esquema de percepções e disposições adquiridos no processo de socialização. Trata-se de um processo de subjetivação da dominação masculina que está aquém da consciência dos dominados, mas com a qual é possível romper visto ser uma construção histórico-social. Esta naturalização camufla as desigualdades de gênero, fazendo com que outras razões transversais sejam apontadas como causas da violência. Nesse caso, Fênix atribuiu à falta de amor por parte de seu ex-parceiro em relação a ela e, também, à “mulher da rua” com a qual ele se envolvia, como razões da violência sofrida.

Os impactos da violência na saúde de Fênix se expressavam, além das lesões corporais que ela não considerava ser de alta gravidade, por meio da pressão alta. “Porque eu me enraivava muito. Minha pressão ia para 22. Eu ia para o Padre Colombo (Hospital local). Umas

três vezes eu fui. Ele nunca foi lá comigo” (entrevista, 2018). A violência deixava marcas nem sempre visíveis ou que dificilmente são associadas à violência. Quem a via passar mal imaginava que as raízes de seu adoecimento corporal eram provenientes de um aspecto biológico, sem perceber a interferência sociocultural. Nisso, a violência ficou oculta durante muito tempo até o momento em que verbalizou a profissionais de saúde da unidade básica mais próxima de sua residência. A necessidade de conversar sobre o problema, desabafar sua angústia, não necessariamente denunciá-la, a conduziram à externalização da violência sofrida: “Queria falar, desabafar. O meu desespero, sofrimento. Diziam que era preferível eu ficar sozinha do que com ele. E eu chorava muito” (FÊNIX, entrevista, 2018).

Fênix relatou ter ido várias vezes aos serviços de saúde. “Minha pressão foi para 14 aí eu fui lá de novo. Aí eles mandaram eu fazer um mapa da semana. Para ir de manhã e à tarde, de manhã e à tarde, pra ver a pressão como está. Era uma semana. Aí eu fiz” (FÊNIX, entrevista, 2018). A escuta de seu desabafo e o diálogo com as profissionais da área foram identificados por ela como fatores que normalizavam sua pressão, a acalmavam e tranquilizavam. Os conselhos profissionais apontavam para a necessidade de romper com o ciclo de violência, sendo preferível ficar só: “Que isso ia passar, que não valia a pena estar com ele, que era pra eu ficar sozinha com meus filhos, essas coisas” (FÊNIX, entrevista, 2018). Contudo, não houve uma construção conjunta das possibilidades do rompimento. No caso de Fênix, um suporte psicossocial, integrado a outras áreas era visivelmente necessário.

Somente quando seus filhos descobriram e ameaçaram denunciar o agressor, este foi embora ou, como ela diz, a abandonou. Ela conheceu o Centro de Referência Especializado da Assistência Social – CREAS e lá recebeu acompanhamento psicológico e participou de um grupo de apoio a mulheres vítimas de violência, projeto proposto por uma profissional do setor de psicologia e que proporcionava palestras sobre temas escolhidos pelas mulheres (geralmente direcionados à saúde da mulher em parceria com profissionais da área de saúde) e oficina de maquiagens visando a melhoria da autoestima (em parceria com SENAC). Quanto à denúncia, o aconselhamento profissional expressava que era uma escolha que ela poderia fazer se quisesse. Após um tempo, ela tomou coragem e entrou com a denúncia na delegacia especializada do município.

Lá no CREAS disseram pra mim que se eu quisesse levar lá na delegada, que eu podia ir, mas se eu não quisesse, que eu fizesse o que eu achava. E eu resolvi levar. Fui eu que resolvi levar lá pra delegada da mulher. Fui muito bem tratada, muito bem resolvida por ela. Eu nuca imaginei que uma mulher tivesse tanto valor dentro daquela sala ali. Eu nem sabia que eu tinha valor e a delegada mostrou pra mim que eu tinha (FÊNIX, entrevista, 2018).

No relato de Fênix, vemos que os impactos ocasionados pela violência nem sempre ficam explícitos em sintomas físicos como cortes, lesões, fraturas e, por isso, tendem a ficar obscurecidos, ocultos. Nem por isso seu sofrimento se tornou menor. Schraiber *et al* (2005) chamam isso de dores “sem nome”.

Veja como o campo da saúde é estratégico para a detecção e abordagem da violência contra a mulher. O reconhecimento e a manifestação do fenômeno da violência podem emergir neste espaço. Para nossa interlocutora, o serviço foi a primeira oportunidade de relato da violência sofrida. Entretanto, as abordagens resumiram-se à escuta, sem apresentar metodologias apropriadas de intervenção. Schraiber *et al* (2005, p. 95) alertam que “os episódios de violência são repetitivos e podem ficar cada vez mais graves, caracterizando-se por crescente periculosidade”. Em razão disso, requer medidas eficazes de atenção. Caso as mulheres não sejam atendidas por profissionais que saibam o que fazer, ou busquem um serviço que não conheça a rede intersetorial e não tenha instrumentos de intervenção apropriados, essa oportunidade pode ser perdida e a violência perdurar por anos a fio. Foi o que aconteceu com Fênix.

Ao longo de 39 anos de sofrimento, somente quando seu filho mais velho foi morar com ela, percebendo as marcas corporais, que a violência se tornou aparente. Porém, quanto mais o tempo passava, mais parecia difícil de romper, menos ela via alternativas de viver de outro modo. E, por isso, a intervenção demanda imediatividade, planejamento e construção de tecnologias de intervenção conhecidas por todos os profissionais da rede intra e intersetorial (D’OLIVEIRA *et al*, 2009). Além de conhecimentos sobre as legislações e relações de gênero, a sensibilização profissional sobre os aspectos étnico-raciais, de classe, intergeracionais, entre outros, devem ser considerados.

Perguntamos a Fênix se ela via a saúde como espaço em que poderia intervir em situações de violência. Sua resposta foi positiva, porém atribuindo destaque a machucados e lesões graves, como vemos na seguinte fala:

Olha, se ele me ferisse. Que só me roxeava. Meu rosto, meu braço. Por aqui. Que uma vez ele me deu um tapa e rasgou tudo isso aqui por traz da minha orelha. Se ele me ferisse bem eu ia para fazer os curativos, mas como não, eu ficava em casa. Eu preferia ficar, eu me trancava e ficava aqui no meu quarto (FÊNIX, entrevista, 2018).

Schraiber (2001) explica que a dificuldade de abordar situações de violência para além do tratamento de suas sequelas decorre tanto de sua ocultação quanto por questões culturais. Além de, muitas vezes, ser entendida como problema particular, há a dificuldade de estabelecer

canais de comunicação nos serviços de saúde. Conforme a autora, nem sempre as usuárias relatam espontaneamente sua situação. Por isso, o ideal é que o setor saúde esteja preparado para reconhecer e se mostrar como espaço acolhedor. Trazendo esta análise para o caso de Fênix, observamos que ela já frequentava o serviço, porém a sua percepção sobre a relação violência e saúde reiterou a limitada compreensão sobre a cura dos sintomas físicos. Aos serviços de saúde cabe, como nos diz a autora supracitada, mostrar-se como espaço de atenção integral, capaz de ofertar apoio não somente ao que deriva de questões biológicas.

A prevenção é uma importante vertente da atenção básica. Entretanto, Fênix nos disse nunca ter visto alguma palestra ou abordagem sobre o tema da violência contra as mulheres na área da saúde que frequenta. Os agentes comunitários de saúde também não perceberam sua situação e, se perceberam, não dialogaram sobre o assunto.

Mesmo vendo o potencial dos serviços públicos de saúde para atuar sobre as violências, um outro aspecto nos chamou a atenção no caso de Fênix. Na época da entrevista, Fênix estava com dificuldades de assinar o termo de consentimento livre e esclarecido. Ao perceber isso, perguntei o motivo. Contou-me que era resultado da agressão física, nos seguintes termos:

Ele torceu (o dedo da mão). Só que não quebrou, ele saiu do lugar. Não contei pra ninguém. Ele me levava numa puxadeira pra puxar o meu dedo, mas eu não contava o que era. Dizia que tinha caído no chão. Ele me levava lá. Depois disse que não ia mais me levar não. Aí ficou por isso. Vamos ver o que o ortopedista vai dizer, se tem condições de fazer alguma coisa (FÊNIX, entrevista, 2018).

Fênix afirmou ter sido levada, pelo agressor, para puxadeiras no intuito de ocultar a violência dos serviços que poderiam detectar a lesão física mais explícita. Recorrer aos métodos tradicionais de saúde, tais como puxadeiras e bezendeiras, é algo muito comum nas regiões interioranas do Amazonas. Trata-se, conforme Trindade (2013), de práticas peculiares reveladoras do elo simbólico existente entre o saber popular e o processo saúde-adoecimento na Amazônia. A saúde em Parintins é representada não apenas pelos serviços públicos da medicina moderna pautada no saber clínico. É também tratada pelo saber tradicional, evocando concepções das ervas, da religiosidade e dos espíritos da floresta. A estes saberes recorrem, sobretudo, os mais velhos como Fênix. Em seu caso, o recurso à puxadeira foi utilizado também no sentido de aliviar a dor e encobrir o agravo proporcionado pela violência. É preciso, pois, que ocorra a integração dos saberes que regem o campo da saúde local, visando ampliar o olhar para a iniciativa popular em saúde, o que inclui a articulação com os sujeitos que exercem estas práticas tradicionais. A ideia é fomentar o diálogo e a proposição de estratégias de intervenção

diante da violência, entre outros aspectos relativos à saúde das mulheres em suas interfaces com as relações de gênero.

A trilha de Fênix na superação da violência nos permitiu verificar múltiplos elementos de dificuldade. Fatores psicológicos/subjetivos, sociais e culturais se colocaram como dolorosos desafios. Ser mulher, idosa e com baixa renda significou, durante um longo período de sua vida, vivenciar o sofrimento, a solidão e a violência. A Fênix é uma ave mitológica que renasce das cinzas. Na narrativa que apresentamos, ela simboliza a mudança de perspectiva de nossa entrevistada, que antes não conseguia imaginar sua vida sem um “companheiro”, mesmo que para isso se submetesse a uma relação de violências. Atualmente, ela ainda carrega dores dos espinhos da violência doméstica/conjugal, mas já está renascendo e com novos projetos de vida. Vejamos:

Ainda agora eu estava dizendo para o meu filho, do SENAI. Eu tô muito feliz. Fazer um curso de bordado. E eu vou me sentir muito bem porque eu vou ser formada pelo CETAM, fazer curso, eu posso dar aula lá no curso. Quando tem o ponto cruz, eu sou a professora lá. Tô muito alegre com isso. Ele ainda vai me ver muito bem. Hoje eu já me sinto muito bem. Já me sinto liberta. Já não tenho mais aquela pessoa que só falava com estupidez comigo. Eu faço dança de salão, no liceu. Quando estou disposta, eu vou caminhar ali atrás da quadra coberta. Lá eu tenho umas amigas, a gente se encontra e fica caminhando. Eu achei bom. Como eu fabrico muito guardanapo e jogos de cozinha, eu sou profissional, eu tenho esse ateliê (FÊNIX, entrevista, 2018).

Seus projetos pessoais e profissionais floresceram com o fim do ciclo de violências e o suporte que encontrou nas instituições de saúde e assistência social, o que confirma a nossa hipótese de que a área da saúde é primordial nesse contexto de atenção à violência contra as mulheres. O campo das políticas públicas é terreno fértil de possibilidades interventivas no enfrentamento à violência. Lisboa e Pinheiro (2005) afirmam que esse potencial deve ser apropriado pelos profissionais de diferentes formações. Especificando a atuação do serviço social, as autoras abordam que o primeiro passo é apreender a violência contra a mulher como uma das expressões da questão social, visto que as contradições e relações de desigualdade que são constituídas no seio da sociedade capitalista são perpassadas por questões de poder, gênero, classe e raça/etnia.

Essas relações sociais complexas demandam um olhar crítico sobre o contexto social que fomenta e reproduz situações de violência, tais como as experimentadas por Fênix e Jasmim. Como vimos, dificuldades de acesso a direitos, serviços e recursos públicos são condicionantes da permanência em situações de violência. Além do direcionamento ético-político e suporte

teórico-metodológico pautado na teoria crítica e firmado no código de ética, as autoras apontam as possibilidades técnico-operativas: a entrevista com diálogo acolhedor e sem julgamentos, a concessão de informações importantes para o acesso aos direitos, realização de encaminhamentos para outros setores da rede de enfrentamento, a visita domiciliar para acompanhamento do caso.

Partindo da compreensão de que não se trata de um caso isolado, os profissionais podem promover a criação de espaços para reunir com mulheres visando contribuir para o fortalecimento e empoderamento. Outra estratégia é a criação e/ou apropriação dos instrumentos existentes para registro dos casos, criação de indicadores e seu uso para proposição, construção e implementação de programas e projetos. Incluir a temática das relações de gênero no planejamento e gestão de políticas públicas é fundamental e integra o rol de competências do assistente social. Além disso, é importante tecer diálogos interdisciplinares entre os profissionais que atuam na rede de combate a violências, a exemplo dos e das enfermeiras, advogadas, assistentes sociais, médicas, psicólogas, agentes comunitários de saúde, entre outras(os). Os estudos, pesquisas e documentos institucionais são também mecanismos de subsídio à prática profissional, conforme assinalado pelas autoras mencionadas neste trabalho. De modo geral, as propostas e intervenções têm como base de efetividade a qualidade da formação/atuação profissional e as condições políticas, estruturais e institucionais que dão objetividade à superação das violências.

3.2. Mulheres em movimento no limiar da desmistificação e resistência às violências em Parintins-AM

O significado atribuído à violência nas diferentes regiões e contextos exige ao pesquisador dar voz aos sujeitos, por isso, a escuta deve ser atenta ao que seria tido como violência entre as militantes dos movimentos sociais de mulheres e feministas do interior do Amazonas. Esta foi, portanto, a postura adotada por nós neste estudo, buscando apreender as particularidades de suas demandas diante da violência e em que perspectiva fundamentam sua luta no município de Parintins. Suas percepções podem contribuir para ampliar as noções de violência e sua relação com a saúde, visto que atuam no seu enfrentamento.

A abordagem qualitativa da análise está pautada na realização da entrevista junto a duas militantes de movimentos sociais de mulheres e feministas do município de Parintins. Uma delas integra o movimento Parintins Cidadã, e outra compõe o Movimento de Mulheres da

Amazônia – MANI. Chamaremos Sirema⁵¹ e Margarida, pseudônimos escolhidos por elas. A entrevista foi realizada de modo individualizado, com aplicação de roteiro de perguntas abertas, proporcionando maior liberdade de expressão da fala. O diálogo buscou apreender o que seria a violência e, especialmente, a violência contra a mulher em suas perspectivas. Nosso propósito consistiu em perceber as especificidades daquilo que, comumente, tem sido entendido na sociedade como “caótico, difuso e fantasmagórico” (MISSE, 2006; RIFIOTIS, 1997; ZALUAR, 1999).

Ao inquirirmos sobre o significado da violência, as entrevistadas descrevem suas representações do seguinte modo:

Violência é tirar do outro o direito de ser feliz. Quando você impede o outro ou a outra desse direito você tá sendo violento. E o maior exemplo de violência que nós temos é a que o Estado democrático de direito faz com os seus cidadãos independente do gênero. [...] tirando o direito de ser feliz, de viver com dignidade, do direito de ir e vir porque hoje o trabalhador não tem mais direito de ir e vir. A gente tem ilusão porque a gente quer fazer alguma coisa que nos dê satisfação e a gente não tem condições. Então isso é violência. (SIREMA, entrevista, 2017).

Violência, pra mim, é tudo aquilo que deixa você parar de sorrir. Isso pra mim é violência. Não é simplesmente você ser violentado fisicamente, alguém te bate, dá um murro ou alguém apronta com você, psicologicamente te ofendendo, etcetera. Mas violência, pra mim, é até nos gestos, até no local de trabalho, em casa mesmo quando alguém te trata mal. (MARGARIDA, entrevista, 2017).

É perceptível, nos discursos das entrevistadas, a predominância de um sentido negativo da violência. Infelicidade e subtração de algo, seja da dignidade ou dos direitos, são elementos atribuídos como algo negativo que a violência produz na vida das pessoas, seja homem ou mulher, adulto(a), jovem, criança, idoso(a), de diferentes grupos, regiões, gerações e etnias. Percebe-se ainda que, em suas representações, a violência não se limita a uma ruptura de integridades física, psicológica, sexual, moral. A privação, a destituição de direitos, que impeçam a plenitude do contentamento humano, também seriam formas de violência.

Embora a violência seja um fenômeno de origem imprecisa, seu atrelamento à ideia de negação/supressão de direitos foi evidenciado apenas no tempo contemporâneo. Nos tempos atuais, “a violência se apresenta como um dispositivo destinado a coisificar o outro, a violar os seus direitos e a negar a sua humana condição” (PEQUENO, 2016, p. 137). Se associarmos

⁵¹ “Pseudônimo. Nunca usei, mas considero interessante. Certa vez, em visita a aldeia Xucuru/PE, conheci uma anciã daquela nação. Após horas de conversa, ela me encarou e disse: ‘vou chamá-la SIREMA’. Indaguei. Ela então decodificou: ‘SI – o agudo da cigarra anunciando o verão; RE – Revolução; MA- matriarcado. Logo, o anúncio da revolução matriarcal. Pode usá-lo”.

essas ideias ao pensamento Kantiano, pode-se dizer que a violência conduz à transgressão dos princípios da razão e nega a condição do homem e da mulher como fim e não meio⁵².

Para Bobbio (2004), a promoção da não-violência só pode se efetivar em um contexto em que predomina a democracia e a garantia de direitos humanos. Nas palavras do autor, “direitos do homem, democracia e paz são três momentos necessários do mesmo movimento histórico: sem direitos do homem reconhecidos e protegidos, não há democracia; sem democracia, não existem as condições mínimas para a solução pacífica dos conflitos” (BOBBIO, 2004, p. 07). Refletir sobre violência, com efeito, implica reconhecer que sua incidência não ocorre apenas no plano das relações interpessoais, mas também na esfera coletiva. Trata-se de considerar, conforme constatamos na fala de Sirema, a estrutura social como elemento determinante para o estímulo, legitimação e manutenção de diferentes tipos de violência.

Ao mesmo tempo em que a autonomização e individualização da sociedade gestou a condição de cidadão, ela se desenvolveu repleta de contradições no contexto brasileiro. Velho (2008) explica que, no Brasil, a cidadania é frágil não apenas por questões de desigualdade econômica, mas também por prevalecer uma cultura de hierarquização-individualização em concomitância ao poder de um Estado autoritário, o que, por si só, representa uma violência e reitera outras formas de violência. Na concepção do antropólogo supramencionado, a violência seria a expressão mais exacerbada de conflitos de ordem moral, econômica, política e religiosa que coexistem como imperativo/imposição aos diferentes segmentos sociais, ao passo que lhes é negado a voz e a satisfação de usufruir os direitos gestados nas diferentes fases e gerações. Esta perspectiva condiz com o pensamento de Odalia (1983, p. 30) quando afirma que “O ato rotineiro e contumaz da desigualdade, das diferenças entre os homens, permitindo que alguns usufruam à saciedade o que à grande maioria é negado, é uma violência”. A crença de que essa desigualdade é natural representa o que o autor denomina “violência institucionalizada”, a qual se encontra arraigada nas estruturas sociais.

Esta perspectiva da naturalização da violência foi apontada pelas entrevistadas quanto à sobrecarga de trabalho doméstico entre as mulheres, conforme vemos na fala seguinte:

A violência contra a mulher é justamente essa sacralização que fazem desde o tempo da Eva (risos). Sacralizam que a mulher é um antro de dores e maus-tratos. Porque que ela pari? Porque ela foi a responsável por entrar o pecado da humanidade. Então, essa aí é a primeira coisa que ela tem. Aí depois as dores não só as dores do parto, mas as dores da maternidade, as dores de criar os filhos porque a sociedade capitalista ainda impõe que o homem tem que trabalhar. A mulher, então, não trabalha. A mulher não trabalha, mas ela fica em casa trabalhando mais do que o marido. (MARGARIDA, entrevista, 2017).

⁵² KANT, I. *Fundamentação da metafísica dos costumes*. São Paulo: Abril, 1980.

A mulher tem sido culturalmente responsabilizada pela função do cuidado, seja com os afazeres domésticos ou com os filhos, o marido, os velhos e doentes. Na representação da entrevistada, esta imposição cultural é uma violência que tem sido justificada pela religião, sobretudo cristã ocidental, na medida em que à mulher é atribuída a culpa por sua condição. Segundo esta mitologia, a mulher teria seu destino atrelado à dor do parto em decorrência do pecado cometido por Eva. Já o homem teria no suor do trabalho a punição pelo pecado original. Estas simbologias contribuem para o reforço dos papéis de gênero instituídos, os quais têm sido apropriados e repassados como se fossem próprios da natureza humana. Identificam-se, portanto, com o que Scott (1991) destaca enquanto elementos constituintes do gênero: os símbolos; os conceitos normativos - que delimitam as possibilidades de representações simbólicas dentro de determinado contexto sociocultural; as instituições/organizações sociopolíticas; e a identidade subjetiva. De acordo com Torres (2002), este processo de construção da identidade social é mediatizado pela educação, importante instrumento ideológico que pode, inclusive, contribuir para (re)produção de padrões culturais. Por exemplo, a reprodução da ideia de docilidade e sensibilidade como atributos femininos, e a criação da mulher para o cuidado doméstico.

De acordo com o IPEA (2017) cerca de 90% das mulheres se ocupam destas atividades enquanto este índice é de 53% para os homens. O dispêndio de tempo com o trabalho doméstico é apenas um dos fatores que alimentam os altos índices de informalidade do trabalho entre as mulheres, visto que limita a presença feminina em empregos com maior jornada e remuneração no trabalho formal.

As desigualdades nas relações de gênero, evidenciadas nos índices de participação no mercado de trabalho, afetam as condições de vida das mulheres. A elevação da pobreza entre as mulheres é um exemplo claro disso. A Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial da Mulher, realizada em Pequim no ano de 1995, expõe as agruras de uma feminização da pobreza que abrange múltiplos fatores tais como o desemprego e o aumento de famílias chefiadas por mulheres em condição menor de renda. Os novos arranjos familiares, em si, não são o problema. O despreparo das instituições e políticas públicas em considerar as diferentes composições familiares, as desigualdades que sobrecarregam as mulheres, muitas vezes sem apoio de creches, políticas de renda ou educacionais, que possam reverter as desigualdades de gênero, contribuem para as precárias condições de vida entre as mulheres. As limitações governamentais acerca da transversalidade de gênero ou, ainda, a inópia implementação de

serviços e políticas públicas de enfrentamento à desigualdade são percebidas como violência estatal para a entrevistada, conforme visualizamos na fala seguinte:

A violência contra a mulher é uma reprodução do modelo que nós temos aí. A mulher, como eu disse, e a terra e os bichos são os seres mais vulneráveis, mais destituídos dessa capacidade de defesa, de prevenção contra a brutalidade do sistema. Então, a violência contra a mulher tá estruturada numa lógica ideológica dentro dessa questão. A mulher é vista como ser inferior, frágil, então ela merece, é vítima de receber insultos, violência física, desrespeito com palavras, que as vezes isso é naturalizado, que nem a mulher percebe que ela tá sendo violentada com palavras. Então, a violência contra a mulher é isso. E, como eu falei antes, a violência do Estado. O Estado é um estado machista e patriarcal que não oferece condições necessárias de essa mulher ascender, de essa mulher se autodescobrir, dessa mulher se reinventar e essa mulher se fazer ser gente como ela merece. A mulher, vista dentro dessa perspectiva, não tem condições de se desenvolver com dignidade, autonomia, liberdade. (SIREMA, entrevista, 2017).

Observe-se que o reforço ideológico de fragilidade, submissão e inferioridade da mulher é tido como violência. Violência que, segundo a entrevistada, nem sempre é percebida entre as próprias mulheres. É como nos fala Bourdieu (2010, p. 46) sobre a violência simbólica: “os dominados aplicam categorias construídas do ponto de vista dos dominantes às relações de dominação, fazendo-as assim ser vistas como naturais”. Considerando a produção histórica dessas estruturas de dominação, o autor complementa: “E as próprias mulheres aplicam a toda a realidade e, particularmente, às relações de poder em que se vêem envolvidas esquemas de pensamento que são produto da incorporação dessas relações de poder [...]” (BOURDIEU, 2010, p. 45). É certo, portanto, que nem sempre a violência se manifesta na notoriedade do aspecto físico. Ela possui dimensão simbólica, reproduzida pelos sujeitos, pelas estruturas sociais e instituições diversas. Na concepção de Bourdieu (2010), a família, a igreja e a escola tem sido as principais fontes desta reprodução e circulação dos bens simbólicos. Acrescenta-se a linguagem, a ciência e, entre outras, o Estado.

No entendimento de Sirema, cabe ao Estado oferecer as condições necessárias para que a mulher possa se autodescobrir, se reinventar, se desenvolver e viver com dignidade. Negligenciar este aspecto representa também uma das formas de violência contra as mulheres na medida em que as condições de pobreza e desigualdade contribuem para que elas permaneçam em situações de violência. Para Minayo (2006, p. 19, grifo da autora),

Mencionar **negligência** e **omissão** explicitamente como formas de violência é um passo fundamental para se desnaturalizar processos estruturais e atitudes de poder que se expressam em ausência de proteção e cuidados, dentre outras situações, responsáveis pela perenidade de hábitos econômicos, políticos, culturais e crueldades que aniquilam os outros ou diminuem suas possibilidades de crescer e se desenvolver.

A perspectiva abordada pela autora sugere uma expansão do que se compreende por violência visando desnaturalizar e coibir suas expressões normalizadas na sociedade, as quais interferem na qualidade de vida da população, muitas vezes, de forma silenciada. Este é um aspecto presente no contexto parintinense: “Em Parintins, eu observo que uma das maiores violências contra as mulheres é o silêncio das instituições. A mulher é revitimizada porque ela vai na delegacia, registra o B.O, esse B.O muitas vezes é tratado com sátira, com dúvidas” (SIREMA, 65 anos, entrevista, 2017). Aqui se nota a expressão da violência institucional, que pode ser entendida como “aquela 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” (TAQUETTE, 2007, p. 94). Este tipo de violência se caracteriza tanto em termos de precarização e dificuldade de acesso aos serviços quanto pelas abordagens abusivas de relações de poder entre profissionais e usuários. Contraditoriamente, a instituição que deveria contribuir como mediadora da garantia do direito das mulheres a uma vida sem violência termina por reiterá-la, colaborando para a continuidade de seu sofrimento.

No município de Parintins há somente uma delegacia especializada em crimes contra a mulher, que atende também a demandas do idoso e da criança e do adolescente. Seu funcionamento ocorre no mesmo espaço da 3ª Delegacia de Interativa de Polícia do município, responsável pelos crimes mais gerais. Em termos de acesso e infraestrutura, a autoridade policial apresenta dificuldades em aplicar a Lei 11.340/2006, também conhecida como Lei Maria da Penha, conforme analisa Sousa (2015, p. 204): “A Delegacia Especializada em Crimes Contra a Mulher de Parintins demonstrou ter pouca estrutura técnica e operacional para implementar as exigências estabelecidas na Lei Maria da Penha”. A pesquisadora assinala a necessidade de readequação do espaço físico da delegacia, de garantir a privacidade da mulher durante o registro de sua ocorrência, bem como sua segurança pessoal. Em Parintins não existe uma rede de atendimento especializada de serviços como: casas-abrigo, centros de referência da mulher, Juizados Especiais, o que dificulta a proteção da mulher e garantia da superação da situação de violência. Soma-se a isso o despreparo do atendimento policial quanto à atenção humanizada, conforme evidenciado no relato de Sirema.

Outra violência cruel que as mulheres de Parintins sofrem é através da mídia: “Os B.O.s que são registrados e tratados, nos jornais de alguma emissora daqui de Parintins, que eu não vou citar o nome, com humor, com deboche” (SIREMA, entrevista, 2017). A violência institucional midiática é uma outra expressão existente na cidade. Mulheres que denunciaram

violências tem sua situação e nomes expostos nas rádios e outros meios de comunicação da cidade. Trata-se de algo rotineiro, normalizado em Parintins, mas que fere os princípios de respeito e privacidade além de inibir mulheres em denunciar a violência.

A exposição dos casos por meio da leitura do livro de ocorrências é uma prática que foi alvo de críticas entre os movimentos sociais, mas que persiste transformando a dor da violência em sensacionalismos e reforçando as desigualdades de gênero. Sodré (2006) assinala dizendo que a violência que é preferencialmente apresentada pela mídia é a que pode ser dramatizada, encenada, a violência visível, o desfecho, a morte, a delinquência, o assalto, as violências físicas, mas pouco se aborda sobre seu “estado de violência”, o que é aberto, institucionalizado. Ignora-se “a violência do poder instituído; a violência dos órgãos burocráticos; a violência do Estado; a violência do serviço público, que é a violência invisível, a violência institucional ou o estado de violência” (SODRÉ, 2006, p. 35). Para o autor, a mídia é uma nova forma de “bios”, capaz de ressignificar coisas, influenciar comportamentos. Em sua maioria ela se orienta por interesses de mercado, o lucro, aquilo que a alimenta nesta sociedade. Além da delegacia e da mídia, outras questões foram aludidas pelas entrevistadas, a saber:

Então, esse silêncio das instituições quanto aos problemas das mulheres, a questão da saúde, saúde enquanto relação doença-saúde, doença-corpo. Parintins é uma droga, não tem planejamento familiar que as mulheres precisam, orientação sexual não existe. As mulheres engravidam de qualquer jeito. Um preconceito muito grande, uma barbárie contra as mulheres, as mulheres procuram pelo preservativo, nos postos, os remédios, os anticoncepcionais, dificilmente encontram. A doença, quando ela chega no físico, é porque o sistema emocional dela tá altamente abalado, o desequilíbrio com suas relações espirituais estão totalmente desequilibrados. Então, essa teia da vida que o Frijot Capra fala, a teia da vida, está totalmente desestruturada e rompida. Então, essas violências não aparecem como violência. A violência silenciosa que é a pior violência que as mulheres sofrem. Ninguém diz que o outubro rosa é uma farsa, ninguém diz que a delegacia não faz o trabalho que deve. Então, as doenças das mulheres de Parintins, a grande maioria, está relacionada a essas dores silenciadas. (SIREMA, entrevista, 2017).

Olha, por exemplo, em se tratando da questão, Parintins é considerada o segundo município do Estado do Amazonas em HIV e câncer de mama, e câncer de modo geral nas mulheres. Por que será? Por que que o Sul não possui mais isso? Por que que o Sudeste não possui mais isso? Por que que até o Nordeste não possui mais isso? Por que que só o Norte e, principalmente, o Amazonas possui isso? Porque os serviços de saúde de prevenção a essas doenças e de tratamento a essas doenças, infelizmente, não são perfeitos. Não tem qualidade. Apesar das reivindicações, apesar de tudo, mas ainda se gasta muito dinheiro pra não fazer nada. Por exemplo: outubro rosa. Até agora não fiz meu preventivo. Já fui não sei quantas vezes, hoje, amanhã, acabou a luz, não tem não sei mais o que... entendeu? (MARGARIDA, entrevista, 2017).

A crítica tecida entre as militantes refere-se ao campo das políticas sociais públicas. Reivindica-se a necessidade de avançar na promoção da saúde das mulheres que vivem em

Parintins. Considerar as especificidades das demandas relativas à saúde deste segmento e conhecer os processos que implicam em seu adoecimento ou morte são questões necessárias, mas que tem esbarrado na precarização dos serviços públicos, na descontinuidade do projetos e programas sociais a cada mudança de gestão municipal. Esta insuficiência, descaso e/ou precarização são percebidos como violência, conforme constatamos nas falas acima.

No campo da saúde pública, deve-se considerar não apenas a cura das lesões, das doenças e dos sintomas, mas também trabalhar com a perspectiva de prevenção, promoção e atenção integral à saúde da mulher em consonância com as diretrizes e princípios estabelecidos para o Sistema Único de Saúde - SUS. O setor público de saúde, como parte de uma rede de atendimento, precisa estar atento aos problemas que interferem na saúde feminina e perceber como as desigualdades de gênero e outras violências as afetam. Isto pode ser feito através do diálogo contínuo entre gestores, profissionais e mulheres, sejam as usuárias dos serviços ou mesmo de movimentos sociais e feministas (VASCONCELOS, 2008).

Um outro aspecto, presente tanto na fala de Sirema quanto na de Margarida, é o questionamento quanto à eficácia das ações promovidas no Outubro Rosa, campanha nacional que tem mobilizado diversos segmentos sociais, sobretudo o sistema de saúde, no combate ao câncer. Embora esta campanha represente um avanço no âmbito das políticas, esta doença persiste com elevadas taxas no Brasil. Por exemplo, as mulheres da região Norte do país estão entre as que mais morrem de câncer no colo do útero, infecção ocasionada pelo papiloma vírus humano (HPV). No Amazonas esse é o tipo de câncer com maior incidência. “Em termos globais, a maioria dos casos (70%) ocorre em áreas com menores níveis de desenvolvimento humano. Quase nove de cada dez óbitos por câncer do colo do útero ocorrem em Regiões menos desenvolvidas [...]” (BRASIL, 2017, p. 38). Trata-se de um tipo de câncer com altas chances de cura se o diagnóstico for feito em seus estágios iniciais, porém tem apresentado elevados índices de mortalidade nos países subdesenvolvidos. As mortes estão relacionadas à estrutura dos serviços de saúde, em termos de acesso, rapidez do diagnóstico, tratamento e cura do câncer. Há, portanto, fatores estruturais associados ao problema.

Bandeira (2005, p. 15) analisa que, em um contexto de subdesenvolvimento, as mulheres “são o grupo mais passível de sofrer as consequências da precarização, pois as desigualdades de gênero ainda constituem um padrão e um elemento indispensável para se compreender a condição de pobreza das mulheres [...]”. Desigualdade e pobreza são, segundo Silva e Carmo (2013), aspectos intrínsecos à sociabilidade capitalista, portanto, estes determinantes devem ser considerados na análise das violências estruturais e particularizadas. Na região amazônica, é preciso considerar os processos de subordinação e expropriação, motivados por interesses

econômicos, que vem demarcando a história da região. As explorações no período colonial e no pós-colonialismo, as recorrentes manifestações de preconceito e discriminação em relação aos povos locais, a fragilidade das políticas públicas, a negação dos direitos sociais, as múltiplas formas de exploração do trabalho, seja nos seringais, nas fábricas, nas precárias relações de subemprego, nos espaços urbanos ou rurais, constituem aspectos da violência estrutural solidificada pelo subdesenvolvimento. Suas expressões atingem vários segmentos sociais, dentre os quais se encontram as mulheres.

Eu acho que o capitalismo ele próprio cria essa violência porque ele necessita disso pra sobreviver. Então, como fazer pra combater: combatendo o capitalismo. O machismo é o capitalismo que faz. Lutar contra o capitalismo é lutar contra o machismo. Lutar por mais direitos. (MARGARIDA, entrevista, 2017).

Na perspectiva de Margarida, a violência contra a mulher tem suas raízes na combinação machismo-capitalismo. A exploração-dominância patriarcal racista capitalista pode ser visualizada na sociedade através do reforço da concepção naturalizada de mulher mãe, esposa, submissa; na forma desigual de inserção da mulher no mercado enquanto força de trabalho; ou até na imagem da mulher lasciva (TORRES, 2005), tal como a que foi reiterada de diferentes formas nos projetos econômicos da Amazônia. De acordo com Torres (2002, p. 103) “os papéis assumidos pelas mulheres nos variados contextos históricos servem a interesses derivados, em última análise, da dinâmica do capitalismo”. O atendimento aos interesses dos projetos econômicos ganhou outras proporções, vestiu novas roupagens e vem se expandindo de modo peculiar em nossa região. Pode-se falar em subordinações reiteradas (BENAION, 2006), novas dinâmicas da subjugação da mulher e da apropriação de seu corpo.

As entrevistadas consideram que essas múltiplas formas de violência afetam a saúde das mulheres em Parintins, porém não têm sido implementadas medidas efetivas pelos serviços de saúde públicos. Para elas, somente em outro modelo de sociedade com valores humanísticos e distintos do capitalista isso pode ser possível, conforme descrito a seguir:

o que falta é essa consciência. Esse sentido de humanização, de humanidade. Essa compreensão de que o direito à vida independe de classe social, de perfil humano, de índole. Independe disso. Então, pra chegar nesse estágio tem que haver talvez um preparo lá nas universidades. Pra prepararem esses profissionais pra saírem da lógica do mercado e entrar na lógica da humanização da vida (SIREMA, entrevista, 2017).

Em consonância com as falas das militantes entrevistadas, Vasconcelos (2008) afirma que não é possível a ruptura com práticas conservadoras dentro de um processo de trabalho

capitalista, alienante. A autora pontua que se conteste o modelo de sociabilidade burguesa vigente e reafirme um projeto transformador, que estabeleça a crítica radical às desigualdades sociais, de gênero, raça/etnia. Reafirmar essas desigualdades como violências estruturais, conforme expressa Silva e Carmo (2013), conduz a um novo olhar, mais amplo, sobre as violências que afetam a saúde das mulheres.

Diante da discussão exposta, cabe-nos fazer algumas considerações. A Lei Maria da Penha define como violência toda ação ou omissão baseada no gênero que cause sofrimento físico, psicológico, sexual e dano moral ou patrimonial à mulher. A lei prevê a proteção às violências em âmbito doméstico e familiar contra a mulher, mas ainda não cumpriu este papel efetivamente garantindo a proteção e coibição das violências institucionalizadas, estruturais, simbólicas, costumeiramente banalizadas ou invisibilizadas.

Cunha (2014) nos faz refletir sobre este aspecto quando analisa os dilemas prático-conceituais existentes na abordagem da violência. A autora afirma que embora a Convenção da Organização dos Estados Americanos (OEA), realizada em Belém do Pará em 1994, tenha estabelecido diretrizes para a erradicação de toda forma de violência contra as mulheres, definindo-a como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano, sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada, as leis criadas no Brasil limitam sua abrangência ao espaço doméstico. Esta autora indica a necessidade de pensar sobre a diferença entre crime e violência, explicando que nem tudo o que é considerado como violência está tipificado como crime. A noção de crime está relacionada ao reconhecimento do Estado, mediante lei, ao que é passível de penalização. Assim, se o sentido da violência é amplo, mutável e circunstancial, variando para uns e outros, a ideia de crime é demarcada pelos códigos penais. A compreensão disto é elementar para se desmistificar violências, modificar os padrões de conduta institucional e a percepção dos profissionais na direção de enfrentamento a todas as formas de violência, mesmo as que não estejam tipificadas como crime.

Uma outra proposição basilar diz respeito à definição do que seria violência. Misse (2006, p. 20) afirma que “quem tem o poder de definir algo como violento mobiliza, no mesmo ato, no próprio movimento da definição, a demanda prática de uma contra-violência”. O entendimento das violências supõe a construção de mecanismos para torna-las alvo de intervenção. Estabelecer o diálogo com os sujeitos que sofrem as violências, envolvendo suas particularidades em Parintins, pode abrir uma frente de luta e resistência, expondo a sangria desta problemática que se constitui no mal estar do tempo contemporâneo. Os movimentos de mulheres continuam tendo importante papel na denúncia da violência e na defesa dos direitos

humanos das mulheres. Precisam, entretanto, ter sua identidade de sujeito reconhecida e ampliada na construção das políticas públicas de enfrentamento à violência em Parintins.

3.3 Gênero e violência contra as mulheres sob o olhar da saúde: desafios e possibilidades

No decorrer de nosso trabalho, foi possível identificar que o avanço da abordagem da violência por parte do campo da saúde pública depende da superação de limitações no campo dos saberes, da ação profissional e das condições de objetivação das intervenções. Por se tratar de um problema com fundamento em questões socioculturais, a violência demanda um olhar mais ampliado, integral e que considere as relações de desigualdade vigentes em nossa sociedade. São estes aspectos que ocupam a nossa mente neste momento, em que procuraremos mostrar os desafios e possibilidades da atenção às mulheres em situação de violência no contexto da saúde pública de Parintins.

As teorias sobre saúde, em suas distintas proposições, têm primado pela crítica a um conceito restrito de saúde (MENDES, 1994; BATISTELLA, 2011). Embora questionada na década de 1970 e 1980, essa concepção ainda se faz presente neste setor, atravessando planos e práticas de saúde. Trata-se, conforme as postulações de Mendes (1994), da concepção negativa do processo saúde-doença, isto é, da concepção de *saúde enquanto ausência de doença*, da prevalência do paradigma sanitário flexneriano⁵³ e da vigência de uma prática sanitária pautada na atenção do médico. Para este autor, estes aspectos precisam ser modificados para que haja a construção social de um novo sistema de saúde, o que, no entanto, é um processo lento na medida em que implica mudanças de ordem política, ideológica e cognitivo-tecnológica.

Esta concepção de saúde, segundo Mendes (1994), se centraliza no aspecto biológico e curativo, tendo como origem as descobertas no campo da microbiologia que, por sua vez, deram base à concepção monocausal e multicausal do processo saúde-doença⁵⁴. Segundo o autor,

⁵³ Do Relatório Flexner, de 1910, estudo publicado sob o título “Medical Education in the United States and Canada – A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching” cujos parâmetros e reforma para a prática médica conduziam a uma visão biomédica, reducionista e, em certos aspectos polêmica, por discriminar mulheres, negros e pobres do trabalho na medicina. Para mais informações, ver o estudo de Pagliosa e Ros (2008).

⁵⁴ A concepção monocausal se assenta na ideia do processo de adoecimento pautado na relação agente- hospedeiro, em que os microorganismos seriam os únicos causadores de enfermidades. Já a multicausal agrega à noção de agente/hospedeiro a concepção ecológica, em que a interação do ser humano com o meio ambiente também é determinante nos problemas de saúde.

Esta teoria determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, o que leva a modelos explicativos restritivos que concentram sua atenção no estudo das relações entre uma ou várias ‘causas’ e entre um ou vários ‘efeitos’ em saúde, reforçando respostas unilaterais, marcadas por uma visão clínica e que se localizam no espaço de atenção às pessoas. (MENDES, 1994, p. 236).

A centralidade na doença, caracterizada “pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista” (BATISTELLA, 2011, p. 54), termina por pormenorizar as dimensões econômica, social, cultural e psicológica dando bases ao modelo biomédico. Nesse sentido, embora sejam inegáveis as alterações nas normatizações, inclusive com a incorporação de um conceito ampliado de saúde, a apreensão da saúde como ausência de doença ainda persiste não somente no senso comum, mas também no pensamento e práticas em saúde da atualidade.

Ao analisarmos os discursos proferidos pelas entrevistadas percebemos a primazia deste aspecto em alguns momentos. Um deles foi quando perguntamos às profissionais de saúde se elas tiveram acesso a discussões relativas à violência de gênero e/ou violência contra as mulheres durante sua formação acadêmica. Seis (06) profissionais responderam que SIM, outras seis (06) disseram NÃO, e uma (01) delas afirmou não lembrar. Das que responderam a alternativa SIM, no formulário com questões fechadas, duas complementaram suas respostas da seguinte forma:

Violência contra as mulheres, sim. De gênero ainda não existia essa abordagem. Até porque eu fiz em 2000. E realmente, assim, a abordagem de gênero que a gente tinha não era com esse tema, digamos assim. Com essa ênfase. A nossa abordagem de gênero, que não era esse termo, eu não sei nem qual era o termo. Mas por exemplo, na minha residência nós tínhamos o atendimento dos pacientes síndromicos e que tem um cariótipo tipo hermafroditas, geneticamente. Então a gente fazia o cariótipo, fazia o estudo genético e a pessoa fazia a opção se a gente fazia neovagina no organismo em quem não tinha, em quem não foi organicamente formado pra isso, e o pessoal da urologia fazia a parte peniana. A gente chegou a fazer. Eu cheguei a fazer na residência médica. Neovagina de paciente hermafrodita, com hermafroditismo verdadeiro, assim, que vem geneticamente, geneticamente ele tinha os dois sexos. Entendeu? Na minha formação eu tive muito (formação sobre violência) tanto é que no meu hospital que eu fiz residência, como te falei, tinha um posto só de violência. Só de B.O. das pacientes fazerem (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

Antigamente nunca tinha ouvido. A gente começou a falar muito nesse negócio de gênero agora. Mas a violência sexual contra as mulheres a gente já vem... mais sexual. O meu é tudo sexual (risos) porque como a gente é ginecologista obstetra vai tudo para o sexual mesmo. Porque é o que a gente vai acabar examinando: genitália. Por isso que é o sexual. Aí a doméstica que é mais para o instituto de medicina legal, IML, para fazer exame de corpo de delito e delegacia né. A gente tem que ver genitália, ver se o hímen está roto, se não está roto, se está roto há muito tempo, se sofreu laceração (MÉDICA, entrevista 1, 2017).

A falas das profissionais de saúde da área médica evidenciam que, em sua formação, o tema da violência contra as mulheres foi abordado a partir de uma perspectiva clínica, voltada para o tratamento das sequelas da violência. As entrevistadas destacam que o tema de gênero é recente em contraposição ao seu tempo de formação e, em vista disso, o preparo para a intervenção sobre o problema da violência contra as mulheres não se desenvolveu a partir de um olhar sobre as relações de gênero.

Esta limitação percebida na formação das/os profissionais de saúde implica em uma prática sanitária estruturada na atenção médica, com oferta de serviços reduzidos a cura de sequelas, que priorizam a quantidade em detrimento da integralidade da atenção, na cura individual e minimização da prevenção e intervenção coletiva (MENDES, 1994). As relações médico-paciente ficam mediatizadas pelas tecnologias, em uma perspectiva clínica. E os estudos dos fenômenos patológicos são priorizados diante dos determinantes socioculturais. A especialização dos saberes médicos é uma expressão da compartimentalização do ser e de sua redução ao biológico. No entanto, a atuação voltada apenas para a cura de um sintoma não implica diretamente na superação de suas causas. Pelo contrário, a reincidência de situações de violência, por exemplo, em que a mulher retorna aos serviços de saúde para tratar de lesão provocada por atos violentos, é um fato recorrente.

Nessa linha de pensamento, reafirmamos com Mendonça (2007, p. 196) o fato de que,

A concepção de integralidade no PAISM implica reconhecer as limitações do conhecimento biomédico para responder aos graves problemas da população feminina, por deixar em plano secundário aspectos humanos e sociais do processo saúde/doença e, acrescentamos, o efeito do simbólico sobre o corpo e adoecimento.

A crítica da autora é um pressuposto para repensar a atenção à saúde das mulheres, que requerem um atendimento humanizado, pautado em um conhecimento crítico capaz de perceber os fatores sociopolíticos e culturais que dificultam a qualidade de vida, bem como intervir considerando as diferenças multiculturais existentes. Uma atenção à saúde que não se limite à medicalização do corpo e vida das mulheres, implica em perceber as demandas que extrapolam o biológico, tais como as violências.

A superação da ideia da violência contra mulheres como problema particular e não como demanda coletiva que requer intervenções mais eficazes do setor público também se coloca como desafio. De fato, os serviços de saúde ainda precisam avançar na abordagem do problema da violência doméstica contra mulheres, o que é expresso pela dificuldade de fazer com que o

caso “[...] seja registrado em prontuário e transformado em objeto de alguma conduta ou encaminhamento” (SCHRAIBER *et al*, 2005, p. 150). Em nossa pesquisa de campo, percebemos a centralidade na violência sexual, mas especificamente em uma atuação curativa, portanto, mais visível nos casos em que houve lesões.

De acordo com Czeresnia (2003, p. 46 - 47), “é através de conceitos que são viabilizadas as intervenções operativas. Não há como produzir formas alternativas e atenção à saúde que não busquem operacionalizar conceitos de saúde e doença”. Por tal razão, mesmo que as políticas de saúde mais recentes tenham como horizonte concepções de saúde ampliadas, é preciso integrá-las aos currículos de formação das diversas categorias profissionais, buscando construir medidas de operacionalizá-las, além de trazer a crítica às outras concepções que ainda não foram superadas (BATISTELLA, 2011).

Em Parintins, a prática clínica, pautada na figura do médico, ainda é predominante conforme vimos nas falas analisadas no capítulo anterior. As profissionais que possuem outras formações sentem essa centralidade e hierarquia na área da saúde. As assistentes sociais foram as que mais verbalizaram isso, conforme percebemos nos seguintes discursos:

[...] muitas vezes, mesmo quando a gente já tá lá dentro, nós percebemos essa situação [de violência] lá dentro. Só que a gente precisa dessa situação do médico porque eu não sou legista. O médico, apesar de ele não ser legista, o médico que atende, ele tem a capacidade técnica de fazer uma avaliação dessa forma e às vezes é muito difícil a gente convencer ele de que ele precisa fazer aquela avaliação, dar um indicativo pra poder a gente ter algum tipo de ação. Porque eu não posso ser. Eu que vi, aleatoriamente, eu não tenho competência técnica pra isso. Porque se foi um baque, eu acho que foi um baque devido uma agressão física, mas o médico não identifica aquilo como tal, ele diz que foi um queda, como é que a gente vai tomar as atitudes? (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 01, 2017).

Nessa fala, a profissional de saúde expressa a dificuldade de ter sua suspeita levada em consideração pelo médico, visto que é esse que teria “a competência técnica” para o diagnóstico. A palavra final, portanto, seria dada por ele de forma hierárquica sem considerar o potencial de outras categorias profissionais para detectar situações de violência. A norma técnica (BRASIL, 2012) informa que todos os profissionais devem ser sensibilizados e capacitados para o diagnóstico, acolhimento, notificação e orientação a essas demandas. Somente o tratamento clínico possui limite interventivo a determinada área profissional. O diálogo e a interdisciplinaridade devem subsidiar as intervenções na área da saúde, sem fragmentação de saberes ou secundarização de outras formações. Não obstante, outra profissional também trouxe essa dificuldade em sua fala, a saber:

[...] a nossa parte é estritamente secundária nesse processo. A cura, o biocentrismo dos médicos está em primeiro lugar. E isso é passado através de um contexto histórico, é uma herança que tem no interior de que o médico, a ambulância e o remédio são a saúde, mas não. Então, é essa herança, que eu chamo de maldita, do médico do cesppe, do médico, que Parintins tinha os paramédicos. Então, isso influencia muito na equipe hoje. Pra ser uma equipe multiprofissional você tem que sentar, você tem que trabalhar isso, mas o médico não, o médico está em primeiro lugar sempre, ainda. Então esse biocentrismo atrapalha demais todos os trabalhos relacionados à equipe, entendeu? (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

A profissional afirmou que a intervenção do serviço social frente às violências no contexto da unidade de saúde em que atua ocorre de modo secundário em relação à prática médica devido a centralização no biológico. Nesta fala, percebe-se a existência de relações verticalizadas, em que o saber médico é sobreposto aos demais. Sobre este dilema, Teixeira e Nunes (2012) explicam que, para além de uma prática multiprofissional vertical e fragmentada, a assistência à saúde deve ocorrer de modo interdisciplinar, o que requer relações sociais horizontais distintas do modelo hegemônico.

De acordo com essas autoras, a integração do conhecimento era uma preocupação entre os filósofos gregos da antiguidade, que buscavam reunir a técnica, as artes, as ciências e tecnologias visando a formação integral do indivíduo. A parcialização do conhecimento, por sua vez, tem sua constituição e expansão na idade moderna, com os ideais iluministas, o avanço tecnológico, as descobertas científicas e formação de especialistas (TEIXEIRA; NUNES, 2012). A interdisciplinaridade surge nas discussões da saúde como princípio de resgate do olhar holístico sobre o ser humano. Embora haja controvérsias conceituais, o saber interdisciplinar supõe pensar a pluralidade e a diferença. O pluralismo proposto pelas autoras aproxima-se com o de Coutinho (1995), que se contrapõe a uma lógica individualista do conflito e defende o pluralismo dos sujeitos coletivos. Isto significa que a interdisciplinaridade só pode se efetivar em um contexto social que valorize relações horizontais e equitativas.

Em uma sociedade que prioriza o lucro e a formação profissional para o mercado de trabalho, que precariza os serviços públicos, sucateando as políticas sociais, a efetivação da interdisciplinaridade e da integralidade encontram barreiras de concretização. Esta requer a instauração de um projeto societário firmado pela equidade e qualidade dos serviços públicos. Esta necessidade foi apreendida a partir das falas das profissionais de saúde entrevistadas quando questionamos se haveria possibilidade de atenção integral às mulheres em situação de violência e aos agressores no município de Parintins. O seguinte relato ilustra essa percepção:

Em alguns casos, não em todos. Por causa do nosso sistema público de saúde do Brasil todo porque eu não consigo achar que esteja preparado não. A gente se sensibiliza, se penaliza e se envolve em muitos casos, mas são já casos muito extremos, aqueles

casos que são os mais difíceis, que a pessoa não consegue pedir ajuda. A gente não consegue chegar neles também, entendeu? É muito difícil chegar porque a gente não tem estrutura mesmo. De profissionais e nem para realizar esse tipo de busca permanente, atenção social, psicológica, multiprofissional permanente. É bem deficiente (MÉDICA, entrevista 3, 2017).

A profissional destaca que essa precarização é vigente em todo o país, não apenas no município de Parintins. A sobrecarga de trabalho, a estrutura limitada dos serviços, condições de trabalho fragilizadas, entre outros aspectos percebidos como entraves, impedem a atenção integral e interdisciplinar diante das demandas de saúde, inclusive às violências que afligem as mulheres. O acesso delas ao sistema torna-se limitado e pontual.

Portanto, percebendo que as dificuldades não se restringem à prática profissional, mas também às condições necessárias para sua objetivação, entendemos ser necessário dar visibilidade aos fatores estruturais que interferem e limitam as condições de vida de um coletivo de mulheres ou até mesmo dificultam a superação de situações de violência.

A precarização dos serviços públicos de saúde se apresenta enquanto obstáculo para a qualidade da atenção às mulheres em situação de violência. Este empecilho está imbricado às condições sociais e determinações da sociabilidade capitalista, a qual oferece cenário propício à reprodução das formas de violência, seja em suas manifestações particularizadas ou as mais diretas como a desigualdade social e a pobreza, faces da violência estrutural.

As desigualdades que atingem as mulheres são de várias ordens: cultural, econômica, política e social e ocorrem nos diferentes domínios da vida social. Como exemplo, pode-se citar a desvantagem no mercado de trabalho e na esfera política, a sobrecarga relacionada a duplas jornadas de trabalho (seja nos afazeres domésticos não-remunerados e no mercado de trabalho), as violências, o descaso das políticas públicas quanto à transversalidade de gênero; a vulnerabilidade social provocada pelas condições de pobreza, desigualdade e pela precarização das políticas sociais. Todos esses aspectos também foram apontados nas falas das militantes de movimentos sociais compostos por mulheres/feministas, como vimos no tópico anterior.

No caso específico das mulheres, a inexistência ou existência precarizada de serviços e políticas públicas contribuem não apenas para (re)criar violências, mas também se constituem enquanto tal. Yazbek (2001) analisa que a precarização do sistema de proteção social público, sobretudo no âmbito das políticas públicas e sociais, está diretamente relacionada à crise global resultante das novas configurações do capitalismo na contemporaneidade, pois, na medida em que se mundializa, o capital dissemina os efeitos devastadores de sua lógica contraditória e reprodutora de desigualdades. Nesse cenário, observa-se a ameaça aos direitos conquistados.

A saúde pública tem sido alvo de ataques frequentes, o que se caracteriza pela diminuição orçamentária e sucateamento dos serviços ofertados. Tais aspectos integram o estratégico projeto de estímulo à sua privatização. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2016c), a redução de 14,8% dos recursos aplicados em 2015 para 13,2% representa um agravamento do problema do subfinanciamento do SUS, como parte da vigência da Emenda Constitucional nº 86/2015.

É bem verdade que as tensões em torno da política de saúde não são exclusividade dos tempos atuais. Todavia, tal como recorda Baptista (2005, p. 11), havia uma grande diferença a seguir pontuada: “antes do Sistema Único de Saúde (SUS) a saúde não era um direito de todos e muito menos um dever do Estado, estava restrita a uma parcela da população que contribuía para garantir esse benefício, em uma espécie de seguro social”. Portanto, os conflitos que passaram a permear a saúde a partir de 1990 são de outra ordem, demarcando a disputa de dois grandes projetos pontuados por Bravo e Matos (2007): o Projeto de saúde vinculado ao mercado e o da Reforma Sanitária, os quais refletem os interesses de dois projetos societários: o da democracia restrita e o da democracia de massas, respectivamente. É por isso que se pode dizer que, após um processo intenso de luta coletiva e amadurecimento político, a saúde sofreu retrocessos, não necessariamente no sentido de agravamento das condições de saúde da população, e sim na continuidade dessa precarização mesmo sob a égide de uma previsão constitucional para a saúde pública de qualidade.

Se a saúde é, em seu conceito ampliado, resultante de um conjunto de condicionantes: educação, alimentação, habitação, saneamento básico, ecossistema saudável, renda e demais condições que lhe permitam viver com qualidade, pode-se afirmar que a precarização dos serviços de saúde é apenas um dos obstáculos à efetividade da atenção à saúde das mulheres em situação de violência, pois todos os elementos acima citados são condicionantes para o alcance de qualidade de vida das mulheres e, de modo geral, do ser humano.

Vimos, ao longo deste estudo, a recorrência da concepção restrita de saúde que, no âmbito conceitual e prático, se caracteriza pela predominância da medicalização do corpo em detrimento da integralidade. Esta, por sua vez, envolve não apenas o tratamento e recuperação, mas também a prevenção, proteção e promoção da saúde, o que supõe a interdisciplinaridade e intersetorialidade das ações. Em Parintins, há obstáculos apontados pelas profissionais quanto à precarização do trabalho, talvez ensejado pela diminuição do gasto social em saúde, entre outros aspectos da dinâmica política local. Esta minimização orçamentária dificulta a efetividade das ações, programas e serviços, inclusive na intervenção sobre as violências contra as mulheres em área urbana e rural.

Importa registrar que, com base nesses entraves, a atenção às mulheres em situação de violência na área da saúde em Parintins enfrenta dificuldade em incorporar a transversalidade de gênero. Gama (2012, p. 86) assinala que “[...] pouco cuidado é dispensado às desigualdades e às diferentes necessidades entre homens e mulheres na definição da qualidade da atenção em saúde, ou seja, aos aspectos de gênero”. Ao longo de nossa pesquisa, percebemos que em Parintins não é diferente. Desde a análise das representações, da formação/capacitação, da prática e do acesso ao sistema, a proposta de equidade não tem sido efetivada. Ela pressupõe considerar que existem desigualdades de gênero e que estas afetam diferenciadamente homens e mulheres.

No entanto, em alguns discursos foi possível notar a diluição dessas desigualdades em detrimento das mulheres, com minimização das políticas e leis construídas para reduzi-las, conhecidas como políticas com focalização positiva, já referidas no primeiro capítulo deste trabalho. A fala, apresentada em sequência, ilustra esse aspecto:

Sim, há diferença. Eu não sei, pelo fato de a mulher tá muito em evidencia devido a Lei Maria da Penha e o homem não ter esse tipo de lei que o ampare você esquece um pouco. É tipo a saúde da mulher, nos programas governamentais. Existe a saúde da mulher, então eles dão toda a evidencia para o outubro rosa, a carreta da mulher, os programas locais, sociais ou estaduais e foi criada a saúde do homem pós-saúde da mulher. Então, ele sempre tá em segundo plano na questão da prioridade governamental de programas, digamos assim. Mas se existe a violência contra a mulher, existe a violência contra o homem como os casos fatídicos que nós assistimos diariamente nas televisões através da mídia, que tanto a mulher sofre a violência doméstica quanto o homem. Então, existe todo tipo de violência, não existe diferenciação em gênero com relação à violência. (ASSISTENTE SOCIAL, entrevista 4, 2017).

Por mais que percebam as diferenças, poucas falas visualizaram ou tocaram no tema das desigualdades. A não reflexão, a ausência de uma crítica propositiva e da construção de ações instrumentalizadas revelam a persistência de uma estrutura patriarcal que rege as relações institucionais. Sobre isto, Gama (2012, p. 88) tece a seguinte análise:

A partir desta visão, nosso ponto de partida retrata que o enfoque biomédico dos serviços de saúde reprodutiva, inscrito numa cultura patriarcal dos sistemas de gênero, ao não incorporar compreensivamente os aspectos objetivos e subjetivos implícitos na situação de saúde das mulheres, nem as necessidades dessas que se ocultam por trás do motivo da consulta, estabelece uma relação incompleta com as mesmas (GAMA, 2012, p. 88).

É pertinente a crítica da autora quanto às dificuldades de implementar ações em saúde na atenção às mulheres em situação de violência, pois não estão relacionadas apenas com os

aspectos subjetivos de práticas profissionais individualizadas, mas encontram raízes em estruturas naturalizadas que perpassam o campo simbólico, as instituições, as representações e políticas. Não é suficiente a vontade e o desejo das profissionais em ver as mulheres livres de situações de violência. Antes é preciso construir coletivamente as condições de objetivá-las. Não depende das ações em saúde, isoladamente, mas também de sua articulação com outras áreas institucionais, com diferentes saberes. É preciso tecer o diálogo com a população usuária dos serviços, com as universidades, a comunidade e os movimentos sociais e movimentos de mulheres/feministas. Faz-se premente a construção de estratégias de enfrentamento. A área de saúde, ao se orientar por princípios de universalidade, equidade, integralidade, participação/control social, regionalização e descentralização, tem o potencial e o compromisso de promover ações diante da violência.

Em diálogo com a representante da Secretaria Municipal de Saúde (SEMSA) de Parintins, notamos seu interesse em perceber os dilemas enfrentados quanto a atenção às mulheres em situação de violência. Sua fala apresentava uma abertura para perceber a multiplicidade da violência e de seus impactos na saúde das mulheres, embora a fragilidade física da mulher fosse a assimetria destacada por ela, assim como nas representações de algumas profissionais. Em suas palavras: “Para a mulher existe uma característica mais grave nisso tudo que é a questão da fragilidade física, eu diria”. (REPRESENTANTE GESTÃO/SEMSA, entrevista, 2017). Não obstante, várias formas do fenômeno foram elencadas na fala da gestora, em uma perspectiva que não se limitava à violência física, tão enfatizada nas falas da maioria das profissionais de saúde entrevistadas.

De modo geral, a profissional que compõe a representação da gestão reconheceu os limites e possibilidades da atuação do setor frente às violências, pontuando que, para melhorar o serviço é necessário “melhorar estrutura física, dar condições de trabalho, qualificar minha equipe, mas principalmente botar pessoas que tenham perfil para atender aquele público” (REPRESENTANTE GESTÃO/SEMSA, entrevista, 2017).

Em sua fala, destacou as dificuldades de (re)organizar a atenção em saúde devido as interrupções que o setor sofreu em gestões passadas. Entre as modificações feitas quanto ao atendimento às demandas de violência citou a troca de psicólogos, pois, quem fazia esse atendimento às vítimas de violência sexual era homem, o que era alvo de reclamações por conta de revitimizações sofridas. Este aspecto também foi apontado por outras profissionais entrevistadas. Segundo essa gestora, em breve haverá uma capacitação para as profissionais de saúde que atuam no SAVVIS, na unidade Dona Lindu, em Manaus. Ela ressaltou a importância das notificações de violências e também da necessidade de melhorar o acolhimento nas

enfermarias, pois, como relatamos na análise das estruturas dos serviços, estas não possuem a privacidade necessária ao exercício profissional.

O discurso da gestora concentrou-se na atuação da saúde no campo do tratamento e da intervenção dos serviços de emergência, não fazendo referências à prevenção. Em sua concepção a maior dificuldade de abordagem não está relacionada aos serviços, programas ou ações em saúde, e sim à dificuldade de identificar as situações de violência. Ela revela o seguinte: “Como a gente trata de um serviço de saúde, a gente só percebe quando deixa marcas” (REPRESENTANTE GESTÃO/SEMSA, entrevista, 2017). Mas ao mesmo tempo, ressaltou que o problema está associado ao fato de as mulheres não levarem a violência como demanda explícita, mas a escondem e negam. Todas as 14 profissionais mencionaram esse problema. Elas reafirmaram que diante do silêncio e da negativa não há como intervir. Entretanto, como já abordamos na história de vida de Jasmim, há inúmeras possibilidades de intervir nestes casos com tratamento, proteção, prevenção e promoção da saúde. Estas possibilidades não têm sido apropriadas pelas profissionais de saúde, o que requer o avanço dessa discussão e atuação no setor, pois as ações são necessárias. Contudo, dependem da articulação interdisciplinar e intersetorial.

Reiteramos o entendimento de que a violência contra a mulher é um grave problema de saúde pública, seja por sua complexidade, que exige a atenção integrada de várias áreas e instituições, mas também porque as instituições de saúde são frequentemente acessadas pela população. Este campo possui o potencial de promover estratégias de identificação, acolhida, escuta e atendimento humanizado, orientação profissional, notificação e proposição de outras estratégias de enfrentamento às violências.

Schraiber (2001, p. 111), ao tratar da violência contra as mulheres, considera que é “mais complexo, portanto, que os diagnósticos das doenças, mas não menos possível ou necessário para intervir na saúde, principalmente em sua promoção”. Este posicionamento evidencia a necessidade de não tomar como impossível a intervenção sobre as violências, propondo medidas de incorporação da perspectiva de gênero na saúde, a qual parte da superação de uma concepção restrita dos processos de saúde, centralizada nos problemas biológicos, bem como da desnaturalização das relações desiguais entre homens e mulheres. Torna-se mister consolidar políticas públicas que fomentem a desconstrução das desigualdades sociais, levando em consideração a transversalidade de gênero. A integralidade do olhar e do cuidado com a saúde das mulheres é um dos determinantes para alcance dos seus direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Dialogar é mais que trocar informações.
É empatia, é importante instrumento problematizador.
Nessa condução, nossa teimosia persegue os rastros perdidos
sobre territórios de silêncio e dor. Olhos são para ver,
ouvidos para escutar e coração para acolher.
O debate segue em frente
(Fátima Guedes)⁵⁵*

A construção do conhecimento é um processo permeado de desafios, marcado por diferentes formas de perceber a realidade. O olhar sobre o campo, o diálogo com os sujeitos, o tecer da análise, todas essas fases nos fazem trilhar por um caminho desconhecido com o objetivo de tornar visível as contradições, a dinamicidade e particularidades da realidade. No caso de nossa pesquisa, as discussões em torno da violência contra as mulheres foram efetuadas tomando como base seu caráter histórico e sociocultural, que assume proporções diferenciadas em cada sociabilidade, cultura e segmentos sociais.

A complexidade da violência exige análises sobre suas expressões, desde as mais reconhecidas até as mais invisibilizadas. Em razão disso, todas as áreas do saber e da intervenção a situam como um “problema” entremeado por controvérsias. No caminhar da análise, verificamos que os efeitos da violência em si não representam o problema. Seus impactos causam incômodo às pessoas e instituições diversas, mas os efeitos, como nos diz Minayo, querem dar luz a algo. As violências nos dizem que há relações de poder e desigualdades em nossa sociedade. Dilemas que demandam uma análise crítico-analítica e uma intervenção que transcenda o pontual, a rotina, o mínimo, o ocasional e o olhar fragmentado.

Quando analisamos a violência sob a perspectiva de gênero, pretendemos dar visibilidade às relações de desigualdade estabelecidas entre os indivíduos em sociedade. Estamos falando de homens e mulheres que tem sua subjetividade, suas atitudes e concepções construídas social e culturalmente, logo, perpassadas por um processo de socialização, coerção e naturalização. Em nossa sociedade, as desigualdades evidenciam a sobreposição, “justificada” nos termos naturais/biológicos, do masculino em detrimento do ser feminino. Estas construções sociais patriarcais fomentam e exacerbam em múltiplas faces a violência contra as mulheres, que lhes afetam de modo peculiar, precisando ser enfrentadas a partir da integração de saberes e profissões interventivas.

⁵⁵ Militante feminista, integrante do movimento Articulação Parintins Cidadã, Parintins, Amazonas.

A nossa pesquisa mostra que a violência contra as mulheres é um grave problema de saúde pública e, por isso, buscamos verificar em que sentido a saúde pública do município de Parintins a percebe como tal e como efetua sua atenção interventiva. Nesse processo encontramos vários desafios desde o momento de apresentação da proposta de pesquisa. “Violência e saúde? Você vai ver mais na delegacia. Aqui vem mais a violência física e sexual”, diziam.

Na observação de campo, verificamos que as unidades de saúde possuem uma estrutura física que atende o mínimo exigido para a atenção básica e de média complexidade. Mas no que se refere à violência contra a mulher, a estrutura não possui plena adequação. O sigilo e a ética, necessários ao exercício profissional e acolhimento das vítimas, ficam comprometidos. A sobrecarga foi uma das dificuldades apontadas pelas profissionais, o que representa a precarização das condições de trabalho e limita a intervenção, entre outras demandas, às mulheres em situação de violência. Em contextos rurais, as dificuldades de acesso são apontadas como alarmantes. A distância das comunidades em relação à área urbana esbarra nos desafios geográficos e de escassez de recursos essenciais para investir na garantia do acesso ao sistema e proteção integral à saúde das mulheres.

No campo simbólico das representações, a perspectiva das profissionais também revelou contrastes com os anseios /expectativas das mulheres. O olhar da violência ainda prioriza os efeitos, dicotomizados, e as integridades rompidas (física, psicológica, sexual, moral), fazendo-se pouca alusão às desigualdades, o que não é equivalente à diferença. As diferenças são importantes, representam a pluralidade e a diversidade existente. Mas as discriminações, construídas a partir da percepção daquelas, impõe limitações à plenitude do viver humano. Para a maioria das profissionais não existe diferença entre a violência vivenciada em termos de raça/etnia, assim como outras disseram que não existe nem mesmo em relação a homens e mulheres.

Embora tenham falado das violências contra a mulher, a maioria das profissionais buscou enfatizar que os homens também sofrem violências, esquecendo, no entanto, de problematizar o que lhes difere, o que é abordado em pesquisas e nos dados dos mapas da violência, do IPEA, das publicações do Ministério da Saúde e até mesmo nos dados da delegacia especializada de Parintins e do SINAN, que mostram o vulto da violência contra as mulheres. O tema das relações de gênero foi pontuado como algo novo, ainda não trabalhado entre as profissionais ou com a comunidade nas ações de saúde. Percebe-se a carência dessas discussões no âmbito da formação e também nas capacitações, geralmente voltadas para a notificação e para a atenção clínica, mais propriamente atrelada aos serviços especializados.

Para as mulheres entrevistadas, a violência aprisiona, machuca e é associada ao desrespeito e à falta de amor. O silêncio das mulheres diante da violência, de certa forma, nos diz algo. O medo, a dependência financeira e a dependência emocional foram apontados como propulsores do silêncio e da permanência no sofrimento. Nos dizem, então, que as mulheres encontram dificuldades de vislumbrar alternativas de saída de um ciclo de violências. Tais dificuldades expressam a necessidade de intervenções do poder público, em suas diferentes áreas institucionais.

Na área da saúde, especificamente, ocorre a percepção da violência quando elas se tornam um agravo, uma lesão, um sintoma físico-psíquico. Mas as necessidades apresentadas pelas mulheres extrapolam os limites biomédicos, conforme constatado nesta pesquisa. As mulheres nos falaram da importância de serem escutadas. Disseram não saber a quem recorrer, tampouco sabem o que pode ser feito. A não intervenção sobre determinadas expressões de violência se dá porque estas aparecem às profissionais como algo “invisível”, no qual só se pode intervir “se a mulher falar, pois se ela não falar não tem o que fazer”.

A partir da pesquisa bibliográfica foi possível constatar que há procedimentos e técnicas de detecção, acolhida, escuta, notificação, orientação e possibilidades de construção de alternativas que levem em conta as necessidades das mulheres no âmbito da saúde. Além das abordagens clínicas, extremamente necessárias, a prevenção mediante abordagens socioeducativas, coletivas, dialógicas, interdisciplinares são fundamentais. A divulgação do serviço como espaço que atende também a estas situações é uma outra necessidade. As mulheres não sabiam dizer quais serviços existentes na saúde poderiam contribuir diante da problemática da violência. Para elas a saúde é o local que se recorre em casos graves. Isso revela que a área da saúde não tem se mostrado à população como campo potencial para a prevenção e busca de informação e atenção integral. Além dos serviços hospitalares, a rede primária deve ser percebida como promissora para intervenções, demandando maior investimento.

O parco investimento em saúde também é um problema e uma justificativa usada para limitar as políticas sociais públicas. O olhar sobre essas questões foi enfatizado pelas militantes dos movimentos de mulheres e feministas. Elas apontaram uma concepção mais ampliada da violência e que não tem sido considerada ou apropriada como demanda pelas instituições, as quais têm, inclusive, perpetrado violências de ordem institucional. A violência da pobreza, a violência estrutural e estatal são algumas das violências presentes no conteúdo das falas. Apesar do potencial do olhar da gestão da secretaria municipal de saúde/SEMSA, que mostrou conhecer parte das dificuldades na atenção às violências, suas intenções encontram entraves de efetivação por conta de limitações orçamentárias, problemas de ordem política e precarizações.

Em nossa pesquisa, constatamos que a violência contra as mulheres é um problema de saúde pública que se expressa nos agravos à saúde, tais como lesões, traumas e mortes. Por outro lado, conforme as falas das mulheres entrevistadas, nem sempre a violência se mostra por estes aspectos, podendo passar despercebida por anos a fio. Portanto, a violência ocasiona sofrimentos que precisam ser visibilizados e enfrentados em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde, não apenas de recuperação, tratamento e cura das sequelas mais expostas. Entretanto, a análise da atenção às mulheres em situação de violência por parte dos serviços públicos de saúde do município de Parintins revelou que a violência contra as mulheres não tem sido abordada em sua integralidade.

A violência contra as mulheres tem sido percebida como um problema, mas dando ênfase à suas expressões físicas classificadas como graves por quem atende, principalmente as de ordem sexual. Com relação à prática profissional nas unidades de atendimento, verificou-se que hospitais e o serviço de atendimento à mulheres vítimas de violência têm sido apropriados como os espaços privilegiados para essas ocorrências. As unidades básicas, a atenção preventiva, inter e intra setorial ficam comprometidas e secundarizadas. A violência doméstica, em contraste com a violência sexual, recebe menor atenção por ainda ser percebida, nas representações profissionais, como algo privado, o que se revela pela não intervenção quando ela não é verbalizada. Por mais que essa demanda seja percebida/identificada pelos profissionais, torna-se reprimida. Atende-se o sintoma, desconsidera-se suas raízes.

A violência que afeta as mulheres requer um olhar holístico para além dos aspectos biológicos e da intervenção clínica. Em Parintins, o setor de saúde precisa se mostrar às mulheres como espaço acolhedor, detentor de um papel amplo de prevenção, proteção e promoção da saúde. A escuta sem julgamento e a prática do diálogo com os usuários dos serviços e comunidades são estratégias que podem ser implementadas. A articulação com os (as) conselheiros (as) de saúde, a instauração de ouvidorias, as rodas de conversas, palestras, pactuação com a rede de atendimento e enfrentamento, debate com os movimentos sociais de mulheres e feministas são algumas importantes recomendações. Estas estratégias devem envolver todas as categorias profissionais, que precisam atuar interdisciplinarmente para efetivar ações de qualidade. Supõe, com efeito, que não haja hierarquias de saber, e sim horizontalidade entre as profissões. O assistente social emerge como profissional da saúde por atender o potencial dessa concepção de saúde ampliada que afirma que a atenção integral, universal e equânime só pode ocorrer se as doenças e a perspectiva biomédica centralizada no médico e na cura das “doenças” não forem mais vistas como o principal na atenção em saúde.

Constatamos também que a violência possui forte interferência na vida das mulheres, sendo expressão da questão social. Ela encontra sua (re)produção associada ao contexto capitalista, pois a pobreza e a desigualdade que tem estruturado as relações hegemônicas em termos de gênero, raça/etnia e classe são a base das relações de violência e acirram suas expressões. Isso foi percebido nas vivências das mulheres, pois as dificuldades de renda e educação foram entraves que tornaram difícil o rompimento do ciclo de violências. Aspectos subjetivos articulam-se aos objetivos. As mulheres não conseguiam vislumbrar alternativas de ruptura com a violência em razão da dependência não apenas emocional, mas estrutural e de precarização das políticas de enfrentamento. O acesso é limitado em diversos serviços assistenciais e, na saúde, ele mostrou o potencial da primeira revelação mostrada por Fênix. Faltou, contudo, que fossem delineadas as estratégias de intervenção. No caso de Jasmim, as manifestações da violência em sua saúde foram alvo de atendimento paliativo, e a violência não foi constatada dentro das hipóteses diagnósticas. As militantes dos movimentos também enfatizaram a relação patriarcado/capitalismo, evidenciando que os impactos da violência na saúde das mulheres são reiterados pela precarização dos serviços públicos e violências institucionalizadas.

Averiguamos que a violência contra a mulher é vista pelas profissionais de saúde como uma ruptura de integridades, sobretudo físicas, psicológicas e sexuais. Deram atenção aos seus sintomas não apenas físicos, mas psicológicos. Contudo, precisam de qualificação em termos de gênero e equidade na medida em que as desigualdades que perpassam as relações entre os sexos, as desigualdades étnico-raciais e de classe social são pouco percebidas. Quanto aos procedimentos adotados ou não em âmbito legal, há necessidade de extensão dos protocolos aos profissionais de todas as unidades de saúde, tanto da média complexidade como da atenção básica. A maioria sabia para aonde encaminhar essas demandas, mas em uma perspectiva que dicotomiza os procedimentos de acordo com a categoria profissional e responsabilidades institucionais. A violência sexual é o tipo de violência sobre o qual mais sabem constatar e definir procedimentos técnicos, porém esse entendimento está mais restrito às profissionais de saúde do serviço especializado. Quanto à violência doméstica, não há normatizações expressas. Assim, esta expressão de violência fica sujeita aos procedimentos, sobretudo, em casos que resultam em lesões corporais consideradas “mais graves”.

Ponderamos que os estudos em saúde sobre as mulheres em situação de violências possuem laços estreitos com o Serviço Social, visto que se encontram no campo da reafirmação de direitos sociais e da atuação com as políticas sociais. Enquanto profissional de saúde, o assistente social deve estar atento às demandas que surgem neste campo e que nem sempre

condizem com o tradicional, o tecnicismo e o explícito que se põem aos espaços institucionais. A ampliação dessas ações na área da saúde requer a transversalidade de gênero no setor, a qual parte da superação de uma concepção restrita dos processos de saúde, centralizada nos problemas biológicos, bem como da desnaturalização das relações desiguais entre homens e mulheres.

Deve-se considerar que os fatores estruturais, relativos às desigualdades desencadeadas pelas relações capitalistas, são entraves à viabilização de uma atenção integral e de qualidade às mulheres, inclusive aquelas que estão em situação de violência. Afinal, não é possível efetivar plenamente os direitos em um contexto predominado pela precarização e pelo desmonte das políticas sociais públicas. A redução das intervenções do Estado no setor público, de fato, conforma as estratégias do capital para a superação das crises que lhes são inerentes.

Acreditamos que este trabalho possa contribuir para a construção de estratégias de cuidado, proteção e promoção da saúde das mulheres, o que requer o olhar atento às necessidades apresentadas por elas e a superação de situações de violência. Igualmente, esperamos que este estudo possibilite impulsionar novas pesquisas sobre o tema na área do serviço social, pois, esta não é uma análise definitiva, mas si processual. E como nos diz a companheira da luta feminista em Parintins, Fátima Guedes: o debate segue em frente.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Priscila. A economia solidária é feminina? A política nacional de economia solidária sob o olhar de gênero. In: *Ser Social – Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília*, V.1, n.2, Brasília: Ser social: UnB, 1998.

AZERÊDO, Sandra. **Preconceito contra a mulher: diferença, poemas e corpos**. São Paulo: Cortez, 2007.

BANDEIRA, Lourdes. **Avançar na transversalidade da perspectiva de gênero nas políticas públicas**. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

_____. Violência de gênero: a construção de um campo teórico e de investigação. *Revista Sociedade e Estado*, v.29, n.02, mai-ago, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922014000200008>. Acesso em: 10 ago. 2017.

BANDEIRA, Lourdes; ALMEIDA, Tânia. Desafios das políticas e ações em saúde diante da violência contra as mulheres. *Ser Social*, Brasília, V.10, n.22, p.183-212, jan/jun, 2008.

BAPTISTA, Tatiana. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: **Textos de apoio: políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BARDIN, Lawrence. **Análise de conteúdo**. Tradução de: Luís Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROSO, Milena F. **Rotas críticas das mulheres Sateré-Mawé no enfrentamento da violência doméstica: novos marcadores de gênero no contexto indígena**. Dissertação de mestrado. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2011.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: **O território e o processo saúde-doença**. FIOCRUZ. Disponível em: <www.epsjv.fiocruz.br>. Acesso em: 30 de julho de 2011.

BENAION, Noval. **Subordinação reiterada: imperialismo e subdesenvolvimento no Brasil**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2006.

BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Tradução de: Carlos Nelson Coutinho. 7.ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

_____. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BOTREL, Milton de A (ET AL). **Gramíneas para áreas de baixada**. Comunicado Técnico. Juiz de Fora: Ministério da Agricultura pecuária e abastecimento, dezembro, 2002. Disponível em: <<https://www.infoteca.cnptia.embrapa.br/bitstream/doc/595229/1/COT25.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2018.

BOURDIEU, Pierre. **A dominação Masculina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010.

BOURDIEU, Pierre (ORG.). **A miséria do mundo**. 9.ed. Tradução de: Mateus S. Azevedo. Editora Vozes: 2012.

BRASIL. LEI N° 11.340, DE 7 DE AGOSTO DE 2006: Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. In: **Coletânea de leis/ Conselho Regional de Serviço Social: 15ª Região Amazonas/Roraima**. 2ª edição, Manaus: Editora Valer, 2010a.

_____. LEI N° 8.069, DE 13 DE JULHO DE 1990: Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do adolescente e dá outras providências. In: **Coletânea de leis/ Conselho Regional de Serviço Social: 15ª Região Amazonas/Roraima**. 2ª edição, Manaus: Editora Valer, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em jun. 2015.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. (versão impressa). Brasília, DF: Ministério da saúde, 2005.

_____. **Atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual: matriz pedagógica para formação de redes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_mulheres_adolescentes_matriz_pedagogica.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011a.

_____. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. **Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres**. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2011b. Disponível em: <<http://www.spm.gov.br/sobre/publicacoes/publicacoes/2011/politica-nacional>>. Acesso em: jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3ª ed. Brasília: MS; 2012. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf>. Acesso em: 26 mai. 2015.

_____. Ministério da Saúde. PNAB: **Política nacional de atenção básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: jun.2018.

_____. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. **Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e violências**. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acidentes.pdf>> Acesso em: 18 jan. 2013.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Transição epidemiológica, os sistemas de atenção à saúde e a rede de atenção à saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à**

saúde. Brasília: CONASS, 2015(a). Disponível em: <<http://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2014:** uma análise da situação de saúde e das causas externas. Secretaria de vigilância em saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015(b). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_brasil_2014_analise_situacao.pdf>. Acesso em: 14 mai. 2017.

_____. Secretaria de Políticas para as Mulheres. RASEAM – Relatório anual socioeconômico da mulher. Brasília: SPM, 2015(c). Disponível em: <http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/livro-raseam_completo.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **VIVA 2011 e 2012:** vigilância de violências e acidentes. Brasília: Secretaria de vigilância em saúde, Ministério da Saúde: 2016a. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf>>. Acesso em: 01 mai. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica:** saúde das mulheres. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf>. Acesso em: janeiro de 2016b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional De Saúde. Manual orçamento e finanças públicas para conselheiros e conselheiras de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016c. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/livros/manual_do_Orcamento.pdf>. Acesso em 2016c.

_____. INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Retrato das desigualdades de gênero e raça – 1995 a 2015.** 2017a. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/170306_retrato_das_desigualdades_de_genero_raca.pdf>. Acesso em: 02 out. 2018.

_____. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2017b. <http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/>. Acesso em: 25 mar. 2018.

BRAGA, Sérgio Ivan. **Os bois-bumbás de Parintins.** Rio de Janeiro: Funarte, Editora Universidade do Amazonas, 2002.

BRAVO, Maria I. S. **Saúde e serviço social no capitalismo:** fundamentos sócio-históricos. São Paulo: Cortez, 2013.

BRAVO, Maria I. S.; MATOS, Maurílio C. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal. In: BRAVO, M. I.; PEREIRA, P.A. P. **Política social e democracia.** 3.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

_____. Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: Bravo *et al* (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 5.ed. São Paulo: Cortez; rio de Janeiro: UERJ, 2012. p.25-49.

CAMARGO, Márcia; AQUINO, Silvia. **Redes de cidadania e parcerias**: enfrentando a rota crítica. In: CAMARGO, Márcia (org). Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Brasília: SEPM, 2003.

CAVALCANTE, Celi; ALMEIDA, Diana. Os filhos no contexto da violência doméstica contra a mulher: algumas reflexões. In: MILHOMENS, Lucas; ESTÁCIO, André, BARROSO, Milena (Orgs.). **Amazônia**: mosaico de reflexões interdisciplinares. Manaus: Editora Valer, 2015.

CAVALCANTI, Ludmila; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria. Representações de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, p.31-39, Jan, 2006.

CERQUA, Arcangelo. **Clarões de fé no médio Amazonas**: a prelazia de Parintins no seu jubileu de prata. 1980.

CERQUEIRA, Daniel (*et al*). **Análise dos custos e consequências da violência no brasil**. In: Custos da violência e criminalidade. 2007. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/1767925-Analise-dos-custos-e-consequencias-da-violencia-no-brasil-1-daniel-r-c-cerqueira-alexandre-y-x-carvalho-waldir-j-a-lobao-e-rute-i.html>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

_____. **Atlas da violência 2018**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP), p.01-92. 2018. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2018.

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social. Resolução CFESS N° 273/93, de 1 de março de 1993. Institui o Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais, e dá outras providências. In: **Coletânea de leis**. Conselho Regional de Serviço Social 15° região Amazonas / Roraima. 2.ed. Manaus: Editora Valer, 2010.

CHAGAS, Yêda Azevedo das. **O assistente social**: um estudo sobre as condições de trabalho nas áreas de saúde e assistência social em Parintins/AM. Trabalho de conclusão de curso (Colegiado de serviço social), Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia, UFAM, Parintins, 2013.

CHAUÍ, Marilena Participando do debate sobre mulher e violência In: *Perspectivas Antropológicas da Mulher 4 - sobre mulher e violência*. Rio de Janeiro: Zahar, 1985.

CORDEIRO, Marina de Carvalho. Mulher, mãe e trabalhadora: breve balanço de recentes políticas de conciliação entre trabalho e vida familiar no Brasil. In: BOSCHETTI, Ivanete (*et al*). **Política social no capitalismo**: tendências contemporâneas. São Paulo: Cortez, 2008.

COSTA, Maria D.H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. IN: MOTA, Ana Elizabete [*et al*]. (Orgs). Serviço social e saúde. São Paulo: Cortez, 2009.

COUTINHO, Carlos N. Pluralismo: dimensões teóricas e políticas. In: Ensino em serviço social: pluralismo e formação profissional. *Cadernos ABEPSS*, São Paulo: Cortez, n.4, p. 5-17, jul., 1995.

CRETTEZ, Xavier. **As formas da violência**. Tradução de: Lara Malimpensa e Mariana da Cunha. Título original: *Les formes de la violence*. Paris Editions La Découverte, 2008.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D; FREITAS, C.M. de (Orgs.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões e tendências. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

CUNHA, Flávia. **Marcas de um crime invisível**. Manaus: Wega, 2014.

DEBERT, Guita; GREGORI, Maria. Violência e gênero: velhas propostas, novos dilemas. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v.23, n. 66, 2008. p.165-211. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v23n66/11.pdf>>. Acesso em: março de 2017.

DINIZ, Simone. **Violência contra a mulher**: estratégias e respostas do movimento feminista no Brasil (1980-2005). São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.observatoriodeseguranca.org/files/simonepdf.pdf>> Acesso em: 28 jun. 2017.

D'OLIVEIRA, Ana Flávia P. Lucas. (et al). **Atenção integral à saúde de mulheres em situação de violência de gênero**: uma alternativa para a atenção primária em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(4): 1037-1050, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n4/a06v14n4.pdf>>. Acesso em: 28 fev. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Espaço institucional e espaço profissional. In:_____. **Saber profissional e poder institucional**. 7.ed. São Paulo: Cortez, 2007.

FARAH, Marta. **Gênero e políticas públicas**. *Revista estudos feministas*, v.12, n.1, Jan/Abr, 2004, p.47-71.

FERREIRA, Luciana. **Uma análise dos atendimentos prestados às vítimas de violência sexual infanto-juvenil nos serviços públicos do Distrito de Saúde Norte/AM**. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Serviço Social e sustentabilidade na Amazônia, Universidade Federal do Amazonas. Manaus: UFAM, 2010.

FREIRE, Silene. Criminalização e assistencialização da questão social: “novas” formas de enfrentamento da pobreza no Brasil?. In: LEAL, M.; FREIRE, S. (orgs). **Direitos humanos e suas interfaces nas políticas sociais**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2012.

FRENK, Julio (et al). La transición epidemiológica em América Latina. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 111(6), p.485-496. 1991. Disponível em: <<http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/16560/v111n6p485.pdf?sequence=1>>. Acesso em 2018.

FÓRUM MULHER - Coordenação para a Mulher no Desenvolvimento (Org). **Manual de abordagem de gênero em saúde sexual e reprodutiva**. Maputo: Fórum Mulher, 2011.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. (1979). 28.ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2014.

FREITAS, Geovani J. **Ecoss da violência**: narrativas e relações de poder no nordeste canavieiro. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

GAMA, Andréa de Sousa. Gênero e avaliação da qualidade da atenção em serviços de saúde reprodutiva. In: Bravo, Maria I. S. *et al* (Orgs.). **Saúde e serviço social**. 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para novos contratos intergeracionais e de gênero. In: A.A. Camarano (Org.). *Muito além dos 60*: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: IPEA, 1999. p.75-113.

GREGORI, Maria Filomena. As desventuras do vitimismo. *Estudos Feministas*, n.1, p.143-149, 1993.

GROSSI, Miriam Pillar. **Identidade de gênero e sexualidade**. Antropologia em Primeira Mão, n.24, Florianópolis, UFSC, 1998.

_____. Novas/velhas violências contra a mulher no Brasil. *Estudos feministas*, p.473-483. 1994. Disponível em: <<http://miriamgrossi.paginas.ufsc.br/files/2012/03/16179-49803-1-PB.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2018.

GROSZ, Elizabeth, (1994). Corpos reconfigurados. *Cadernos Pagu* (14), 2000, p.45-86.

GUEDES, Fátima. **Fêmeas memórias**: algemas silenciadas. Parintins: Gráfica editora João XXIII, 2018.

IAMAMOTO, Marilda V. **O serviço social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 14.ed. São Paulo: Cortez, 2008

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). **População no último censo [2010]**. Parintins, Amazonas: IBGE, 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/am/parintins/panorama>>. Acesso em: 03 de abril de 2017.

IZUMINO, Wânia Pasinato. **Justiça e violência contra a mulher**: o papel do sistema judiciário na solução de conflitos de gênero. São Paulo: Annablume, 1998.

KRUG, Ettiene G. (et al). Relatório mundial sobre violência e saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. Disponível em: <<https://www.opas.org.br/wp-content/uploads/2015/09/relatorio-mundial-violencia-saude.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2018.

LEÃO, Alice Ponce de; SASSAKI, Yoshiko. Um retrato da sexualidade da mulher idosa no conto “Mas vai chover”, de Clarice Lispector. *Revista Graphos*, vol.18, n° 1, p.04-12, UFPB: PPGL, 2016. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/38748536-Um-retrato-da-sexualidade-da-mulher-idosa-no-conto-mas-vai-chover-de-clarice-lispector.html>>. Acesso em: jun. 2018.

LEMOS, Verena C. da Silva. **O festival folclórico de Parintins**. Monografia de Graduação. Curso de turismo. Brasília, DF: Centro Universitário de Brasília – UNICEUB, 2005.

LETTIERE, Angelina; NAKANO, Ana Márcia; RODRIGUES, Daniela. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais da saúde. *Revista esc.de enfermagem USP*, p. 467-473, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reecusp/v42n3/v42n3a07>>. Acesso em: mai. 2018.

LIMA, Mayara V. de. **Movimento das águas na cidade de Parintins - AM**. 2016. 114 f. Dissertação (Mestrado em Ciências do Ambiente e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2016.

LIMA, Claudia; DESLANDES, Suely. Violência sexual contra mulheres no Brasil: conquistas e desafios do setor saúde na década de 2000. *Revista Saúde Sociedade*, São Paulo, v.23, n.3, p.787-800, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n3/0104-1290-sausoc-23-3-0787.pdf>>. Acesso em: jun. 2017.

LISBOA T. K.,; PINHEIRO, .E. A. A intervenção do serviço social junto à questão da violência contra a mulher. *Katálysis*, v.8, n.2, jul-dez, p.199-210, Florianópolis – SC, 2005. Disponível em: < <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/viewFile/6111/5675>>Acesso em: 02 jun. 2018.

LOPES, Andrea. Dependência, contratos sociais e qualidade de vida na velhice. In: SIMSON, Olga; NERI, Anita; CACHIONI, Meire (Orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

MAFIOLETTI, Terezinha. **Violência doméstica contra a mulher**: um problema de saúde pública – a situação do paraná. Fazendo gênero: diásporas, diversidades, deslocamentos. Anais de evento. Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1278288426_ARQUIVO_TrabalhoFazendoGenerofinal.pdf>. Acesso em: jan. 2017.

MACHADO. Lia Zanotta. Gênero: um novo paradigma?. *Cadernos Pagu*, 11, 107-125, 1998.

MANAUS (município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Manaus (PMS 2014-2017)**. p. 01-108, SEMSA, 2014. Disponível em: http://semsa.manaus.am.gov.br/wp-content/uploads/2017/02/PMS-2014-2017_APROVADO_CMS_RESOL.096-DE-27.12.2013_COMPLETO.pdf>. Acesso em: maio de 2017.

MARTINS, Rosimeire. **Jovens mulheres vitimadas**: abuso sexual, sofrimento e resiliência. Curitiba: Juruá, 2010.

MARTINS, Ana Paula; CERQUEIRA, Daniel; MATOS, Mariana. **A institucionalização das políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres no Brasil** (versão preliminar). N.13, IPEA, 2015. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/a-institucionalizacao-das-politicas-publicas-de-enfrentamento-a-violencia-contra-as-mulheres-no-brasil>>. Acesso em maio de 2017.

MEDEIROS, Patrícia Flores de; GUARESCHI, Neuza Maria de Fátima. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** In: Revista estudos feministas. Florianópolis, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a03v17n1.pdf>>. Acesso em 2015.

MEDEIROS, Alexsandro; NORONHA, Nelson. Coronelismo e relações de poder na Amazônia. In: TORRES, Iraildes C; BARROS, Rooney; NETO, Diogo G.T. (Orgs.). **Epifanias da Amazônia: relações de poder, trabalho e práticas sociais.** 2.ed. Manaus: Grafisa, 2017.

MELO, Ana Inês S. C. de; ALMEIDA, Glaucia Elaine S. de. Interdisciplinaridade: possibilidades e desafios para o trabalho profissional. In: **Capacitação em serviço social e política social: módulo 4 – o trabalho do assistente social e as políticas sociais.** Brasília: UNB, Centro de Educação aberta continuada a distância, 2000.

MENDES, Eugênio. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma agenda para a saúde.** 2.ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDONÇA, Lígia. Mulher e saúde: uma avaliação contemporânea. In: BORBA, Ângela; FARIA, Analu; GODINHO, Tatau (Orgs.). **Mulher e política: gênero e política o partido dos trabalhadores.** São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1998. p.101-120.

MENDONÇA, Eliana Azevedo Pereira de. Tematizando gênero e sexualidade nas práticas educativas. In: Bravo, Maria I. S. *et al* (Orgs.). **Saúde e serviço social.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

_____. Tematizando gênero e sexualidade nas práticas educativas. In: BRAVO, M. *et al* (orgs). **Saúde e serviço social.** 3.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SOUZA, Edinilza Ramos de Souza. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências e Saúde,** 1998.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: **Impacto da violência na saúde dos brasileiros.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Violência e saúde.** 20.ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

MIOTO, Regina; NOGUEIRA, Vera. **Serviço social e saúde: desafios intelectuais e operativos.** Ser Social, Brasília, v.11, n.25, p.221-243, jul./dez. 2009.

MISSE, Michel. A violência como sujeito difuso. In: FEGHALI, J.; MENDES, C.; LEMGRUBER, J. (orgs). **Reflexões sobre violência urbana: (in) segurança e (des) esperanças.** Rio de Janeiro: Mauad x, 2006.

MORATO, Alessandra (*et al*). **Análise da relação sistema de justiça criminal e violência doméstica contra a mulher: a perspectiva de mulheres em situação de violência e dos profissionais responsáveis por seu acompanhamento.** In: _____. Brasília: Escola Superior do Ministério Público da União, 2009.

NOGUEIRA, Conceição. Feminismo: teoria e crítica social. In: _____. **Um novo olhar sobre as relações sociais de gênero: feminismo e perspectivas críticas na psicologia social.** Fundação Calouste Gulbenkian; Fundação para a Ciência e Tecnologia, 2001.

ODALIA, Nilo. **O que é violência**. 4.ed. São Paulo: Brasiliense. 1983.

OLIVEIRA, Simone Eneida B. **Conhecimento e prática profissional: o saber fazer dos assistentes sociais em Manaus**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2009.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher: ação e produção de evidência. OMS: 2012. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789275716359_por.pdf;jsessionid=05E4F52928A7AD5697F8A5A919F87A98?sequence=3>. Acesso em: 05 jun.2017.

PAGLIOSA, Fernando; ROS, Marco Aurélio Da. O relatório flexner: para o bem e para o mal. *Revista brasileira de educação médica*, p. 492-499, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbem/v32n4/v32n4a12.pdf>>. Acesso em: janeiro de 2017.

PARINTINS (município). Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde de Parintins-AM (PMS 2014-2017)**. p. 01-105, SEMSA, 2014.

PEQUENO, Marconi. Violência e direitos humanos. **Revista Filosofia, Aurora, Curitiba**, v.28, n.43, jan./abr. 2016, p. 135-146.

PEREIRA, Lucimara. Violência sexual doméstica contra crianças e adolescentes: uma proposta multidisciplinar de atendimento. In: CRAMI – Centro regional aos Maus-tratos na Infância (Org.). **Abuso sexual doméstico: atendimento às vítimas e responsabilização do agressor**. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2009. p.16-39.

PEREIRA, Potyara A.P. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. IN: BEHRING; Elaine (*et al*). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2010.

PEREIRA, Rosângela (*et al*). Transversalidade de gênero e políticas sociais no orçamento do Estado de Mato Grosso. *Revista Estudos Feministas*. p. 425-450. Florianópolis, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v18n2/08.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

PINSK, Carla. Estudos de gênero e história social. *Estudos Feministas*, Florianópolis, 17(1): 296, janeiro-abril, 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/S0104-026X2009000100009/10988>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde do Brasil: uma pequena revisão**. Disponível em: <<http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165>>. Acesso em: jan.2017.

RANGEL, C. M. F. B. de A.; OLIVEIRA, E. L. de. **Violência contra as mulheres: fatores precipitantes e perfil de vítimas e agressores**. Fazendo Gênero 9: diásporas, diversidades, deslocamentos. Anais de evento. Agosto de 2010. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/9/resources/anais/1277848018_ARQUIVO_fazendogenero_Celina_Elzira.pdf> Acesso em: 20 Ago. 2017.

RAMOS, Jucelem. **A representação social da mulher no contexto da relação conjugal violenta na cidade de Manaus**. Recife: Bagaço, 2003.

RIBEIRO, Marcelo Arantes. **O rio como elemento da vida em comunidades ribeirinhas.** Revista de Geografia, UFPE, v.29, n.2, 2012. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistageografia/index.php/revista/article/view/538/426>>. Acesso em: 17 mar. 2013.

RIFIOTIS, Theophilos. O Fantasma da violência: reflexão sobre “forças centrífugas” e um objeto em revolução, **História em revista**, v.3, Pelotas: Ed.UFPEL,1997.

ROCHA, Lourdes. **Casas-abrigo: no enfrentamento da violência de gênero.** São Paulo: Veras Editora, 2007.

RODRIGUES, Rute (et al). **Custo da violência para o sistema público de saúde no Brasil.** Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1295.pdf>. Acesso em: set. 2012.

SAFFIOTI, Heleieth. **Gênero, Patriarcado, Violência.** São Paulo: Perseu Abramo, 2004.

SAGOT, Montserrat. Ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar En américa latina (estudios de caso de diez países). OPAS, 2000. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/165880/9275323348.pdf;jsessionid=F5C800514805E14CC574538F821ACE4B?sequence=1>>. Acesso em: 28 jan. 2017.

SANT’ANA, Raquel Santos. O desafio da implantação do projeto ético-político do Serviço Social. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*. n. 62. Ano XXI. São Paulo: Cortez, março, 2000. p.73-90.

SANTOS, Cecília; IZUMINO, Wânia. Violência contra as mulheres e violência de gênero: notas sobre estudos feministas no Brasil. *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y El Caribe*. Universidade de Tel Aviv, p.01-16, 2005.

SCHRAIBER, Lilia. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde?. *Revista USP*, São Paulo, n.51, p. 104-113, setembro/novembro 2001.

_____. (ET AL). **Violência dói e não é direito: a violência contra a mulher, a saúde e os direitos humanos.** São Paulo: Editora UNESP, 2005.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHISYS, Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2007.

SCHOR, Tatiana; MARINHO, Tiago. Ciclos amazônicos e periodização da rede urbana no Amazonas – Brasil: as cidades Parintins e Itacoatiara de 1655 a 2010. *Rev. Inst. Estud. Bras.*, São Paulo, n. 56, p. 229-258, jun. 2013.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil para análise histórica.** 1991.

SILVA, Aline P. (et al). **Conte-me sua história: reflexões sobre o método de história de vida.** *Mosaico estudos em psicologia*, v.1, n.1, p. 25-35, 2007.

SILVA, Heloísa H. C. **Expressões da assistência social no Médio Juruá – Amazonas**. Manaus: Edua, 2012.

SILVA, José F. Siqueira; CARMO, Onilda Alves. Sociabilidade burguesa, violência e serviço social. In: SILVA, J. F.; SANT'ANA, R.; LOURENÇO, E. **Sociabilidade burguesa e serviço social**. Rio de Janeiro: Editora Lumen Juris, 2013.

SILVA, Marlise Vinagre. **Violência contra a mulher: quem mete a colher?**. São Paulo: Cortez, 1992.

SOARES, Bárbara M. **Enfrentando a violência contra a mulher: orientações práticas para profissionais e voluntários(as)**. Brasília: SPM, 2005. Disponível em: <<https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/enfrentando-a-violencia-contra-a-mulher-orientacoes-praticas-para-profissionais-e-voluntarios>>. Acesso em: jun. 2018.

SOARES, Elaine. SUS: políticas públicas: gestão-financiamento saúde. In:_____. **Gestão financeira do SUSFAM**. Coordenadoria de Vigilância em Saúde, SEMSA, Parintins: 2011.

SODRÉ, Muniz. Violência, mídia e política. In: FEGHALI, J.; MENDES, C.; LEMGRUBER, J. (orgs). **Reflexões sobre violência urbana: (in) segurança e (des) esperanças**. Rio de Janeiro: Mauad x, 2006.

SOUSA, Dielle. Violência contra a mulher: uma análise sobre a aplicabilidade da Lei Maria da Penha a partir do atendimento pela autoridade policial no município de Parintins. p.191-206. In: MILHOMENS, Lucas; ESTÁCIO, André, BARROSO, Milena (Orgs). **Amazônia: mosaico de reflexões interdisciplinares**. MANAUS: Editora Valer, 2015.

SOUSA, Vanessa Rodrigues de. **Violência contra a mulher: uma análise dos boletins de ocorrência da Delegacia Especializada (DECCM) e 3ª Delegacia Interativa de Polícia (3ª DIP) no município de Parintins/AM**. (2014). Monografia de Graduação. Parintins: Universidade Federal do Amazonas, 2014.

SOUZA, Nilciana Dinely de. **O processo de urbanização da cidade de Parintins (AM): evolução e transformação**. Tese de doutorado. São Paulo: Universidade de São Paulo - USP, 2013.

TAQUETTE, Stella. **Mulher adolescente/jovem em situação de violência: propostas de intervenção para o setor saúde módulo de auto-aprendizagem**. Brasil: SPM, 2007.

TELES, Maria; MELO, Mônica. **O que é a violência contra a mulher**. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 2012.

TEIXEIRA, Sonia Fleury. Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In:_____. (Org.). **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. 4.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2011.

TEIXEIRA, Tainá Abecassis. **Violência e saúde: reflexões sobre as taxas de mortalidade no município de Parintins**. (2013). Monografia de Graduação. Parintins: Universidade Federal do Amazonas, 2013.

_____.(et al). **Controle social democrático na gestão da política de saúde: desafios e perspectivas da ação do conselho de saúde do município de Parintins/AM.** XV ENPESS – Encontro Nacional de Pesquisadoras[es] em Serviço Social: formação e trabalho profissional reafirmando as diretrizes curriculares da ABEPSS. Ribeirão Preto, SP: Anais do XV ENPESS, 2016.

TEIXEIRA, Tainá A.; BARROSO, Milena F. Violência e saúde: reflexões sobre as taxas de mortalidade no município de Parintins. In: MILHOMENS, Lucas; ESTÁCIO, André; BARROSO, Milena (Orgs.). **Amazônia: mosaico de reflexões interdisciplinares.** MANAUS: Editora Valer, 2015.

TEIXEIRA, Mary Jane O; NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: In: Bravo, Maria I. S. *et al* (Orgs.). **Saúde e serviço social.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2012.

TORRES, Iraildes Caldas. **As novas amazônidas.** Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2005.

_____. **As primeiras-damas e a assistência social:** relações de gênero e poder. São Paulo: Cortez Editora, 2002.

TRINDADE, Deilson do Carmo. **As bezendeiras de Parintins:** práticas, rezas e simpatias. Manaus: Edua, 2013.

VASCONCELOS, Ana Maria de. Serviço social e práticas democráticas na saúde. In: MOTA, Ana Elizabete [et al]. (orgs). **Serviço social e saúde.** 3.ed. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2008.

_____. Serviço Social e práticas democráticas na saúde. IN: MOTA, Ana Elizabete [et al]. (Orgs). Serviço social e saúde. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. (et al). Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, Maria Inês Souza, *et al* (Orgs). **Saúde e Serviço Social.** 5.ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro; UERJ, 2012.

VELHO, Gilberto. Violência e cidadania. In:_____. **Individualismo e cultura:** notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. 8.ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Edd., 2008.

VIEIRA, Luiza Jane E. S (et al). Protocolos na atenção à saúde de mulheres em situação de violência sexual sob a ótica de profissionais de saúde. *Ciência e saúde coletiva*, 21(12): 3957-3965, 2016.

VILGA, Vanessa; FÉLIX, Lucínio; URVANEGIA, Helena. Implicações psicológicas decorrentes de processos judiciais de abuso sexual doméstico contra crianças e adolescentes. In: CRAMI – Centro regional aos Maus-tratos na Infância (Org.). **Abuso sexual doméstico:** atendimento às vítimas e responsabilização do agressor. São Paulo: Cortez; Brasília, DF: UNICEF, 2009. p.54-66.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2012:** homicídio de mulheres no Brasil. Brasília, DF: 2012 Disponível em:

<http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2012/mapa2012_mulher.pdf>. Acesso em: 13 jul. 2015.

_____. **Mapa da Violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil Brasília, DF: ONU/OPAS; OMS; SEPM; Flacso, 2015. Disponível em: <https://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em 20 set. 2016.

YAZBEK, Maria. Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil. In: *Temporalis*, Ano.2, n.3, Brasília: ABEPSS, Grafine, Jan-Jun. 2001.

ZALUAR, Alba. **Um debate disperso**: violência e crime no Brasil da democratização. São Paulo em perspectiva, 1999, 13 (3): 03-17. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br/wp-content/uploads/2014/07/v13n3.pdf>>. Acesso em: 30 mar. 2017.

ZASCIURINSKI, J.M. Violência obstétrica: uma contribuição para o debate acerca do empoderamento feminino. (sem ano – s/a) Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/Eventos/2015/xiisemanadamulher11189/violencia-obstetrica_juliana-miranda.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2017.



APÊNDICE 1

Universidade Federal do Amazonas
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais –IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

FORMULÁRIO⁵⁶ Profissionais de saúde

Título da pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins/AM

Unidade de Saúde: _____ Data: _____

1. Identificação

1.1 Profissão:

(1) Assistente Social

(4) Médico: _____

(2) Enfermeiro

(5) Outros: _____

(3) Psicólogo

1.2 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

1.3 Idade: _____

1.4 Tempo de formação: _____

1.5 Tempo de instituição: _____

2. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes

2.1 Você conhece a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes? (1) Sim (2) Não

2.2 Já leu esta Norma Técnica alguma vez? (1) Sim (2) Não.

2.2 Ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências

2.2.1 Você conhece a Ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências?

(1) Sim (2) Não

2.2.2 Essa Unidade de Saúde possui a Ficha de Notificação de violência doméstica, sexual e/ou outras violências de fácil acesso?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei, nunca a vi

2.3 Formação acadêmica

⁵⁶ Formulário adaptado com base em Ferreira (2010)

2.3.1 Na sua formação acadêmica você teve acesso a discussões relativas à violência de gênero e violência contra as mulheres?

(1) Sim (2) Não (3) Não lembra

2.3.1.1 Se sim, nessas discussões a violência de gênero, doméstica e/ou sexual contra mulheres foi pontuada como problema de saúde pública?

(1) Sim (2) Não (3) Não lembra

3. Normas Gerais de Atendimento: Violência contra mulheres

3.1 Você já teve alguma suspeita/confirmação de ocorrência de violência sexual contra mulheres no exercício de sua profissão?

(1) Sim (2) Não, nunca (*Pule para a pergunta 3.7*)

3.2 Com relação aos **procedimentos clínicos** - O que você fez ou frequentemente faz em casos de suspeita ou confirmação de violência sexual? (*assinale quantas alternativas julgar necessário*)

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Profilaxia IST's | (7) Coleta de secreção vaginal |
| (2) Profilaxia HIV | (8) Contracepção de emergência |
| (3) Profilaxia Hepatite B | (9) Aborto previsto em lei |
| (4) Coleta de sangue | (10) Não se aplica |
| (5) Coleta de sêmen | (11) Nenhum procedimento clínico |
| (6) Outros: _____ | |

3.3 Com relação aos **procedimentos psicossociais** - O que você fez ou frequentemente faz? (*assinale quantas alternativas julgar necessário*)

- (1) Conversa com o chefe da unidade
- (2) Acolhe e orienta a pessoa violentada
- (3) Conversa com familiar da vítima
- (4) Conversa com colegas
- (5) Nada (5.1) por medo de represálias do agressor (5.2) por medo de sofrer alguma consequência do serviço (5.3) por receio de prejudicar a mulher (5.4) por não querer se envolver com essas questões (5.5) por não saber o que fazer (5.6) outros _____
- (6) Encaminha o caso para outros serviços ou setores.
Qual(is)? _____
- (7) Outros procedimentos: _____

3.4 Você notifica(ou) o caso a algum órgão responsável?

(1) Sim, qual(is): _____

(2) Não (*pule para a pergunta 3.6*)

3.5 Após notificar você: (*após responder, pule para a pergunta 4.1*)

(1) acompanha a situação da vítima

- (2) nunca mais tomou conhecimento do caso
- (3) Não tomou mais nenhuma providência, pois considera sua função cumprida
- (4) Encaminhou para serviços de referência
- (5) Outros: _____
- (6) Nenhuma das opções

3.6 Por que você não notifica(ou) a algum órgão responsável? (*após responder pule para a pergunta 4.1*)

- (1) Por medo de prejudicar a vítima
- (2) Por medo de represália por parte da família
- (3) Por medo de represália do agressor
- (4) Por medo de sofrer consequências no serviço
- (5) Para não se envolver em problemas familiares
- (6) Não saber como fazer
- (7) Outros: _____

3.7 Com relação aos **procedimentos clínicos** - O que você faria nos casos de suspeita ou confirmação de violência sexual? (*assinale quantas alternativas julgar necessário*)

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Profilaxia IST's | (7) Coleta de secreção vaginal |
| (2) Profilaxia HIV | (8) Contracepção de emergência |
| (3) Profilaxia Hepatite B | (9) Aborto previsto em lei |
| (4) Coleta de sangue | (10) Não se aplica |
| (5) Coleta de sêmen | (11) Nenhum procedimento clínico |
| (6) Outros: _____ | |

3.8 Com relação aos **procedimentos psicossociais** - O que você faria nos casos de suspeita ou confirmação de violência? (*assinale quantas alternativas julgar necessário*)

- (1) Conversa com o chefe da unidade
- (2) Acolhe e orienta a pessoa violentada
- (3) Conversa com familiar da vítima
- (4) Conversa com colegas
- (5) Nada (5.1) por medo de represálias do agressor (5.2) por medo de sofrer alguma consequência do serviço (5.3) por receio de prejudicar a mulher (5.4) por não querer se envolver com essas questões (5.5) por não saber o que fazer (5.6) outros _____
- (6) Encaminha o caso para outros serviços ou setores.
Qual(is)? _____
- (7) Outros procedimentos: _____

3.9 Você notificaria o caso a algum órgão responsável?

- (1) Sim (*pule para a pergunta 4.1*) (2) Não (*siga na pergunta 3.10*)

3.10 Por que você não notificaria a algum órgão responsável?

- (1) Por medo de prejudicar a vítima
- (2) Por medo de represália por parte da família
- (3) Por medo de represália do agressor

- (4) Por medo de sofrer consequências no serviço
- (5) Para não se envolver em problemas familiares
- (6) Não saber como fazer
- (7) Outros: _____

4. Organização da Atenção

4.1 Você se sente capacitado para atender mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual?

- (1) Sim (2) Não

4.2 Você já participou de algum curso de capacitação e/ou atualização na área do atendimento às vítimas de violência doméstica e/ou sexual?

- (1) Sim. Quantos? _____ (2) Não

4.3 Você gostaria de participar de capacitações relacionadas a esta temática?

- (1) Sim (2) Não

4.4 Como você avalia o atendimento prestado às mulheres em situação de violência neste Serviço de Saúde?

- (1) Muito bom (3) Bom (5) Regular, precisa melhorar (7) Outros: _____
- (2) Muito ruim (4) Ignorado (6) Ruim (8) Não sabe

4.5 Você acredita que o sistema de *referência e contra-referência* tem sido eficaz?

- (1) Sim (2) Não, porque? _____

4.6. Você acha que este serviço de saúde dispõe de um *ambiente físico* adequado, de respeito e acolhedor para atendimento a essas vítimas?

- (1) Sim
- (2) Não, porque? _____

4.7. Você considera que *a equipe multiprofissional* desta Unidade de Saúde está capacitada para diagnosticar, acolher, orientar, registrar e notificar os casos de violência doméstica e/ou sexual?

- (1) Sim (2) Não, porque? _____

4.8 Você considera que essa unidade de saúde dispõe de *equipamentos e materiais permanentes*, em condições adequadas de uso, que satisfaçam as necessidade de atendimento às vítimas de violência (em suas formas doméstica e sexual)?

- (1) Sim (2) Não, porque? _____

4.9 Existe um fluxograma ou protocolo de atendimento às vítimas de violência neste serviço de saúde?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

4.10 A rede de atendimento às mulheres em situação de violência tem sido organizada de forma integrada e intersetorial em Parintins?

- (1) Sim (2) Não (3) Não sei

4.11 Tem sido feita divulgação dos serviços públicos como local de acolhimento e atendimento às pessoas em situação de violência doméstica ou sexual?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei, nunca vi

4.12 A temática da violência de gênero tem sido debatida entre os profissionais de saúde e com a comunidade?

(1) Sim (2) Não (3) Não sei, nunca vi



APÊNDICE 2

Universidade Federal do Amazonas
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais –IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Profissionais de saúde

Título da pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins/AM

Unidade de Saúde: _____ Data: _____

1. Identificação

1.1 Profissão:

(1) Assistente Social

(4) Médico: _____

(2) Enfermeiro

(5) Outros: _____

(3) Psicólogo

1.2 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

1.3 Idade: _____

1.4 Tempo de formação: _____

1.5 Tempo de instituição: _____

2. Representações sobre violência

2.1 O que você considera violência?

2.2 O que é a violência contra a mulher? Qual seu entendimento sobre violência doméstica contra a mulher? E sobre violência sexual contra a mulher?

2.3 Como você percebe esses tipos de violência em Parintins? Há diferenças entre a violência sofrida por homens e mulheres? Você acha que há diferenças na vivência da violência entre mulheres que moram em área urbana e rural? E entre mulheres brancas, negras ou indígenas?

3. Reconhecimento do problema

3.1 Quais tipos de violência que afetam mulheres você mais percebe/identifica como demanda frequente na saúde pública?

3.2 Quais são os principais sinais que chamam/chamariam sua atenção e podem/poderiam indicar que uma mulher sofreu ou está sofrendo violência sexual/doméstica?

3.3 Você acha que a violência contra as mulheres é um problema no qual a saúde pública pode/poderia fazer intervenções de forma integral? De que forma isso poderia ser feito?

3.4 Em sua opinião, o setor público de saúde de Parintins está preparado para oferecer atenção integral a mulheres em situação de violência e aos agressores?

() Sim () Não, por que?

4. Organização da atenção pelo serviço público de saúde

4.1 Você saberia dizer quais são ou poderiam ser as atribuições dos serviços de saúde diante da violência doméstica ou sexual contra as mulheres?

4.2 Há entraves ou dificuldades na abordagem de casos de violência contra mulheres no serviço público de saúde em Parintins? Quais são/seriam?

4.3 O que você acha que poderia contribuir para a melhoria do atendimento às mulheres em situação de violência nesse Serviço de Saúde?

4.4 Como ocorre/ocorreria o atendimento com mulheres que vivem em comunidades rurais e/ou mulheres indígenas que sofrem/sofreram violência? Há dificuldades de acesso dessas mulheres nos serviços de saúde? Quais seriam? Como você aborda/abordaria esses casos?

APÊNDICE 3



Universidade Federal do Amazonas
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais –IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Gestor(es) da secretaria municipal de saúde

Título da pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins/AM

Unidade de Saúde: _____ Data: _____

1. Identificação

1.1 Formação:

- (1) Assistente Social (4) Médico: _____
 (2) Enfermeiro (5) Outros: _____
 (3) Psicólogo

1.2 Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

1.3 Idade: _____

1.4 Tempo de formação: _____

1.5 Tempo de instituição: _____

1.6 Tempo na função: _____

2. Representações sobre violência

2.4 O que você considera violência?

2.5 O que é a violência contra a mulher? Qual seu entendimento sobre violência doméstica contra a mulher? E sobre violência sexual contra a mulher?

2.6 Como você percebe esses tipos de violência em Parintins? Há diferenças entre a violência sofrida por homens e mulheres? Você acha que há diferenças na vivência da violência entre mulheres que vivem em área urbana e rural? E entre mulheres brancas, negras ou indígenas?

3. Reconhecimento do problema

3.1 Quais tipos de violência que afetam mulheres você mais percebe/identifica como demanda frequente na saúde pública?

3.2 Você acha que a violência contra as mulheres é um problema no qual a saúde pública pode/poderia fazer intervenções de modo integral? De que forma isso poderia ser feito?

3.3 Em sua opinião, o setor público de saúde de Parintins está preparado para oferecer atenção integral a mulheres em situação de violência e aos agressores?

() Sim () Não, por que?

4. Organização da atenção

- 4.5 Você saberia dizer quais são ou poderiam ser as atribuições dos serviços de saúde diante da violência doméstica e/ou sexual contra as mulheres?
- 4.2 Há entraves ou dificuldades na abordagem de casos de violência contra mulheres no serviço público de saúde em Parintins? Quais são/seriam?
- 4.3 O que você acha que poderia contribuir para melhoria do atendimento às mulheres em situação de violência nos serviços públicos de saúde de Parintins?
- 4.4 A rede de atendimento às mulheres em situação de violência tem sido organizada de forma integrada e intersetorial em Parintins?
() Sim () Não, por que? () Não sei
- 4.5 Há vínculos formalizados com outros setores para promoção de atividades de sensibilização, capacitação, humanização da assistência e ampliação da rede de atendimento? () Sim, quais? () Não, por que? () Não sei
- 4.6 São/foram feitas capacitações de recursos humanos para abordagem das mulheres em situação de violência? () Sim, quando/com que frequência? () Não, por que?
- 4.7 Tem sido feita divulgação dos serviços públicos de saúde como local de acolhimento e atendimento às pessoas em situação de violência doméstica ou sexual?
() Sim, de que forma? () Não, por que? () Não sei
- 4.8 A temática da violência de gênero e violência contra as mulheres tem sido debatida entre os profissionais de saúde e com a comunidade?
() Sim, de que forma/com que frequência? () Não, por que? () Não sei
- 4.9 Existe um fluxograma ou protocolo de atendimento às vítimas de violência nos serviços públicos de saúde de Parintins? () Sim () Não () Não sei
- 4.10 Como ocorre/ocorreria o atendimento com mulheres que vivem em comunidades rurais e/ou mulheres indígenas que sofrem/sofreram violência? Há dificuldades de acesso dessas mulheres nos serviços de saúde? Quais seriam? Como você aborda/abordaria esses casos?



APÊNDICE 4

Universidade Federal do Amazonas
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais –IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Mulheres

Título da pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins/AM

1. Dados Pessoais

Nome: _____
 Idade: _____
 Endereço: _____
 Telefones para contato: _____
 Naturalidade (Município/UF): _____
 Grau de Instrução: _____
 Raça/cor/etnia: _____

2. Relações de gênero

O que é ser mulher para você?
 Como ocorrem os relacionamentos entre homens e mulheres em Parintins? E na sua família?

3. Violência

O que você considera violência? Na sua opinião, o que causa a violência contra a mulher?
 Você já foi agredida por alguém? Quem? Em que momento?
 Você buscou ajuda? de quem? A violência afetou/prejudicou sua saúde? De que forma?

4. Políticas Públicas de Enfrentamento a Violência contra a Mulher

Você conhece algum serviço de atendimento as mulheres vítimas de violência?
 Se conhece, qual? Já procurou alguma vez? Em que situação? Você encontrou dificuldades no acesso a estes serviços?

5. Atendimento na Saúde

Você recorreu a algum serviço de saúde? Qual? Por que? Você foi acolhida pelos profissionais deste serviço? Quais (médico, assistente social, psicólogo, enfermeiro, ACS, outros? Como foi o acolhimento/atendimento? Você se sentiu bem atendida? Como você avalia este serviço (ótimo, bom, ruim, péssimo)? Você acha que precisa melhorar? Em que?



APÊNDICE 5

Universidade Federal do Amazonas
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais –IFCHS
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Integrante de movimento social de mulheres

Título da pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins/AM

1. Identificação:

Nome do Movimento:

Endereço:

Idade:

Naturalidade:

Escolaridade:

Profissão:

Tempo de militância

Cargo/função no movimento:

2. Informações Básicas sobre o Movimento:

2.1. O movimento existe há quanto tempo?

2.2. O que motivou o surgimento e desenvolvimento do movimento?

2.3. Quantas mulheres participam, em média?

2.4. Quais as principais ações desenvolvidas pelo movimento?

3. Trajetória de Militância

3.1. Conte brevemente sua história de participação no movimento. O que lhe levou a participar? Há quanto tempo participa?

4. Enfrentamento à violência

4.1. O que você considera violência? O que é a violência contra a mulher?

4.2. Como você percebe a violência doméstica em Parintins? E a violência sexual?

4.3. Existem serviços voltados para o atendimento/ enfrentamento à violência em Parintins?
 Quais? Como você avalia a efetividade desses serviços?

5. Violência e saúde

5.1. Como a violência afeta a vida e a saúde das mulheres em Parintins?

- 5.2. Que tipos de violência são mais comuns? Onde ocorrem?
- 5.3. Você considera a violência doméstica/sexual como um problema de saúde pública? Você acha que os serviços públicos de saúde têm tratado a violência como um problema de saúde público em Parintins?
() Sim () Não, porque?
- 5.4. Você conhece/já ouviu falar de algum serviço ou programa voltado para atendimento às mulheres em situação de violência doméstica/sexual na área da saúde pública de Parintins? (No hospital? Nas unidades básicas ou centros de saúde? Palestras?) Quais?
- 5.5. Você já foi atendida ou acompanhou alguém que precisou recorrer a algum serviço público de saúde por conta de situações de violência?
Sim () Não ()
Caso a resposta seja positiva: como você avalia o atendimento na saúde? Como você ou essa pessoa se sentiu no atendimento? O acolhimento foi humanizado e respeitoso?
- 5.6. Você acha que os serviços de saúde poderiam contribuir de alguma forma para o enfrentamento à violência contra as mulheres? () Sim () Não
Caso a resposta seja positiva: de que forma? _____
Caso a resposta seja negativa: por que não? _____
- 5.7. De modo geral, como você avalia os serviços públicos de saúde da sua cidade? Eles conseguem atender as demandas de saúde da mulher com qualidade e atenção integral?
Caso a resposta seja negativa: Por que? O que falta? O que precisa melhorar?

Tainá Abecassis Teixeira
Pesquisadora Responsável

APÊNDICE 6

GUIA PARA OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA

1. Estrutura física da unidade de saúde

- Possui sala de atendimento a mulheres vítimas de violência? Quantas?
- Quantos e Qual(is)/ profissional(ais) fazem uso desta sala? É possível escutar a conversa do lado de fora? [verificar privacidade]
- Há maca, mesa, cadeiras? O espaço é pequeno, médio ou grande?
- Há fichas de notificação compulsória? Prontuários? Folhas para anotação?

2. Equipamentos e materiais de atendimento às vítimas de violência sexual

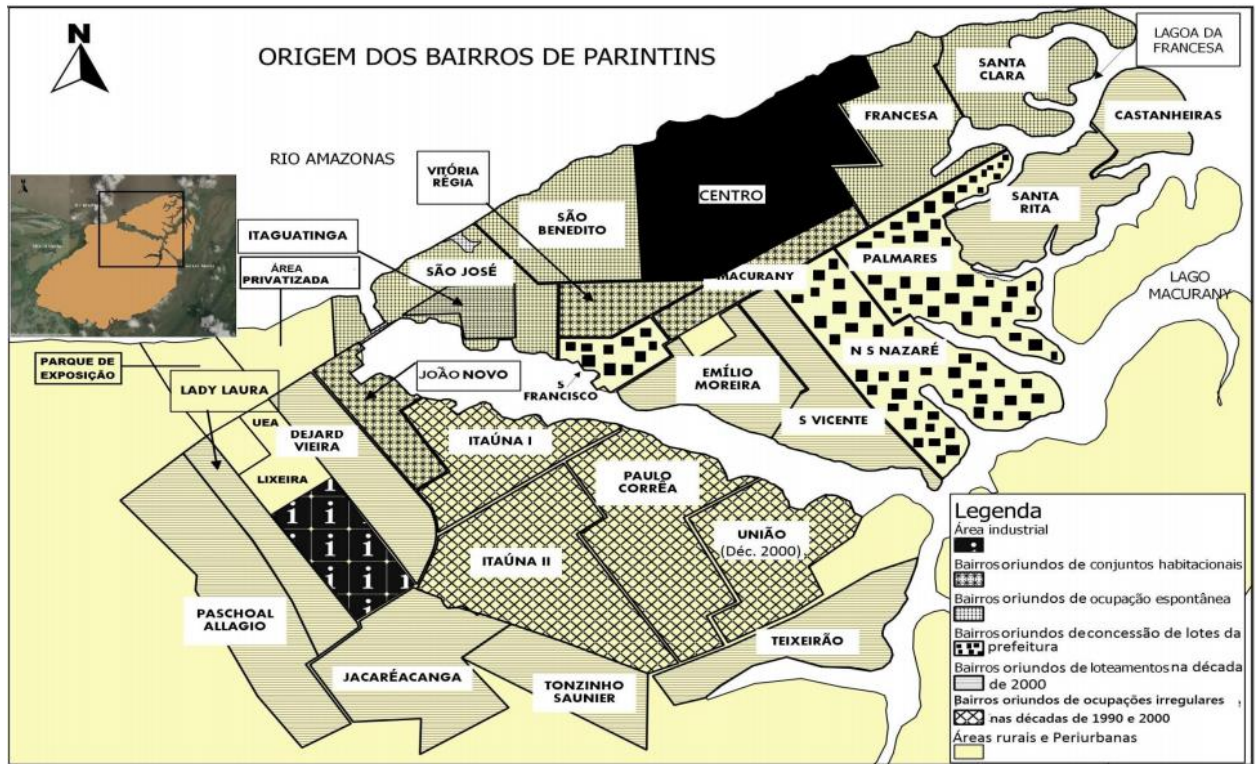
- Estrutura de uma sala de atendimento ambulatorial em ginecologia e obstetrícia
- Equipamentos adicionais (colposcópio, aparelho de ultra-sonografia e equipamento fotográfico)

3. Serviço de referência para o abortamento previsto em lei

- Em que local é feito?
- Equipamentos próprios para um centro cirúrgico
- Material próprio para aspiração uterina a vácuo (manual ou elétrica) ou material para dilatação e curetagem

ANEXO - 1

MAPA DOS BAIRROS DE PARINTINS



Evolução dos bairros de Parintins. Organizador: Rodrigo dos Anjos Carvalho.

Fonte: CARVALHO, Rodrigo; BARTOLI, Estevan. A expansão urbana de Parintins: produção do espaço, agentes e processos socioespaciais⁵⁷

⁵⁷ Disponível em:

<<<http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/590/1/A%20expans%C3%A3o%20urbana%20de%20Parintins%20%20produ%C3%A7%C3%A3o%20do%20espa%C3%A7o%20e%20agentes%20e%20processos%20socioespaciais.pdf>>>. Acesso em 10 de julho de 2018.

ANEXO - 2

MAPA DAS UNIDADES DE SAÚDE EM PARINTINS

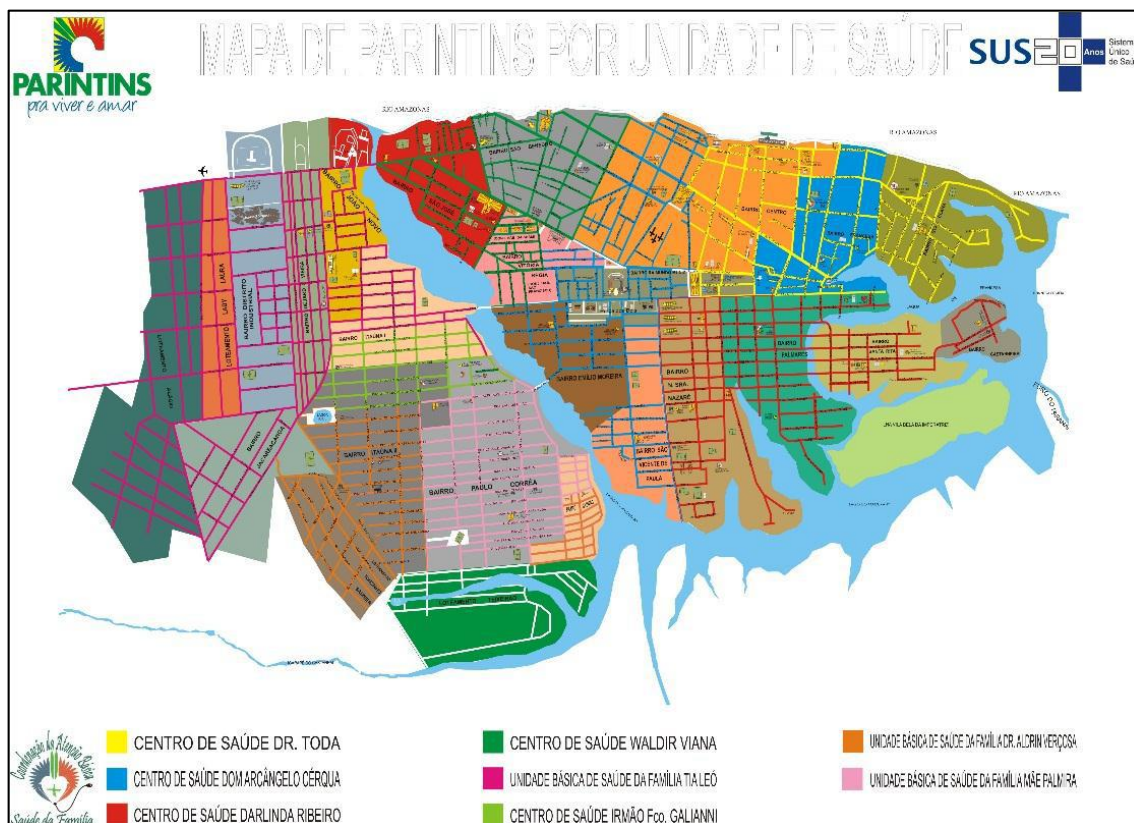


Imagem 2 – Mapa de Parintins por unidade de saúde

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA/Parintins, Amazonas

ANEXO 3

IMAGENS DO CAMPO DE PESQUISA

UNIDADES DE SAÚDE



Imagem 1 – Registro fotográfico da unidade básica de saúde Dr. Aldrin Verçosa
Fonte: pesquisa de campo, 2018.



Imagens 2 e 3 – Registro fotográfico da unidade básica de saúde Mãe Palmira
Fonte: pesquisa de campo, 2018.



Imagens 4 – Registro fotográfico do Hospital Jofre Cohen
Fonte: Reporter Parintins, 2015.



Imagens 5 – Registro fotográfico do Centro de Saúde Dr. Toda
Fonte: pesquisa de campo, 2018

Ministério da saúde quer mais controle de mortes

O Ministério da Saúde está cobrando maior controle dos óbitos ocorridos nos municípios brasileiros. Em Parintins a gerente de epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde, Elaine Pires, realizou reunião técnica na tarde de ontem para orientar a administração do Cemitério São José, no cumprimento da Lei Federal de 1975, que define a questão.

Segundo Elaine Pires, “esta lei já determinava que nenhum sepultamento será realizado sem a Certidão de Óbito. O Ministério da Saúde vem pedindo, orientando os municípios para que cumpram suas metas. Parintins, como é o segundo município do Estado do Amazonas em informações, a gente repassa todas essas informações on-line para o Ministério”.



O ideal é que os registros do cemitério e a vigilância sejam compatíveis

como da zona rural, que ao fazer um ente querido, procuram primeiro o cemitério para saber qual a documentação necessária para o sepultamento.

Diz Elaine que, “se for óbito hospitalar, o morto já sai com a declaração de óbito. Os familiares apresentam a declaração para o administrador do cemitério. Se o óbito for domiciliar, por causas naturais, o agente de saúde expede a DO junto com a Vigilância. Se um óbito for por causas violentas, esse óbito é emitido diretamente pelo IML, depois da necropsia”.

O objetivo é transformar numa rotina, em que a vigilância possa ser usada em contrapartida com o cemitério. O ideal é que os registros do cemitério e da vigilância sejam compatíveis.

Segundo a técnica, a Certidão de óbito vem defumido do que as pessoas morrem, quantas morrem e de que localidade elas vieram, para que a gente adote as medidas de prevenção e controle relacionados aos registros. “Dessa forma, no sistema a gente tem um dado, e verificamos o custo de manutenção, agentes de saúde e agentes de vigilância. Vendo os dados, concluímos que enterramos um número maior de pessoas, aos moradores, tanto da zona urbana

ANEXO 5

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A violência contra as mulheres como um problema de saúde pública: o acesso e a interface de gênero na saúde em Parintins-Am

Pesquisador: TAINA ABECASSIS TEIXEIRA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 78333317.4.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.414.235

Apresentação do Projeto:

Resumo: Esta pesquisa assume o propósito de verificar em que sentido a violência contra as mulheres é tida como um problema de saúde pública no município de Parintins/AM, dando destaque ao acesso das mulheres aos serviços públicos de saúde. Para tanto, serão feitas entrevistas com 21 participantes: profissionais de saúde; gestor(es) da secretaria municipal de saúde; mulheres que foram vítimas de violência, em suas formas doméstica e/ou sexual, e foram atendidas no setor público de saúde; e integrantes de movimentos sociais de mulheres do município locus da pesquisa. Situando-se no âmbito das abordagens quanti e qualitativas, a pesquisa buscará, mediante realização de entrevistas estruturadas e semiestruturadas, verificar a visão dos diferentes sujeitos sobre o significado da violência e o grau de efetividade da operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência pela área da saúde. A análise será feita pelas técnicas de análise de conteúdo em sua modalidade temática, triangulação de dados e estatística dos dados quantitativos. Entende-se que os resultados da pesquisa podem contribuir indiretamente para o (re)direcionamento de estratégias de intervenção dos serviços públicos de saúde diante das demandas de mulheres em situação de violência em Parintins.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Verificar em que sentido a violência contra as mulheres é tida como um problema de saúde pública, dando destaque ao acesso delas aos serviços de saúde em Parintins,

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.414.235

no Amazonas. Objetivo Secundário: • Analisar a violência doméstica e sexual como fator de interferência na saúde das mulheres violentadas, buscando assinalar este problema como uma expressão da questão social; • Averiguar a forma pela qual a violência, em suas formas doméstica e sexual, é vista pelos profissionais da área de saúde, pontuando os procedimentos adotados ou não no âmbito legal; • Identificar os serviços de atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual existentes no setor público de saúde em Parintins, analisando sua efetividade a partir da visão das mulheres vítimas de violência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Entende-se que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos. Os riscos aos participantes dessa pesquisa podem ser: desconforto, constrangimento em algum momento da entrevista, ou a perda do anonimato e, para minimizá-los, a entrevista ocorrerá sem a presença de pessoas estranhas e não permitidas no local; as perguntas serão impessoais e respeitaremos o direito do participante de não responder algumas delas, o registro da entrevista será identificado por número de modo que será mantido o sigilo da identidade dos sujeitos. A pesquisadora se compromete em ressarcir despesas do participante e de seu acompanhante, se houver, não apenas de transporte ou alimentação, mas a tudo o que for necessário ao estudo, sendo o direito a indenizações e cobertura material para reparação de danos decorrentes da pesquisa causados ao participante assegurados na Resolução CNS nº466 de 2012. Em caso de dano psíquico decorrente da pesquisa, o Centro de Atenção Psicossocial "Adolfo Lourido", o qual forneceu apoio à referida pesquisa, irá receber o participante, proporcionando-lhe adequado atendimento psicológico (Endereço: Rua Herberth de Azevedo, 985, Santa Clara, Parintins/ AM). Benefícios: Em relação aos públicos de saúde da pesquisa podem contribuir para (re)pensar estratégias de intervenção dos serviços públicos de saúde diante das demandas de mulheres em situação de violência em Parintins, ampliando seu papel no campo do atendimento e enfrentamento às múltiplas formas de violência sofrida pelas mulheres e, especificamente, a violência doméstica e a violência sexual. A pesquisa poderá beneficiar diretamente os profissionais de saúde participantes visto que pode contribuir para o trabalho do profissional de saúde no atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. Quanto ao(s) gestor(es), a pesquisa pode trazer contribuições para o trabalho do profissional de saúde e para a organização da atenção às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual. Já para as mulheres que sofrem/sofreram violências doméstica e/ou sexual e tiveram acesso ao serviço público de saúde de Parintins, entendemos que essa pesquisa trará benefícios de melhoria da atenção à saúde das mulheres, sobretudo as que sofreram ou se encontram em situação de violência doméstica e/ou sexual. Com relação às

Endereço: Rua Teresina, 495
Bairro: Adrianópolis
UF: AM Município: MANAUS
Telefone: (92)3305-1181

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.414.235

integrantes de movimentos sociais, tendo em vista seu apoio e luta em defesa dos direitos das mulheres, o que inclui o enfrentamento à violência e a melhoria dos serviços públicos, entendemos que essa pesquisa pode beneficiá-las trazendo melhorias para a saúde pública quanto ao atendimento às mulheres em situação de violência doméstica e/ou sexual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta: Os procedimentos metodológicos da pesquisa abrangem diferentes fases: inicialmente, caracteriza-se pela pesquisa exploratória. Gil (1994) a caracteriza como aquela que objetiva elucidar conceitos ou explorar ideias ainda pouco investigadas, abrangendo o levantamento bibliográfico e documental. A abordagem da pesquisa é a qualitativas sem exclusão dos aspectos quantitativos. De acordo com Chizzotti (2000), os estudos quantitativos envolvem a descrição, classificação e apreensão da correlação entre variáveis enquanto que os qualitativos buscam a compreensão, interpretação e explicação do objeto estudado. Na presente proposta de pesquisa, a abordagem quantitativa será feita concomitante ao estudo qualitativo a partir da entrevista estruturada e semiestruturada com aplicação de formulário com perguntas fechadas e roteiro de entrevistas contendo perguntas abertas, ambos direcionados aos profissionais de saúde. No estudo quantitativo, objetiva-se apreender os procedimentos adotados ou não no atendimento às mulheres em situação de violência. A pesquisa qualitativa proporcionará uma investigação mais profunda sobre o significado da violência e sobre a operacionalização da atenção às mulheres em situação de violência no âmbito da saúde, nos níveis de atenção primária e secundária, sendo esta analisada à luz do entendimento da transversalidade de gênero. Como locus da pesquisa elegemos o município de Parintins, localizado no Baixo Amazonas, a 420 km da capital Manaus e próximo à fronteira com o Estado do Pará. Parintins é coberta por uma rede municipal de atenção à saúde cuja estrutura envolve, atualmente: 06 unidades básicas de saúde (área urbana), 08 centros de saúde (04 em área urbana e 04 em área rural) e 02 hospitais (Padre Colombo e Jofre Cohen). Deste universo foram escolhidas 05 unidades de saúde, sendo 01 hospital, 01 centro de saúde e 02 unidades básicas de saúde (UBSs) e a secretaria municipal de saúde. A pesquisa será pautada na amostragem não probabilística intencional. De acordo com Gil (1994), este tipo de amostra não é obtido a partir de métodos matematicamente rigorosos de seleção, mas sim dos critérios escolhidos pelo pesquisador. No caso desta pesquisa, a amostra foi selecionada visando obter a opinião de determinados sujeitos: profissionais e mulheres, contemplando um total de 21 participantes. A coleta de dados será feita através de entrevistas estruturadas e semiestruturadas com aplicação de formulário com questões fechadas aos profissionais de saúde e roteiro de entrevista com perguntas abertas para profissionais de saúde, gestores, mulheres vítimas de

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.414.235

violência e integrantes de movimentos sociais de mulheres. Além da entrevista será feita a Observação sistemática e participante: a técnica de observação sistemática, de acordo com Marconi e Lakatos (2011), é marcada por sua estrutura, controle e planejamento e tem como objetivo o registro e acúmulo de informações; o Grupo focal: Gondim e Bahia (2003) explicam, com base em Morgan (1997), que esta técnica consiste na coleta de dados a partir da interação grupal, que assume o propósito de responder indagações da pesquisa sobre a violência contra a mulher em Parintins, de apreender opiniões relativas ao serviço público de saúde e de aproximação com as mulheres vítimas de violência.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

1. Proponente: adequada
2. Critério de exclusão: adequado
3. Riscos: adequados
4. Cronograma: adequado
5. Benefícios: adequados
6. TCLE: adequado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Em razão do exposto, somos de parecer favorável que o projeto seja APROVADO, pois o pesquisador cumpriu as determinações da Res. 466/2012.

É o parecer.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1001557.pdf	12/11/2017 13:12:36		Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_profissionais.pdf	12/11/2017 12:55:29	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Outros	Formulario_profissionais.pdf	12/11/2017 12:55:06	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_CAPS.pdf	12/11/2017 12:51:08	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.414.235

Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_movimentos.pdf	12/11/2017 12:50:49	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_de_anuencia_semsa.pdf	12/11/2017 12:50:24	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	12/11/2017 12:21:03	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	termo_anuencia_movimentos2.pdf	12/11/2017 12:17:27	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_dissertacao.pdf	12/11/2017 12:16:12	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_movimentos_mulheres_corrigido.pdf	12/11/2017 12:12:52	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_mulheres_corrigido.pdf	12/11/2017 12:12:20	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_profissionais_corrigido.pdf	12/11/2017 12:11:20	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_gestores_corrigido.pdf	12/11/2017 12:10:48	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Cronograma	cronograma_pesquisa_corrigido.pdf	12/11/2017 12:05:12	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto_corrigida.pdf	12/11/2017 11:59:54	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_mulheres.pdf	22/09/2017 19:05:24	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_movimento.pdf	22/09/2017 19:04:53	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista_gestores.pdf	22/09/2017 19:04:00	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito
Orçamento	orcamento_pesquisa.pdf	22/09/2017 18:52:32	TAINA ABECASSIS TEIXEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
AMAZONAS - UFAM



Continuação do Parecer: 2.414.235

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 04 de Dezembro de 2017

Assinado por:
Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador)

Endereço: Rua Teresina, 495

Bairro: Adrianópolis

UF: AM

Telefone: (92)3305-1181

Município: MANAUS

CEP: 69.057-070

E-mail: cep.ufam@gmail.com