



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO**

RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E COMUNIDADE

MARINA PITAGORAS LAZARETTO

**CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE**

PASSO FUNDO, RS

2018

MARINA PITAGORAS LAZARETTO

**CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Dra. Vanderléia Laodete Pulga

Co-orientadores: Sandra Mara Setti e Robert Filipe dos Passos

PASSO FUNDO, RS

2018

MARINA PITAGORAS LAZARETTO

**CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM
SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão da Residência apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família e Comunidade.

Orientadora: Dra. Vanderléia Laodete Pulga

Co-orientadores: Sandra Mara Setti e Robert Filipe dos Passos

Este Trabalho de Conclusão da Residência foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dra. Vanderléia Laodete Pulga (UFFS)

Sandra Mara Setti (SMS-MARAU)

Dr. Adelmir Fiabani (UFFS)

Dra. Josiane Petry Faria

Dra. Bernadete Maria Dalmolin

AGRADECIMENTOS

[...] “Preparamos a lareira perfeita para nós.

O fogo vai durar a noite inteira- suficiente para todas as nossas “histórias dentro de histórias”.

Um momentinho só, enquanto terminamos de lavar a mesa com menta fresca. Pronto, vamos usar uma louça bonita. Vamos beber o que estávamos reservando para “uma ocasião especial”. Sem dúvida, uma “ocasião especial” é qualquer ocasião à qual a alma esteja presente. ”[...]

Do pequeno livro: A Ciranda das Mulheres Sábias

Compondo nossa roda em torno da fogueira cheia de intensidades, aprendizados e descobertas que é a residência, agradeço profundamente a todas as mulheres que fizeram parte da construção dessa experiência cartográfica. Nossas almas estiveram lá com certeza, e fizeram dos nossos encontros descoberta de outros mundos, abertos a novas composições e novas invenções!

Agradeço também a equipe de saúde da ESF São José Operário, que na diversidade de ideias e percepções sobre a vida, tornaram o cotidiano de trabalho um lugar de muito aprendizado, trocas e de valorização do trabalho em equipe.

À minha preceptora Sandra e a minha orientadora Vanderléia, que do início ao fim estiveram abertas a todas as propostas de trabalho que eu apresentava e que tornaram leves e acolhedores os diferentes momentos em que estávamos juntas.

As minhas grandes amigas Andressa, Gabi Marodin, Gabi Ferron, Ale e Dani que adentraram minha vida de maneira intensa e amorosa e se tornaram amigas leais, companheiras e divertidas para enfrentar todas as dificuldades deste processo.

Ao meu amor, que teve papel fundamental nesses dois anos, me proporcionando momentos de acolhida, conversas, orientações que ajudaram eu me conectar com o meu melhor!

RESUMO

A questão da violência de gênero tem aparecido sistematicamente nas agendas nacionais e internacionais de órgãos vinculados a área de saúde e políticas públicas, apontando que a violência contra as mulheres se tornou um problema de saúde pública significativamente expressivo. Considerada como produto das desigualdades de gênero, a violência contra mulher atinge de 20 a 50% as mulheres ao redor do mundo. Por ter em sua essência a perspectiva de cuidado em saúde que visa o acolhimento, acesso universal e integralidade, a Atenção Básica tem papel fundamental no enfrentamento deste complexo fenômeno. Trata-se de uma pesquisa cartográfica que teve como objetivo central analisar a produção de narrativas de histórias de vida de mulheres que sofreram violência como estratégia de cuidado na Atenção Básica, evidenciando as práticas populares e coletivas de saúde entre profissionais e mulheres usuárias de uma Estratégia de Saúde da Família como dispositivo potente para enfrentamento do problema no município de Marau, Rio Grande do Sul.

Palavras-Chave: Violência de gênero; Atenção Básica; Cuidado; Educação Popular

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. DESENVOLVIMENTO	10
2.1 DIAGNÓSTICO	10
2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde	12
2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional.....	13
2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde.....	17
2.1.4 Estrutura da ESF São José Operário.....	19
2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF	19
2.1.6 População da ESF São José Operário.....	20
2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	21
2.2.1 Introdução.....	21
2.2.2 Problema de Pesquisa	21
2.2.3 Objetivo	22
2.2.3.1 Objetivo Geral	22
2.2.3.2 Objetivos Específicos	22
2.2.4. Justificativa.....	23
2.2.5 Revisão Bibliográfica	25
2.2.5.1 Violência contra mulher: conceitos e suas expressões	25
2.2.5.2 Violência contra a mulher e a saúde	27
que 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico.	27
2.2.5.3 Violência e Educação Popular em Saúde	28
2.2.6 Material e Método	29
2.2.6.1 Desenho	29
2.2.6.2 Metodologia.....	30
2.2.7 Análise dos Resultados	33
2.2.7.1 Critérios de Inclusão.....	33
2.2.7.2 Critérios de Exclusão.....	34
2.2.8 Orçamento	34
2.2.9 Cronograma	34

2.3. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO.....	35
2.3.1 Educação Popular e Cartografia: experimentação de si, do outro e do mundo no processo de pesquisa-intervenção.....	35
2.3.2 Bases conceituais sobre violência contra a mulher orientadoras do processo.....	38
2.3.3 A mulher violentada e o encontro com o serviço de saúde.....	41
2.3.4 Discussão e Análise do Processo e dos Resultados	42
2.3.4.1 Mulheres de luta: a (re) existência no encontro com o serviço de saúde	43
2.3.4.2 Feminismo em Ato	48
2.3.4.3 Cuidado em Saúde: um encontro desterritorializante.....	52
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	60
PARTE I- INTRODUÇÃO, DESENVOLVIMENTO E DIAGNÓSTICO	60
PARTE II- ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO.....	62
PARTE III- EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO	64
APÊNDICE I - DOCUMENTOS DO PROJETO	67
APÊNDICE II-	72
CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
ANEXO I.....	100

1. INTRODUÇÃO

Das necessidades do território ao desejo de cartografar: os encontros com as mulheres no serviço de saúde

Tudo era novo na condição de residente. Fui descobrindo meus lugares naquele território, identificando quais papéis eram possíveis desempenhar e quais encontros poderiam ir acontecendo durante os dois anos que me propus iniciar uma formação para/com o SUS.

Aos poucos fui sendo surpreendida com a pluralidade de encontros que acontecem na Atenção Básica. Encontros daqueles que se produzem através do acolhimento, da escuta, do procedimento, da conversa nos corredores e na cozinha, da convivência com a equipe, com a população do território, na secretaria de saúde, com as residentes e com os diversos atores sociais que interagem no Sistema Único de Saúde.

Dentre essas descobertas, fomos desafiadas a construir ao longo deste processo uma pesquisa intervenção que fosse capaz de dar conta de “responder” a uma demanda identificada no território em que estávamos atuando, provocando-nos a desprender um olhar atento e cuidadoso com as situações que circulavam por aquele espaço. E, mais do que isso, que nos afetassem a tal ponto, que nos sentiríamos desejosos a produzir novos acontecimentos a partir deste reconhecimento.

Lopes e Diehl (2012), apontam que intervir na pesquisa é construir um campo de tensão entre a problematização que produz posições de ordem subjetiva e a atualização que é a reformulação da experiência através da explicação. Tal reflexão, portanto, corroborou com minha ideia, enquanto pesquisadora, de que essa tarefa traria a possibilidade de articulação entre instituído e instituinte, abrindo caminhos para novas formas de existência a partir do coletivo.

Ao desenvolver as tarefas típicas de uma residente, como as atividades de acolhimento, vigilância, ambulatório e controle social, alguns encontros despertaram em mim inquietações que se conectaram com minhas crenças, meus ideais e minhas identificações com algumas questões que diziam sobre a condição de ser mulher, psicóloga, residente, defensora do SUS e

do cuidado em liberdade. Tais encontros aconteceram com diferentes mulheres que buscaram o serviço de saúde, especialmente o acolhimento psicológico, através de queixas variadas como ansiedade, depressão, ideação suicida, dores no corpo, dentre outras. Ao serem acolhidas, essas mulheres, a partir do vínculo que fomos construindo, relatavam histórias de vidas marcadas por diferentes tipos de violências, evidenciando a complexidade e a multifatorialidade deste fenômeno vinculado ao gênero, colocando a equipe de saúde frente a um dos seus maiores desafios: o reconhecimento dessa situação como tema pertinente ao campo da saúde (SCHREIBER, D'OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim, a tarefa de responder a uma demanda do território foi ganhando força, quando questões tomaram conta do cotidiano de trabalho: como qual o papel da Atenção Básica no enfrentamento da violência contra a mulher e quais estratégias contribuem para o acolhimento e o cuidado integral dessas mulheres? O que as histórias de vida das mulheres vítimas de violência que utilizam os serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família dizem sobre o processo de cuidado de si? O que se ensina e o que se aprende nesses encontros?

Neste sentido, atenta as narrativas trazidas nos atendimentos realizados, fui percebendo o quanto aquelas histórias carregavam consigo potência para produção de cuidado. A cada narrativa compartilhada, identificávamos através das mais variadas formas, movimentos de resistência, às marcas de desigualdade de gênero e violência sofrida pelas mulheres. Portanto, a valorização das narrativas das histórias de vida de cada uma passou a ser o próprio dispositivo de cuidado que iríamos explorar nesse encontro.

Josso (2007), nos aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social, evidenciando e questionando heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência, enfim, permite que cada pessoa possa se ressignificar com base na consciência que constrói sobre sua própria trajetória de vida.

Considerando essas orientações para o cuidado a ser desenvolvido no SUS e os afetos mobilizados nesses encontros, o desejo de criar estratégias para enfrentamento desta questão do território se concretizou a partir de uma escolha metodológica que permitisse acompanhar

processos e mundos, ao mesmo tempo em que coletivamente, pudéssemos desmanchá-los, criando a possibilidade de formar outros. (ROLNIK, 2011).

Aliada a essas questões, a construção do diagnóstico de saúde do município também contribuiu para a escolha desta temática. A pesquisa, portanto, adentrou o cotidiano do serviço propondo uma ruptura ao paradigma de ciência que tem a tradição de apenas positivar aquilo que pode ver e produziu algumas aberturas para novas composições e leituras do mundo.

Foi pesquisa-desejo, meu e das mulheres que encontrei nesse percurso. Desejo de produzir sentido, criar, fortalecer, empoderar, produzir novos devires do ser mulher. Quisemos, cada uma com seu modo de vida, produzir aberturas nas subjetivações já instituídas fazendo resistência frente a sociedade patriarcal, machista, misógena e sexista, que a todo momento nos coloca frente a novas formas de dominação e de esmagamento das nossas subjetividades, além de reafirmar que cuidado em saúde só acontece em ato.

Portando, este trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade apresentará, uma reflexão permeada por sensações, inquietações, afetações, análises e compreensões acerca do cuidado à mulheres em situação de violência na Atenção Básica, através de diferentes histórias narradas por mim, pesquisadora atravessada pelas histórias dessas mulheres e também pelas narrativas produzidas nos encontros pelos atores que participaram da pesquisa, onde foram desafiados a exercer sua autonomia e construir coletivamente movimentos de ressignificação de suas histórias de vida.

Assim, esse trabalho de conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade apresenta o Diagnóstico com a análise de situação da saúde no município de Marau e do campo de práticas onde esse programa se desenvolve como base para a escolha do tema do Projeto de Pesquisa Intervenção.

Na seqüência, apresenta-se a descrição do Projeto de Pesquisa Intervenção aprovado no Comitê de Ética da UFFS.

Em seguida, apresenta-se o processo de desenvolvimento do projeto com a discussão e análise reflexiva sobre o processo e os resultados obtidos.

Ao final, as considerações, as referências utilizadas, os apêndices e os anexos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

O povo brasileiro conquistou com muitas lutas por democracia e direitos, a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, preconizado na Constituição Federal de 1988 em seu artigo 196, assumindo o caráter universal da Saúde no Brasil (BRASIL, 1988). Essa premissa constitucional, resultado de décadas de mobilização da sociedade brasileira em torno da Reforma Sanitária, traz a descentralização, o atendimento integral e a participação popular como diretrizes e reafirma os princípios da universalidade, integralidade e equidade, como bases centrais para a organização do cuidado em saúde.

Assim, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS) e as Leis 8.080/90 e 8.142/90 que se constitui como a Lei Orgânica da Saúde no Brasil.

Além do caráter universal do direito à saúde, o conceito de integralidade, equidade e a participação social demarcam a relevância do SUS e sua potencialidade na formação dos profissionais de saúde junto com e no SUS. Nessa perspectiva, Os Programas de Residência em Área Profissional da Saúde ganham força e estão regulamentados pela Lei Federal nº 11.129/2005 e se constituem como uma estratégia fundamental de formação de profissionais de saúde em serviço.

Apesar dos avanços, no Rio Grande do Sul o desafio era descentralizar os programas de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, tarefa que o Grupo Hospitalar Conceição fez por Edital público por adesão e o município de Marau entrou nesse processo em 2012 desenvolvendo esse programa também nesse município.

Ocorre que, com a presença da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo (UFFS/PF), junto com a Secretaria de Saúde de Marau e o Grupo Hospitalar Conceição, esse programa foi assumido junto ao MEC pela UFFS e, por meio da Comissão de Residência Multiprofissional – COREMU/UFFS, da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação, torna pública a abertura de inscrições ao Processo Seletivo destinado à seleção de vagas para o Programa de Residência em Área Profissional da Saúde, na modalidade multiprofissional com ênfase na Atenção Básica/Saúde da Família e Comunidade/Saúde

Coletiva com a oferta de 6 vagas para profissionais de enfermagem (2 vagas), de psicologia (2 vagas) e de farmácia (2 vagas), a partir de 2016.

O Programa de Residência em Área Profissional da Saúde na modalidade Multiprofissional da UFFS/PF constitui-se em uma ação formativa para favorecer a inserção qualificada de profissionais em áreas prioritárias ao Sistema Único de Saúde, colaborar com o desenvolvimento de profissionais para a construção da integralidade da atenção em saúde e incentivar a participação dos trabalhadores da área na promoção e educação da saúde e será desenvolvido em parceria com gestores do Sistema Único de Saúde, envolvendo serviços que constituem cenários de prática próprios ou conveniados, de âmbito local, interinstitucional e intersetorial, abrangendo instâncias e serviços, vinculados ao município de Marau; vivências e estágios em programas parceiros, além de estágios optativos. A formação multiprofissional tem caráter interdisciplinar e integra diferentes profissões, desenvolvendo trabalho educativo e pedagógico orientado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). Integra ensino, serviço e gestão, bem como os campos das ciências biológicas, humanas e sociais, buscando desenvolver aprendizagens para a atenção integral e responsabilização pelo cuidado à saúde.

A Residência Multiprofissional em Saúde UFFS/PF tem como objetivo geral, especializar profissionais das diferentes áreas que se relacionam com a saúde, através da formação em serviço, com a finalidade de atuar em equipe, de forma interdisciplinar, em diferentes níveis de atenção e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), além de fornecer subsídios para o desenvolvimento de pesquisas, aprimorando e qualificando a capacidade de análise, de enfrentamento e proposição de ações que visem concretizar os princípios e diretrizes do SUS.

Assim, um dos dispositivos é a elaboração, construção e implementação de Projetos de Pesquisa-Intervenção para incidir em temas relevantes à saúde das famílias e comunidades. Marau é o município em que este Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

2.1.1 O Município de Marau-RS como cenário de prática da Residência Multiprofissional em Saúde

O município de Marau foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955, e sua população inicialmente era composta majoritariamente por imigrantes italianos, tendo na agricultura a principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, com o aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico, e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também com o fortalecimento do setor terciário a cidade se tornou referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico teve como consequência uma forte migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico, que é um dos maiores do Estado. Esta migração nos permite considerar que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado e do País.

O município de Marau está localizado na região do Planalto Médio (região da produção). Possui em torno de 40.174 habitantes, sendo que a população é distribuída em 86,7% urbana e 13,2% rural. A expectativa de vida é acima da média do estado (74,64 anos contra 75,9 anos).

O município apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 1.508.491,24 (2011), destacando a participação frigorífera, metal-mecânica e couro. Destaca-se por apresentar um turismo permeado por festividades italianas, farta gastronomia, feiras e exposições.

No âmbito da educação, o município dispõe de 11 escolas de ensino fundamental que atendem 2609 alunos, 12 escolas de Educação Infantil onde e encontram 1829 alunos matriculados e 01 Unidade de Educação de Jovens e Adultos (SEJA) que atende 150 alunos. O município também oferta atendimento a alunos especiais junto a escolas do município, Escola Pedro Rigo e Higino Coelho Portela, onde compreende-se as seguintes necessidades especiais: deficiência intelectual, física, visual, auditiva, autistas, e também a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE), que abrange serviços como estimulação precoce, neurologia, psicologia, terapia ocupacional, fisioterapia, fonoaudiologia, serviço social, pedagogia e pediatria.

Também dispõe de 01 Centro de Lazer e Convivência, destinado a população idosa, onde são realizadas atividades de cultura e recreação com o objetivo da melhora da qualidade de vida dos mesmos. Ressalta-se que 1150 pessoas são atendidas por este serviço incluindo a população do centro, bairros e interior. É composta ainda, por um Centro de Referência da Criança e Adolescente e Programa AABB Comunidade, o qual oferece 32 oficinas e atende 657 alunos.

2.1.2 Sistema e Rede de Saúde Local e Regional

A Secretaria Municipal de Saúde foi inaugurada em 11 de maio de 1988, tendo como responsabilidade à atenção básica a saúde de seus munícipes. Esta presta atendimento à população em 12 Unidades de Saúde da Família, um Posto de Especialidades Médicas e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), foi iniciada nos fins de 2002, sendo ampliada gradativamente até atingir 100% da população do município em 2013, contando com 12 equipes credenciadas junto ao Ministério da Saúde.

A equipe da ESF é constituída por 01 médico (40 horas/semanais), 01 enfermeira (40 horas/semanais), 01 técnica de enfermagem (40 horas/semanais), 01 psicóloga (20 horas/semanais), 01 cirurgião-dentista (20 horas/semanais), 01 auxiliar de consultório dentário (20 horas/semanais), 01 auxiliar administrativa (40 horas/semanais), 01 sanificadora (40 horas/semanais) e agentes comunitários de saúde (40 horas/semanais).

O Posto de Especialidades Médicas localizado junto a Secretaria Municipal de Saúde compreende os seguintes atendimentos: pediatria, ginecologia e obstetrícia e enfermagem. É composto pela seguinte equipe: 02 pediatras, 02 ginecologistas/ obstetras, 01 enfermeira, 01 técnica de enfermagem e 01 auxiliar administrativo.

Atualmente, o município também conta com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), composto por equipe multidisciplinar: 01 psicóloga, 01 enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 01 médico especialista em saúde mental, 01 assistente social, 01 administrativo, 01 artesã, e 01 cuidador. Apresenta 397 usuários cadastrados, sendo aproximadamente 84

atendimentos mensais. Outras atividades realizadas são as visitas domiciliares, atendimentos em grupo de apoio semanal para dependentes químicos e grupo de apoio semanal para familiares, atendimentos individuais por médico, profissionais de enfermagem e psicólogas, além de oficinas terapêuticas.

A Assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 182 medicamentos da lista básica, na farmácia municipal. Atualmente, o município conta com 05 farmacêuticos, atuando na farmácia básica e do estado e nos polos de farmácias localizados nas ESF São José Operário, Planalto/Central III, Santa Rita, Progresso/Rural e Centro Social Urbano, além de quatro atendentes, um estagiário e um almoxarife para atender aproximadamente 300 usuários/dia que procuram o serviço para dispensação de medicamentos. Próximo a farmácia básica encontra-se a Farmácia de Dispensação de Medicamentos do Estado, que são medicamentos especiais fornecidos pelo Estado. A demanda de atendimentos nesta aproxima-se de 150 atendimentos semanais.

O Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), é uma estrutura da Secretaria Municipal de Saúde, responsável pela implementação da estratégia de descentralização da formação e capacitação dos trabalhadores do SUS em Saúde Coletiva, através da Educação Permanente (EP), firmando a consolidação das diretrizes e princípios do SUS.

A equipe ampliada de trabalho do NUMESC é composta pelas seguintes categorias de profissionais da saúde: enfermagem, psicologia, odontologia, médico, agente comunitária de saúde e assistente social. O grupo que compõe o NUMESC, reúne-se quinzenalmente nas segundas-feiras à tarde.

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) foi criado com o objetivo de apoiar a inserção da Estratégia de Saúde da Família na rede de serviços, além de aumentar a resolutividade das equipes e ampliar o escopo das ações desenvolvidas.

O NASF se constitui em um arranjo organizacional integrante da atenção básica, formado por diferentes ocupações, atuando de maneira articulada de modo a apoiar e dar suporte aos profissionais das equipes de saúde da família. Atualmente, no município, os profissionais que compõe a equipe do NASF são Nutricionista, Fisioterapeuta, Psicóloga, Assistente Social, Médica Pediatra e Farmacêutica.

O município também desenvolve ações a partir do Programa Primeira Infância Melhor (PIM). Foi reimplantado em setembro de 2013 e conta com 05 visitadoras, 03 participantes do grupo técnico municipal, e 01 monitora. Tem o objetivo de orientar as famílias para que promovam o desenvolvimento integral de suas crianças desde a gestação até os seis anos de idade. Atualmente são atendidas cerca de 70 famílias em condições de vulnerabilidade social.

A Associação Hospitalar Beneficente de Marau (Hospital Cristo Redentor) foi fundada em 20 de fevereiro de 1976. Disponibiliza 60% de sua capacidade técnica instalada ao SUS, estabelecida em prédio próprio, possui 110 leitos, prestando seus serviços ao município de Marau e microrregião de 11 municípios. O Hospital Cristo Redentor presta serviços de: obstetrícia, pediatria, traumatologia e ortopedia de urgência, conforme organização da demanda da rede municipal e os casos mais complexos que necessitam de internação hospitalar e que estejam dentro da capacidade instalada do hospital.

Ainda o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia) e Hospital da Cidade (HC).

O Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) é a referência para a realização de Hemodiálise. Também, casos de quimioterapia são referenciados aos Serviços de Oncologia do HC e HSVP. Já o serviço de radioterapia é realizado somente no HSVP. Também há braquiterapia no município de Erechim. Os demais casos são referenciados para Porto Alegre conforme disponibilização pelo Sistema AGHOS e SISREG (Passo Fundo).

Também são desenvolvidos programas de Vigilância em Saúde no município, que visa à integralidade do cuidado e está inserida na construção das redes de atenção à saúde coordenadas pela atenção primária. As ações de vigilância dividem-se nas seguintes áreas: Vigilância Epidemiológica, Vigilância Sanitária, Vigilância Ambiental e Vigilância da Saúde do Trabalhador.

O Município de Marau no ano de 2011 foi pioneiro da 6ª Coordenadoria Regional de Saúde na adesão ao Programa Rede Cegonha. Com a criação do Grupo Condutor da Rede Cegonha algumas ações foram pactuadas, tais como: agendamento dos exames laboratoriais e de imagem por telefone pela equipe de saúde, resultados on-line para a equipe de saúde,

realização de testes rápidos de gravidez, sífilis e HIV, avaliação de início e final de gestação pelo ginecologista, entre outras.

O SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência é um serviço de saúde desenvolvido pela Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul em parceria com o Ministério da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde. O SAMU atende pacientes na residência, no local de trabalho, na via pública, ou seja, através do telefone 192 o atendimento chega ao usuário onde quer que ele esteja através de diferentes meios de socorro. O Município de Marau recebeu no ano de 2010 uma unidade de SAMU BÁSICA.

O Município de Marau conta com dois Polos de Academias de Saúde, sendo uma no Parque Municipal de Rodeio e outra localizada ao lado do ESF São José Operário. A Portaria Nº 719/GM/MS, de 07 de abril de 2011 - Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Tem por objetivo contribuir para a promoção da saúde da população a partir da implantação de polos com infraestrutura, equipamentos e quadro de pessoal qualificado para a orientação de práticas corporais e atividade física e de lazer e modos de vida saudáveis.

O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica-PMAQ foi instituído pela Portaria nº 1.645, de 02 de outubro de 2015, sendo um instrumento que compõe um conjunto de ações e atividades desenvolvidas no âmbito do Saúde Mais Perto de Você, no qual se insere o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica, como uma das principais estratégias indutoras de qualidade. Entre os objetivos do programa, destacam-se a institucionalização da avaliação da atenção básica no SUS (BRASIL, 2015).

No momento, o município conta com 08 ESF aderidas ao PMAQ, entre elas: São José Operário, Planalto, NASF, Central I, Santa Rita, Jardim do Sol, Central II e Centro Social Urbano.

2.1.3 Participação Social da Unidade de Saúde

O Conselho Municipal de Saúde (CMS) em Marau está regulamentado pela lei municipal nº 1577 de Julho de 1991, a qual cria o Conselho e o Fundo Municipal de Saúde (FMS), está orientado pela Lei Orgânica Municipal, a qual trata em seu capítulo V, dos Conselhos Municipais.

Atualmente o CMS é composto 18 conselheiros titulares, 18 conselheiros suplentes, sendo representado pelas seguintes instituições: Hospital, Associação Farmacêuticos e Bioquímicos, Associação de odontólogos, Associação Marauense de Hepatites Virais, Cooperativa Agrícola Mista Marauense Ltda, Secretarias de Saúde, Agricultura, Educação, Administração, Desenvolvimento Social, Sindicato Rural, APAE, Associação Agentes voluntários, Sindicato trabalhadores rurais, sindicato dos trabalhadores industrias de alimentação.

Além deste, o município de Marau conta ainda com os conselhos locais, o qual proporciona, de maneira descentralizada, o controle social e o engajamento da população na discussão de estratégias de melhoria do sistema municipal de saúde. O Conselho Local de Saúde (CLS) na área de abrangência da ESF São José Operário foi resgatado por uma mobilização dos residentes de Saúde da Família e Comunidade, trabalhadores e usuários no decorrer do ano de 2015. Em 2016 foi deliberado nas reuniões do CLS que as mesmas ocorressem nas sedes das comunidades pertencentes a ESF, como forma de ampliar a participação da população. É composto por 6 conselheiros representantes de cada bairro de abrangência do território adscrito.

Nas atividades referentes a educação e promoção em saúde, a ESF conta com as seguintes atividade:

- Oficina Terapêutica de Teatro: Com o intuito de fomentar o processo de constituição de novas práticas terapêuticas de cuidado multiprofissional as oficinas terapêuticas de teatro vinculadas ao NUMESC, tiveram início em abril de 2016. Desde então, tornaram-se um espaço onde semanalmente, os usuários têm a oportunidade de através de atividades de expressão corporal manifestar sentimentos e vivências, com a ajuda de profissionais de

diferentes áreas. A atividade é ministrada por uma professora de teatro e tem a participação das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

- Grupo cuidando de sua saúde: Tem como o objeto promover atividades de educação em saúde para a comunidade em geral, incluindo ações voltadas para o público hipertenso e diabético. Realiza-se mensalmente, no salão da comunidade, onde diferentes temáticas são abordadas, como por exemplo, orientações nutricionais, qualidade de vida, cuidados corporais, emoções, lazer, violência.
- Grupo de atividade física: trata-se de um grupo de atividade física, com frequência semanal, aberto para participação de qualquer pessoa da comunidade. É dividido em dois momentos: o primeiro é realizado pela equipe de enfermagem da unidade, onde os sinais vitais são aferidos, após, o segundo momento conta com a participação das Agentes Comunitárias de Saúde e de um profissional fisioterapeuta para ministrar as atividades físicas, que atualmente são realizadas na academia de saúde que se localiza ao lado da ESF.
- Grupo de gestantes: Realiza-se semestralmente, com o intuito de promover um espaço de diálogo, acolhimento, troca de experiências e informações a respeito do período gestacional. O grupo conta com o envolvimento da equipe multiprofissional da ESF, abordando questões como: aspectos emocionais, planejamento familiar, cuidados com recém-nascido, saúde bucal da gestante e do bebê, amamentação, etc.
- Grupo mãos de fada: São atividades que acontecem semanalmente, no salão da comunidade, sob coordenação das agentes comunitárias de saúde. São desenvolvidas atividades de artesanato deliberadas pelas participantes do grupo. Além disso, tem um caráter de convivência e troca de experiências. Os recursos para compra dos materiais utilizados nas atividades, são adquiridos a partir da organização de um brechó realizado anualmente.
- Grupo de cessação de tabagismo: o grupo é desenvolvido semestralmente, com envolvimento da equipe e apoio do NASF. São desenvolvidas ações a partir das orientações do Programa Nacional de Controle do Tabagismo, desenvolvido pelo Ministério da Saúde.

2.1.4 Estrutura da ESF São José Operário

De acordo com o Ministério da Saúde, os projetos de construção, reformas ou ampliações de unidade de saúde, deverão estar em conformidade com a Resolução-RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

A unidade é composta por: 02 consultórios médicos, 01 ambulatório, 01 sala de vacina, 01 farmácia, 01 sala de lavagem de materiais, 01 sala de esterilização, 01 almoxarifado, 02 consultórios de psicologia, 01 consultório de odontologia, 01 consultório de enfermagem, 01 sala de reuniões, 01 recepção e 06 banheiros.

A equipe é composta: 01 auxiliar administrativo, 01 estagiária, 01 enfermeira, 02 médicos, 01 farmacêutica, 01 dentista, 01 auxiliar de saúde bucal, 01 psicóloga, 02 técnicas de enfermagem, 07 agentes comunitárias de saúde, 01 sanificadora, 02 residentes de enfermagem, 02 residentes de psicologia, 01 residente de farmácia.

2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF

Segundo Franco e Merhy (2012), refletir sobre os processos de trabalho nos permite repensar o modelo de cuidado que estamos desenvolvendo e quais elementos estão envolvidos nesse ato. A partir disso, alguns arranjos são organizados para dar conta das subjetividades envolvidas nesses processos e das relações que vão se estabelecendo.

A demanda é organizada através de agendas vinculadas a cada profissional a qual mantém-se aberta para os agendamentos de consultas médicas, odontológicas e coleta de citopatológico. Também ocorre o acolhimento a livre demanda realizado pela enfermagem e psicologia. A farmácia funciona 20 horas semanais para atendimento ao público do território adscrito e também da população em geral. Cada atendimento é registrado no prontuário eletrônico do paciente, através do sistema Trackcare.

A equipe realiza reuniões semanais para organização e planejamento das ações, bem como, discussão de casos especiais. Também realiza atividades de educação permanente, denominadas Seminários de Campo, onde destina tempo determinado da reunião para discussão e aprofundamento de temáticas que envolvem o processo de trabalho. Desde 2015, é realizado mensalmente apoio matricial com profissional psiquiatra. A equipe desenvolve ações programáticas como: visita domiciliares, programa remédio em casa, visita as puérperas e recém-nascidos na primeira semana de vida, além de participação em atividades intersetoriais (reunião de rede, grupo condutor de saúde mental e reuniões de núcleos profissionais).

2.1.6 População da ESF São José Operário

A ESF São José Operário foi inaugurada em 2006, abrangendo os bairros São José Operário, Frei Adelar, Nova Alternativa I e II, além do Distrito Industrial.

O bairro Nova Alternativa apresenta população predominantemente jovem, além da mudança constante de novas famílias para o mesmo. Já no bairro São José Operário, por ser o mais antigo do território, este abrange a população majoritariamente idosa. A área do bairro Frei Adelar atinge o índice de maior vulnerabilidade do território, além de compor prédios e casas financiados pela prefeitura de Marau/RS. Além destes, há o Distrito Industrial, que apesar de não ser aprovada a construção de residências no território, existe aproximadamente 70 pessoas habitando.

Com uma população adstrita de aproximadamente 07 mil usuários, a população é constituída predominantemente por adultos jovens que trabalham nas empresas localizadas nos bairros de abrangência, Distrito Industrial, bem como em outras empresas do município ou fora dele. Ainda, há grande população de crianças e idosos, além de imigrantes haitianos que utilizam o serviço de saúde. Percebe-se no território um alto índice de vulnerabilidade, como jovens com alto índice de uso de drogas e casos de violência doméstica.

Há no território uma escola de ensino fundamental, uma escola de educação infantil, um centro recreativo do SESI, igrejas, salão comunitário, centro espírita, campo de futebol, ginásio de esportes, comércios e indústrias de grande porte. Os bairros contam com coleta

seletiva de lixo e suas moradias possuem saneamento básico. Também há pontos de reciclagem de lixo, que servem como meio de sustento para alguns moradores.

2.2 ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.2.1 Introdução

Com base no diagnóstico de saúde do município de Marau articulado com os desafios cotidianos que emergem dos processos de cuidado na Atenção Básica, a escolha pelo tema da violência contra a mulher e sua interface com a saúde,

2.2.2 Problema de Pesquisa

A partir da experiência cotidiana de atendimento psicológico como residente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), de relatos profissionais da equipe e das histórias compartilhadas nos acolhimentos psicológicos percebe-se que há um número significativo de mulheres que tem em sua história de vida vivências de algum tipo de violência. Os casos de violência geralmente vêm mascarados por queixas de ordem biológicas e com manifestação de sintomas psicossomáticos, que são tratados em sua grande maioria com medicações de uso controlado. Esses casos, portanto, quando chegam até os profissionais da equipe de saúde mobilizam afetos e desafiam a compreensão deste fenômeno e suas implicações na saúde, exigindo dos mesmos um olhar e cuidado integral à saúde dessas mulheres. No cotidiano de atendimento na Atenção Básica, percebe-se que há um esforço coletivo da equipe de saúde em cuidar dessas mulheres, quando essas situações são explicitadas por elas, mas como essas questões não foram abordadas durante a formação profissional na graduação, há muitas dificuldades, limitações e poucas ferramentas de cuidado disponíveis que acabam sendo insuficientes para o cuidado integral e resolutivo na saúde. Neste sentido, a questão geradora deste projeto de pesquisa-intervenção é:

- Qual o papel da Atenção Básica no enfrentamento da violência contra a mulher e quais estratégias contribuem para o acolhimento e o cuidado integral dessas mulheres?

A essa indagação seguem-se outras que buscam detalhar as singularidades de caminhos e trilhas para a compreensão desse fenômeno e das estratégias de cuidado dessas mulheres que buscam atendimento na Atenção Básica. A saber:

- Como os profissionais de saúde têm enfrentado as situações de violência que chegam até a Estratégia de Saúde da Família?
- Quais modos de agir em saúde são capazes de construir processos de cuidado integral às mulheres vítimas de violência?
- O que as histórias de vida das mulheres vítimas de violência que utilizam os serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família dizem sobre o processo de cuidado de si?
- O se ensina e o que se aprende nesses encontros de cuidado com essas mulheres?

2.2.3 Objetivo

2.2.3.1 Objetivo Geral

Analisar a produção de narrativas de histórias de vida de mulheres que sofreram violência como estratégia de cuidado na Atenção Básica.

2.2.3.2 Objetivos Específicos

- Identificar e analisar as potencialidades e limites das práticas coletivas de cuidado em saúde na superação de situações de violência às mulheres e na construção de protagonismo e autonomia;
- Construir espaços de encontro e cuidado que valorizem as narrativas das histórias de vida de mulheres vítimas de violência de uma Estratégia de Saúde da Família.
- Sistematizar as experiências vivenciadas nos encontros de cuidado coletivo como ferramentas de cuidado integral à saúde na Atenção Básica.

2.2.4. Justificativa

A questão da violência de gênero tem aparecido sistematicamente nas agendas nacionais e internacionais de órgãos como OMS e a OPAS, apontando que a violência contra as mulheres se tornou um problema de saúde pública significativamente expressivo. Considerada como produto das desigualdades de gênero, a violência contra mulher atinge de 20 a 50% as mulheres ao redor do mundo. (HEISE; PITANGUY; GERMAIN 1994 apud BORSOI; BRANDÃO; CAVALCANTI, 2009, p. 2)

Segundo o Dossiê de Violência Contra as Mulheres, elaborado pelo Instituto Patrícia Galvão (Ip., 2017), a cada dois minutos ocorrem cerca de 5 espancamentos de mulheres. O Dossiê ainda aponta que a cada 11 minutos uma mulher é estuprada no país e que 179 relatos de agressão são registrados por dia a partir do disque denúncia. Os diversos tipos de violência contra as mulheres são perpetrados em sua maior parte, por pessoas que possuem vínculo bastante próximo como os próprios parceiros ou familiares. Para além da aproximação histórica das questões da violência contra a mulher em áreas como os direitos humanos e a saúde, legalmente, o Brasil, a partir da Convenção de Belém do Pará realizada em 1994, que ficou conhecida como um marco para enfrentamento e erradicação da violência contra a mulher, começa a exigir dos Estados um compromisso na erradicação da violência de gênero a partir da criação de legislação específica. No Brasil essa legislação se materializou na Lei Maria da Penha (Lei nº 11.340), em 2006. (Ip., 2017).

No estudo multipaíses da OMS realizado no Brasil 2002, cerca de 30% das mulheres que disseram ter sido agredidas pelo parceiro e afirmam que foram vítimas tanto de violência física como de violência sexual. Além disso, dados apontados pelo Dossiê de Violência contra a mulher 2017, demonstram que mais de 60% admitem ter sofrido apenas agressões físicas e menos de 10% contam ter sofrido apenas violência sexual. No campo da saúde, a questão da violência ganhou destaque a partir da década de 90, onde o país viveu uma transição epidemiológica, trazendo para o centro do adoecimento da população as causas externas. O grande número de vítimas e a dimensão das consequências físicas e psicológicas a partir

destes agravos tornou a questão epidêmica, tornando-se de responsabilidade também da saúde. (FELIPE et al.,2014, p. 725).

A partir de dados apresentados no Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil 2012, duas em cada três pessoas atendidas no SUS em razão de violência doméstica ou sexual são mulheres e em 51,6% dos atendimentos foi registrado novas agressões a essas mulheres. O SUS atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência em 2011, onde 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico. (Ip., 2017) O país tem avançado no sentido de incorporar em suas políticas sociais e de saúde, serviços voltados para o atendimento dessas mulheres como as delegacias de defesa das mulheres, casas abrigo, centro de referências, etc. (CAVALCANTI; BRANDÃO; BORSOI, 2009, p.6)

Órgãos e entidades de saúde, também tem construído orientações técnicas e documentos de referência que abordam as questões de violência de gênero, entretanto, sabe-se que a violência experimentada pelas mulheres tem uma intensa repercussão em sua saúde e sua esfera social colocando-se como uma questão complexa a ser explorada pelos serviços de saúde. Como aponta Schereber (2001, p.105), os serviços de saúde têm tido dificuldades de reconhecer problemáticas que são da ordem do social e do subjetivo, pois não se considera pertinente este, ao agir em saúde na perspectiva biomédica. Os serviços acessam as consequências e efeitos das violências vivenciadas pelas mulheres, inviabilizando o reconhecimento desta como causa principal do seu adoecimento.

Neste sentido, mesmo com todas as dificuldades que perpassam as práticas cotidianas de cuidado nos serviços de saúde, a atenção primária em saúde é um dos campos com grande potência para desenvolver ações de acolhimento que levem em consideração as histórias de vida dessas mulheres e auxiliem no seu cuidado, garantindo assim o seu fortalecimento. Por desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde, a atenção primária em saúde pode provocar movimentos de reflexão e orientação sobre a temática, utilizando como ferramenta estratégica a possibilidade de construção de vínculos fortalecidos com o território de abrangência, como é no caso das Estratégias de Saúde da Família. A persistência desse processo discriminatório e de negação de direitos vividos pelas mulheres revela a necessidade de olharmos cuidadosamente para suas origens, pois a desigualdade de gênero está nas raízes do sofrimento físico e mental de muitas mulheres. (Ip., 2017)

Em consonância com políticas já estruturadas de enfrentamento à violência contra as mulheres no SUS e em outras políticas públicas, o município de Marau vem implantando a Rede Lilás através de ações integradas entre secretaria de saúde, educação, assistência social, delegacia de polícia e promotoria pública que vem atendendo as mulheres no município. Entretanto, mesmo com as ações sendo desenvolvidas, a invisibilidade e a dificuldade de abordar o problema da violência e o sentimento de impotência dos profissionais da saúde no atendimento cotidiano dos serviços são elementos centrais no enfrentamento desta situação. A par disso, a análise das formas de cuidado que vem sendo desenvolvidas tem se mostrado insuficientes, pois ainda prevalecem abordagens fragmentadas, centradas em ações curativas e medicamentosas e com dificuldades de construção de protagonismo e autonomia das mulheres.

2.2.5 Revisão Bibliográfica

2.2.5.1 Violência contra mulher: conceitos e suas expressões

A recorrência cotidiana da violência contra as mulheres são manifestações extremas das desigualdades que foram construídas historicamente no campo social, político, cultural e econômico da nossa sociedade. Mais recentemente, a partir da década de 90, essa forma de violência vem sendo concebida baseada nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos. A questão de gênero aqui, torna-se essencial para compreensão do fenômeno da violência contra a mulher. A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra Mulher (BRASIL,2011), traz para a discussão deste fenômeno reflexões teóricas de diversos autores, demonstrando sua característica multifacetada, com raízes histórico-culturais e permeada questões étnico-raciais, de classe e de geração.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL,2011), aponta duas obras centrais para a compreensão da violência de gênero. Heleieth Saffioti em sua obra o Poder do Macho (1987), aponta que a questão de violência de gênero “é tudo que tira os direitos humanos numa perspectiva de manutenção das desigualdades hierárquicas

existentes para garantir obediência, subalternidade de um sexo a outro. Trata-se de forma de dominação permanente e acontecem em todas as classes sociais, raças e etnias”. Para a autora as questões de gênero tratam, não de diferenças, mas de desigualdades entre gêneros que reproduzem a todo tempo formas de dominação do corpo da mulher em meio a uma sociedade sexista e patriarcal.

Simone de Beauvoir, na obra *O Segundo Sexo* de 1949, traz estudos sobre a mulher e o seu papel na sociedade apontando que a condição de inferioridade da mulher frente ao homem advém de uma perspectiva onde o papel feminino é destituído de identidade cultural, e histórico, classificado como algo natural, meramente biológico. Ela afirma que sexo é construído socialmente, trazendo à tona uma recusa a ideia da naturalidade. (BRASIL,2011)

A violência contra a mulher se expressa como uma violação dos direitos humanos, atingindo aspectos de sua vida como a saúde e a integridade física. Segundo a convenção de Belém do Pará (1994), texto base para a construção da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), a violência contra a mulher é considerada qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, podendo se expressar de diferentes formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual) atingindo diferentes classes sociais, idades, escolaridade, etc.

Segundo dados resgatados dos casos denunciados nas delegacias do Brasil, os casos de violência apresentam um padrão voltado para a violência doméstica, sendo o parceiro ou exparceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados. (SCHRAIBER et. al., 2002). Neste sentido, no ano de 2006, a lei Maria da Penha se consolida, criando mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e passa a considerar as seguintes formas de expressão deste fenômeno:

I- Violência física: entendida como qualquer conduta que ofenda sua integridade ou saúde corporal;

II – A violência psicológica, entendida como qualquer conduta que lhe cause dano emocional e diminuição da autoestima ou que lhe prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento ou que vise degradar ou controlar suas ações, comportamentos, crenças e

decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação;

III - A violência sexual, entendida como qualquer conduta que a constranja a presenciar, a manter ou a participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que a induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sua sexualidade, que a impeça de usar qualquer método contraceptivo ou que a force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos;

IV - A violência patrimonial, entendida como qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades;

V - A violência moral, entendida como qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria.

2.2.5.2 Violência contra a mulher e a saúde

Os casos de violência contra a mulher manifestam-se de forma significativa nos serviços de saúde do país. Dados abordados pelo Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil (WAISELFISZ,2012), demonstram que duas em cada três pessoas atendidas no SUS em razão de violência doméstica ou sexual são mulheres, apontando que em 51,6% dos atendimentos foi registrada reincidência no exercício da violência contra a mulher. No ano de 2011, o Sistema único de Saúde atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência, sendo que 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico.

Mesmo com o alto índice de prevalência desta problemática, os serviços de saúde ainda não reconhecem a violência relacionada ao gênero como parte do seu processo de trabalho. Alguns estudos internacionais apontam que que 21,4% de um quantitativo de 472 mulheres que acessam serviços de atenção primária relataram ter sofrido algum tipo de

violência doméstica a partir dos 18 anos. Esta questão torna-se um desafio para a saúde de modo geral, pois os serviços básicos de saúde apresentam uma grande cobertura e contato com as mulheres nos seus territórios. (Ip.,2017)

O Mapa da Violência (WAISELFISZ,2015) aponta ainda, que os dados quantitativos registrados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação representam só uma pequena porcentagem das violências cotidianas que as mulheres enfrentam e que, portanto, são somente as que conseguem procurar o Sistema único de Saúde. Por trás dessa pequena quantidade, existem inúmeras histórias de vida que deixam de ser olhadas e cuidadas. Segundo dados do sistema de estatísticas da OMS, o Brasil, apresenta uma taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, ocupando a 7ª colocação, tornando-se um dos países com os mais altos índices de feminicídio. (WAISELFISZ,2015)

Ainda sobre a questão, dados do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) apontam que um em cada 5 dias de falta ao trabalho no mundo é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de suas casas. Este dado está interligado à constatação de que a cada 5 anos, a mulher perde 1 ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica. Ainda, mulheres com idade entre 15 e 44 anos perdem mais anos de vida em função do estupro e da violência doméstica do que em razão de câncer de mama, câncer de colo de útero, problemas relacionados ao parto, doenças coronárias, aids, doenças respiratórias, acidentes de automóveis ou a guerra. (Ip.,2017)

A violência contra mulher apresenta-se como um grande desafio no que se refere as práticas cotidianas dos serviços em saúde. Por ser considerada uma questão social, a violência contra a mulher é atendida com dificuldades já que a concepção biologicista ainda está fortemente presente nas formações em saúde.

2.2.5.3 Violência e Educação Popular em Saúde

As práticas de educação popular em saúde têm sido dispositivos importantes de cuidado para situações de mulheres vítimas de violência contra a mulher, pois traz em seus princípios elementos importantes para se pensar o processo de cuidado em saúde. Diz respeito

a um caminho político-pedagógico que requer o envolvimento e a co-responsabilização de todos participantes, na construção, apropriação e multiplicação do conhecimento. (PULGADARON, 2014)

Para Vasconcelos (2001 apud Daron 2014), a educação popular oferece um instrumental para o desenvolvimento de novas relações, através do diálogo, da valorização do saber popular e a busca de inserção na dinâmica local tendo a identidade cultural como base do processo educativo, e compreendendo que o respeito ao saber popular implica necessariamente o respeito ao contexto cultural)

Ao basear-se na perspectiva da educação popular, o cuidado em saúde ganha diversas possibilidades, que caminham em direção da emancipação e autonomia dos sujeitos envolvidos no processo. Para os profissionais de saúde, essa perspectiva traz à tona a possibilidade de reinvenção do agir em saúde, onde o profissional se coloca à disposição em romper com a centralidade do seu papel tradicional e assume o compromisso de apoiar os sujeitos, construindo novos suportes para que os mesmos possam compor seu próprio caminho de vida. (GOMES et. al., 2015)

Os elementos que norteiam a perspectiva popular produzem tanto nos profissionais quanto nos usuários dos serviços de saúde um compromisso radical com a vida do outro, produzindo encontros que permitem as trocas de saberes, o diálogo e aprendizagem a partir das experiências de cada um.

2.2.6 Material e Método

2.2.6.1 Desenho

Trata-se de uma pesquisa cartográfica de abordagem qualitativa e exploratória. A intervenção será realizada com a equipe de saúde (20 pessoas) e com mulheres que acessaram o serviço de saúde através do atendimento psicológico de março de 2016 a março de 2017 (08 mulheres). Os membros da equipe serão convidados a participar da pesquisa através do

convite que será feito na reunião de equipe da ESF, que acontece de forma semanal nas quartas-feiras a tarde. As mulheres serão convidadas através dos atendimentos psicológicos ou através de contato telefônico para agendamento de conversa com objetivo de explicitar a proposta de pesquisa e realizar o convite.

As atividades serão desenvolvidas na sala de grupos disponível na ESF. A devolutiva das produções se dará por meio de um encontro que será agendado juntamente com o grupo de mulheres, após análise dos dados. Com a equipe, será combinado um momento na reunião para compartilhamento e debate dos resultados.

2.2.6.2 Metodologia

Minhas questões de pesquisa surgem a partir das histórias de vida acolhidas nos atendimentos da ESF. Em cada encontro pude ir ressignificando o que é ser mulher e qual é o meu compromisso enquanto companheira de luta e profissional de saúde sobre as expressões da violência de gênero. Esta proposta de pesquisa é pesquisa-desejo, meu e das mulheres que encontrei nesse percurso. É desejo criar, fortalecer, empoderar, produzir novos devires do ser mulher.

Ao me desafiar em uma proposta de pesquisa- intervenção recorro a Eduardo Passos e Regina Benevides que apontam a importância da intervenção ser constituída através de um mergulho na experiência, que relacionará sujeito e objeto, teoria e prática em um mesmo plano de construção. O ponto de apoio será sempre a experiência entendida como um saber-fazer, ou seja, é um saber que vem, que emerge do fazer constituindo assim o caminho metodológico. (PASSOS; BENEVIDES, 2015).

Valorizando a experiência como elemento central e o percurso que já vem sendo traçado com essas mulheres, encontro a associação do método cartográfico à pesquisa como estratégia fundamental para garantir a investigação da dimensão processual, que levará em conta o ato de conhecer como possibilidade de criação da realidade, ou seja, garantirá a participação dos envolvidos da pesquisa, fortalecendo a construção de um plano comum entre sujeito e objeto. (PASSOS; KASTRUP, 2015)

A cartografia, portanto, torna-se ferramenta metodológica pois:

“... diz sobre o ato de pesquisar que não tem mais a ver com saber sobre, pois se trata de saber com. Habitar um estado de coisas, seus trajetos possíveis, seus impossíveis, subtrair o que insiste e produzir com.” (COSTA; ANGELI, FONSECA, 2011 p. 35)

Aliada a essa perspectiva, a educação popular também entra em cena, trazendo para o processo elementos importantes e que nortearão as intervenções como o dialogismo, o protagonismo dos sujeitos, afetividade, autonomia, valorização da cultura e a construção de reflexões críticas sobre a realidade. (PULGA-DARON, 2014).

Essa pesquisa busca através de diferentes ferramentas metodológicas, construir coletivamente encontros inovadores e potentes entre profissionais de uma estratégia de Saúde da Família e mulheres usuárias do serviço de saúde no resgate de suas histórias de vida como ferramenta de cuidado.

Para tanto, Josso (2007) nos aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social, evidenciando e questionando heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência, etc.

Apontar questões comuns, preocupações e inquietações a partir da narrativa de cada sujeito auxiliam no processo de saída do isolamento e promove a possibilidade de reflexão a partir de novos recursos, estratégias e solidariedades que estão por ser descobertas. (JOSSO, 2007)

O movimento de historicizar, ou seja, trazer à tona as histórias de vida, trata-se de um recurso metodológico do pensamento, que irá afirmar as incertezas e indeterminações, possibilitando assim a crítica frente ao que somos e a disponibilidade para o puro devir. (PRADO, 2011)

A partir dessas ferramentas conceituais, o percurso metodológico a ser seguido compreenderá 03 encontros com mulheres vinculadas aos territórios de abrangência da ESF São José Operário, que acessaram o serviço de saúde através do atendimento psicológico ou algum serviço vinculado à saúde da mulher de março de 2016 a março de 2017 e 01 encontro

com a equipe de saúde da ESF. O critério para a participação será além da maioria em ambos os grupos, como também no caso das mulheres, o vínculo estabelecido com as mesmas nos atendimentos psicológicos ou vinculados à saúde da mulher. Será constituído um grupo de 08 mulheres convidadas a partir dos critérios descritos anteriormente.

Os membros da equipe serão convidados a participar da pesquisa através do convite que será feito na reunião de equipe da ESF, que acontece de forma semanal nas quartas-feiras a tarde. As mulheres serão convidadas através dos atendimentos psicológicos ou através de contato telefônico para agendamento de conversa com objetivo de explicitar a proposta de pesquisa e realizar o convite. Os encontros serão realizados na sala e grupos disponível na ESF. O caminho a ser percorrido na pesquisa será construído coletivamente, entretanto, será apresentada uma proposta para o desenvolvimento dos encontros conforme descrito abaixo:

I Encontro: serão esclarecidos os objetivos da pesquisa, bem como será apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após esse momento, será desenvolvida a atividade denominada “ Corredor do cuidado”, que compreende uma técnica de cuidado popular coletivo onde os envolvidos experimentam trocas de afeto de diferentes modos, auxiliando as participantes a perceber a importância do carinho, da amorosidade, do respeito com a outra permitindo assim que o grupo possa acolher as narrativas que serão produzidas. Essa atividade será facilitada pela pesquisadora, bem como o debate pós intervenção com vistas a ressignificar a sua história de vida.

II Encontro: Será desenvolvida a atividade denominada “Tendo do Conto”, sendo está uma ferramenta tecnológica de cuidado em saúde que consiste em narrar as histórias de vida a partir de objetos que tenham significado para a vida dos participantes. É um espaço aberto de narração de histórias de vida, que promove o investimento na saída do isolamento apostando no protagonismo, na valorização da cultura popular, na influência da grupalidade sobre o indivíduo e na comunicação entre as singulares. Após esta atividade, que será conduzida pela pesquisadora, será realizado um debate sobre as percepções e os sentimentos mobilizados.

III Encontro: As participantes serão convidadas a descrever, através de uma carta, uma experiência de superação a partir de suas histórias de vida, que posteriormente serão trocadas entre as participantes que poderão debater a partir de questões norteadoras. Após esta atividade, as participantes serão convidadas a construir uma colcha, com aviamentos

fornecidos pela pesquisadora, com o objetivo de materializar as narrativas produzidas nos encontros e as reflexões realizadas.

IV Encontro : será realizado com a equipe de saúde da ESF, após a sistematização das experiências vivenciadas com as mulheres nos encontros coletivos, um encontro com a equipe de saúde com o objetivo de compartilhar as narrativas produzidas e refletir sobre o sentido do cuidado às mulheres que vivenciam situação de violência. Após este debate, os participantes serão convidados a experimentar a prática popular “Corredor do Cuidado”.

Como ferramenta de registro e posteriormente análise das produções, será utilizado diário de campo que serve para registrar momentos significativos da intervenção, sentimentos e impressões do cartógrafo, servindo como momento de análise do percurso que está sendo construído. Além disso, os encontros serão filmados, mediante autorização das participantes e após uso das mesmas para análise, serão destruídas.

A devolutiva das produções se dará por meio de um encontro que será agendado juntamente com o grupo de mulheres, após análise dos dados. Com a equipe, será combinado um momento na reunião para compartilhamento e debate dos resultados. Além disso, os dados obtidos através da pesquisa serão divulgados em eventos científicos, bem como, em espaços de debate sobre o tema organizados pela Secretaria Municipal de Marau.

2.2.7 Análise dos Resultados

A categoria de análise se dará através da perspectiva da análise de discurso e de conteúdo, onde serão construídas categorias a partir das narrativas das mulheres. Para tal, os encontros serão filmados, com consentimento das participantes, e posteriormente analisados.

2.2.7.1 Critérios de Inclusão

- Ter sido acolhida em atendimento psicológico ou em serviços vinculados à saúde da mulher da ESF;

- Ter 18 anos ou mais;

2.2.7.2 Critérios de Exclusão

- Ter menos de 18 anos;
- Não ter vivenciado nenhum tipo de acolhimento na ESF

2.2.8 Orçamento

Tabela 1. Valores estimados do orçamento

Material de consumo	
Folhas A4	R\$ 25,00
Cartucho Impressora	R\$ 60,00
Caneta	R\$ 2,40
Total	R\$ 87,40

2.2.9 Cronograma

Atividade	Ano 2016		Ano 2017			
	3° Trim.	4° Trim.	1° Trim.	2° Trim.	3° Trim.	4° Trim.
Revisão bibliográfica	X	X	X	X		
Apresentação do projeto para banca				X		
Submissão ao comitê de ética				X		
Fase de intervenção					X	
Revisão bibliográfica				X	X	X

Elaboração do artigo					X	X
----------------------	--	--	--	--	---	---

2.3. EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO

2.3.1 Educação Popular e Cartografia: experimentação de si, do outro e do mundo no processo de pesquisa-intervenção

As questões de pesquisa surgiram a partir das histórias de vida acolhidas nos atendimentos da ESF. Em cada encontro pude ir ressignificando o que é ser mulher e qual é o compromisso enquanto profissional de saúde e companheira de luta e resistência frente as situações de violência de gênero. Ao me desafiar em uma proposta de pesquisa-intervenção fui compondo uma caixa de ferramentas que me proporcionasse diferentes formas de expressar os sentimentos e percepções ao longo dessa trajetória.

Para a pesquisa intervenção, recorri a Eduardo Passos e Regina Benevides (2013), que evidenciam a importância da intervenção ser constituída através de um mergulho na experiência, que relaciona sujeito e objeto, teoria e prática em um mesmo plano de construção. O ponto de apoio será sempre a experiência entendida como um saber-fazer, ou seja, é um saber que vem, que emerge do fazer constituindo assim o caminho metodológico.

Valorizando a experiência como elemento central e o percurso fomos traçando com as mulheres, encontrei no método cartográfico uma estratégia para garantir a investigação da dimensão processual, já que muitos encontros já haviam acontecido entre nós e não poderiam ser deixados para trás, pois produziram reflexões, intensificaram afetos, transformaram paisagens, desmancharam mundos e produziram outros.

Considerando o ato de conhecer como possibilidade de criação da realidade, a cartografia permitiu estabelecermos um movimento que garantisse a participação dos envolvidos da pesquisa, fortalecendo a construção de um plano comum entre sujeito e objeto. (PASSOS; KASTRUP, 2013)

Aliada a essa perspectiva, a educação popular também tornou-se uma escolha ética para a realização da pesquisa. Em muitos momentos da formação, tivemos contato com experiências advindas deste campo (através de oficinas, cursos e leituras) e fomos desafiadas enquanto residentes a trazer para a nossa prática cotidiana elementos importantes desta área, que se aproximam muito do campo da saúde coletiva, como o dialogismo, o protagonismo dos sujeitos, afetividade, autonomia, valorização da cultura e a construção de reflexões críticas sobre a realidade. (PULGA-DARON, 2014).

A educação popular permeou a pesquisa à medida que adotou-se uma postura ética de compreender o mundo, onde busca-se através de uma práxis pedagógica a construção de senso crítico, de protagonismo e projetos de mundo em que a participação dos sujeitos se dê de forma democrática e ativa. (BRASIL, 2014).

Essa pesquisa buscou através de diferentes ferramentas metodológicas, construir coletivamente encontros inovadores e potentes entre profissionais de uma estratégia de Saúde da Família e mulheres usuárias do serviço de saúde no resgate de suas histórias de vida como ferramenta de cuidado.

Para tanto, Josso (2007) nos aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social, evidenciando e questionando heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência. Apontar questões comuns, preocupações e inquietações a partir da narrativa de cada sujeito auxiliam no processo de saída do isolamento e promove a possibilidade de reflexão a partir de novos recursos, estratégias e solidariedades que estão por ser descobertas.

A expressão da situação de violência vivenciada pelas mulheres se deu de diferentes formas nestes dois anos que estive no serviço de saúde. Surgiram mulheres que usaram de violência para romper o tão famoso ciclo de violência. Outras que manifestaram o desejo intenso de mudança, reconheciam a violência que estavam sofrendo, mas ainda não haviam encontrado forças em sua rede de apoio para a saída daquela situação. E tantas outras chegaram até o serviço de saúde com as mais variadas queixas de ordem física e que tinham dificuldade de adentrar a realidade de sua dor.

Observando essa variação das experiências de situação de violência, e da dificuldade de adentrar a fundo nas marcas produzidas por essa situação, é que fomos compreendendo a importância de criarmos uma intervenção que circulasse entre uma escuta diferenciada e também desenvolvimento de práticas de cuidado que fugissem do protocolar, comumente encontrado nos serviços de saúde (seja pela falta de formação na área ou pela captura do processo de trabalho burocratizante). Com a necessidade sobre nossos olhos e afetos, construímos para além dos acolhimentos, uma intervenção coletiva de cuidado, com o objetivo de reunir as histórias de vida de cada uma.

Assim, a partir dessas ferramentas conceituais, o percurso metodológico que foi construído compreendeu 03 encontros com mulheres vinculadas aos territórios de abrangência da ESF São José Operário, que acessaram o serviço de saúde através do atendimento psicológico ou algum serviço vinculado à saúde da mulher de março de 2016 a março de 2017. O critério para a participação foi além da maioria em ambos os grupos e também o vínculo estabelecido com as mesmas nos atendimentos psicológicos ou vinculados à saúde da mulher.

Além deste movimento com o grupo, foi realizado um momento de cuidado coletivo com a equipe de saúde, com o objetivo de proporcionar a experimentação de uma das abordagens da educação popular que foi desenvolvida com as mulheres, para que tivéssemos a oportunidade de discutir a temática relacionando-a com as demandas do território e as estratégias de cuidado adotadas no processo de trabalho.

O caminho percorrido na pesquisa foi sendo construído coletivamente, entretanto, uma proposta foi estruturada para que os encontros coletivos acontecessem de forma articulada entre as mulheres.

No primeiro encontro, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e também foi realizada a prática do escalda pés, relaxamento e o “Corredor do cuidado”, que compreende uma técnica de cuidado popular coletivo onde os envolvidos experimentam trocas de afeto de diferentes modos, auxiliando as participantes a perceber a importância do carinho, da amorosidade, do respeito com a outra pessoa que se encontra, permitindo, assim, que o grupo possa acolher as narrativas.

No segundo encontro desenvolveu-se a prática popular denominada “Carta de superação”, onde o grupo foi convidado a descrever, através de uma carta, uma experiência de superação a partir de suas histórias de vida, que posteriormente foram trocadas entre as participantes.

No terceiro encontro, foi proposta a atividade da “Tenda do Conto”, que é uma ferramenta tecnológica de cuidado em saúde que consiste em narrar as histórias de vida a partir de objetos que tenham significado para a vida dos participantes. É um espaço aberto de narração de histórias de vida, que promove o investimento na saída do isolamento apostando no protagonismo, na valorização da cultura popular, na influência da grupalidade sobre o indivíduo e na comunicação entre as singulares.

Com a equipe de saúde, reproduziu-se a atividade da “Carta de superação”, onde cada profissional trouxe para o grupo histórias de superação de sua vida pessoal, sendo articulada posteriormente a situações de violência a que as mulheres enfrentam cotidianamente..

Como ferramenta de registro e posterior análise das produções, foi utilizado diário de campo que serviu para registrar momentos significativos da intervenção, sentimentos e impressões, servindo como momento de análise do percurso que está sendo construído. Além disso, os encontros foram gravados, mediante autorização das participantes e após uso das mesmas para análise, foram destruídas.

As mulheres e a equipe de saúde foram se constituindo em participantes protagonistas interagindo e produzindo reflexões, questionamentos, novos conceitos, ressignificação de suas próprias vidas.

2.3.2 Bases conceituais sobre violência contra a mulher orientadoras do processo

Sabemos que a violência é compreendida como um fenômeno, devido a sua condição de complexidade e multifatorialidade. Grossi e Vincensi (2012) apontam que a questão de violência é uma manifestação da questão social, que possui raízes históricas e culturais, mediatizadas por relações de gênero, raça/etnia e classe social.

Quando fizemos um recorte para a questão de gênero, raça e classe a recorrência cotidiana da violência contra as mulheres apresenta-se como manifestações extremas das

desigualdades que foram construídas historicamente no campo social, político, cultural e econômico da nossa sociedade. Mais recentemente, a partir da década de 1990, essa forma de violência vem sendo concebida baseada nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011), aponta a contribuição de Heleieth Saffioti, no que se refere a questão da violência de gênero, referindo que esta representa “tudo que tira os direitos humanos numa perspectiva de manutenção das desigualdades hierárquicas existentes para garantir obediência, subalternidade de um sexo a outro. Trata-se de forma de dominação permanente e que acontece em todas as classes sociais, raças e etnias”. Para a autora as questões de gênero tratam, não de diferenças, mas de desigualdades entre gêneros que reproduzem a todo tempo formas de dominação do corpo da mulher em meio a uma sociedade sexista e patriarcal.

A violência contra a mulher se expressa como uma violação dos direitos humanos, atingindo aspectos de sua vida como a saúde e a integridade física. Segundo a convenção de Belém do Pará de 1994, texto base para a construção da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), a violência contra a mulher é considerada qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, podendo se expressar de diferentes formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.) atingindo diferentes classes sociais, idades, escolaridade, etc.

Algumas teorias feministas também contribuíram muito para a discussão no âmbito da violência contra a mulher. Fazendo uso das contribuições gerais destes movimentos ao longo da história, Grossi e Anguisky (2012) reafirmam a que a luta pela garantia de direitos, a compreensão das relações como relações de poder, bem como, a afirmação da importância do protagonismo e autonomia das mulheres em prol de sua libertação foram e ainda continuam sendo prerrogativas fundamentais para o enfrentamento deste fenômeno. Resistência e a opressão são para as autoras, elementos centrais a serem analisados quando parte-se do pressuposto que as violências que se vive enquanto mulher são sustentadas por uma organização patriarcal de cunho político.

Segundo dados resgatados dos casos denunciados nas delegacias do Brasil, os casos de violência apresentam um padrão voltado para a violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados. (SCHRAIBER et. al., 2002). Neste sentido, no ano de 2006, a lei Maria da Penha¹ se consolida, criando mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e passa a considerar as seguintes formas de expressão deste fenômeno: a) a violência física; b) A violência psicológica; c) A violência sexual; d) A violência patrimonial; e) A violência moral.

Neste âmbito, considerando que a relação de violência pelo gênero provoca extrema dependência e produz marcas que fortalecem a subordinação da mulher, alguns autores analisam esta relação a partir de um sistema circular, chamado ciclo de violência. Para Sousa apud Carmo e Moura (2010), o ciclo de violência está dividido em três etapas: a **tensão** apresenta-se através da violência psicológica, o desrespeito, intimidações, variando de casal para casal e criando o imaginária de que a situação irá ser revertida. Na segunda fase, a **explosão**, se manifesta através da violência física, onde as tentativas de criar o imaginário de que a situação irá mudar já não fazem parte das ações do agressor. É um estágio é mais curto e é marcado por episódios de violência física, sendo o momento do ápice da violência. Na terceira fase, a **reconciliação** volta-se à fase da lua de mel, apaga o que foi vivenciado e as promessas de mudança retornam ao discurso do agressor. Esses elementos são fundamentais para os profissionais de saúde desenvolverem habilidades, competências e sensibilidades para a identificação, produção de estranhamento e desnaturalização e cuidado integral à saúde das mulheres.

1 A Lei Maria da Penha – Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º o art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

2.3.3 A mulher violentada e o encontro com o serviço de saúde

Os casos de violência contra a mulher manifestam-se de forma significativa nos serviços de saúde do país. Dados abordados pelo Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil (WAISELFISZ,2012), demonstram que duas em cada três pessoas atendidas no SUS em razão de violência doméstica ou sexual são mulheres, apontando que em 51,6% dos atendimentos foi registrada reincidência no exercício da violência contra a mulher. No ano de 2011, o Sistema único de Saúde atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência, sendo que 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico.

Mesmo com o alto índice de prevalência desta problemática, os serviços de saúde ainda não reconhecem a violência relacionada ao gênero como parte do seu processo de trabalho. Alguns estudos internacionais apontam que 21,4% de um quantitativo de 472 mulheres que acessam serviços de atenção primária relataram ter sofrido algum tipo de violência doméstica a partir dos 18 anos. Esta questão torna-se um desafio para a saúde de modo geral, pois os serviços básicos de saúde apresentam uma grande cobertura e contato com as mulheres nos seus territórios. (Ip.,2017).

O Mapa da Violência (WAISELFISZ,2015, p. 13) aponta ainda, que os dados quantitativos registrados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação representam só uma pequena porcentagem das violências cotidianas que as mulheres enfrentam e que, portanto, são somente as que conseguem procurar o Sistema Único de Saúde. Por trás dessa pequena quantidade, existem inúmeras histórias de vida que deixam de ser olhadas e cuidadas.

Segundo dados do sistema de estatísticas da OMS, o Brasil, apresenta uma taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, ocupando a 7ª colocação, tornando-se um dos países com os mais altos índices de feminicídio. (WAISELFISZ,2015, p..17)

Ainda sobre a questão, dados do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) apontam que um em cada 5 dias de falta ao trabalho no mundo é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de suas casas. Este dado está interligado à constatação de que a cada 5 anos, a mulher perde 1 ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica. Ainda, mulheres com idade entre 15 e 44 anos perdem mais anos de vida em função do estupro e da violência doméstica do que em razão de câncer de mama, câncer

de colo de útero, problemas relacionados ao parto, doenças coronárias, aids, doenças respiratórias, acidentes de automóveis ou a guerra. (Ip.,2017)

A violência contra mulher apresenta-se como um grande desafio no que se refere as práticas cotidianas dos serviços em saúde. Por ser considerada uma questão social, a violência contra a mulher é atendida com dificuldades, já que a concepção biologicista, protocolar e culpabilizadora ainda está fortemente presente nas formações em saúde. A violência que marca a história de cada uma apresentava-se através de um conjunto amplo de problemas, cujas repercussões no campo da saúde são amplas e as possibilidades ou os limites de intervenção diferem diante de cada uma das mulheres que busca os serviços de saúde.

Os estudos sobre a temática apontam que as repercussões em relação a saúde de mulheres que sofrem algum tipo de violência são inúmeras, como os altos índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento psíquico em geral. (SCHERAIBER, 2002).

2.3.4 Discussão e Análise do Processo e dos Resultados

Para iniciar uma tentativa de narrar e dar voz ao que foi vivido ao longo destes dois anos considerando as histórias de vida, os problemas enfrentados, os sentimentos descobertos e o trabalho desenvolvido, aponto um elemento central, que foi capaz de expandir a vida e trazer a tona o desejo desses encontros: o afeto. Recorro a Lazzarotto e Carvalho (2012), que lindamente apontam que no caminho da pesquisa, a experimentação do afeto:

sinaliza a enunciação de outras formas de agir a partir dos modos de expressão que vamos percorrendo. Quando afetados pelas audições e visões, gostos e cheiros, toques de vidas que nos forcem a pesquisar na historicidade de um tempo que acontece, percebemos que nossas questões são feitas de vidas. Assim exercitamos uma ética e expandimos nosso conhecer nas relações de uma vida de todos em nós, de uma vida de si em todos. (LAZAROTTO; CARVALHO; 2012 p.. 27)

Portanto, segue as reflexões como uma tentativa de enunciar novas formas de

ver/ser/estar/sentir o mundo, as relações, a violência e a produção do cuidado em saúde que se estruturam em três categorias de análise que apresentam o primeiro contato das mulheres com os serviços de saúde, uma análise dos movimentos de resistência e cuidado dessas mulheres a partir das histórias de vida e uma análise acerca das práticas de cuidado que acontecem nos serviços de saúde considerando suas potencialidades e limites. As histórias de vida que foram compartilhadas serão apresentadas através de músicas que faziam parte do meu cotidiano e poesias que foram criadas por mim. A escolha da dessa forma de apresentação se deu pelo fato de ter sido mobilizada afetivamente por essas mulheres e portanto, elas tornaram-se inspiração para criação de outras formas de expressão. Cada música e cada poema apresentam elementos fundamentais e importantes da história de vida de cada uma.

2.3.4.1 Mulheres de luta: a (re) existência no encontro com o serviço de saúde

“Qualquer encontro é encontro de uma multidão em produção. O encontro é sempre um lugar de porosidades, de fugas incontroláveis, e por isso de imprevisibilidade e incertezas.” (MERHY, 2013, p. 25)

Cabe destacar que muitas histórias que fizeram parte dos encontros que vivenciei nos dois anos como residente me vêm à cabeça, a ponto de fazer o corpo agitar. Mas, sem dúvida nenhuma, é a dela, a história daquela onde carinhosamente, em uma tentativa de expressar toda a intensidade de sua trajetória, faço menção ao álbum de Elza Soares a chamando de “A Mulher do fim do Mundo”. Uma história que invade o pensamento e a alma fazendo transbordar os mais variados afetos e desejos.

*“Sua latinidade inspira luta
A dor percorre o seu corpo
Assim como a delicadeza o seu sorriso
O tempo em sua vida, pediu passagem como um disparo veloz
Carregando consigo a infância e possibilidade de experimentar a vida com afeto*

*Ela é a junção de muitas experiências.
Sua história inaugura não só a casa de acolhimento às mulheres,
Mas o movimento de ser a mulher do fim do mundo.*

*É uma marca de luta, resistência e anseio.
É sujeito do mundo, é sujeito desejo.”*

Essa, assim como muitas outras histórias que tivemos aproximação no serviço de saúde carregam marcas e experiências oriundas de diferentes contextos sociais, culturais, econômicos demonstrando suas formas de ser/estar/agir no mundo.

Estas estão submetidas a diferentes expressões e valores patriarcais, aqui considerados principal fator da desigualdade de gênero e gatilho para os diferentes tipos de violência contra a mulher. A violência que marca a história de cada foi se apresentando através de um conjunto amplo de problemas. Suas repercussões no campo da saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção também foram diferentes para cada uma dessas mulheres.

Cada mulher que encontrei no serviço, trouxe a sua narrativa de um jeito singular, que ao desenvolver uma análise com maior profundidade, representava talvez, a experiência de viver um dos momentos do ciclo de violência. As razões que as levaram buscar apoio no serviço, apresentaram-se de formas variadas, passando pelo diagnóstico de alguma doença como: dores no peito, ansiedade, dificuldades na relação conjugal, busca de ajuda para o filho, diagnóstico psiquiátrico, entre outras.

Tal cenário, corrobora com as reflexões apontadas por Scheraiber (2001), onde ela afirma que a violência vivida é única e singular de cada mulher, portanto, não aparece como tal, nem mesmo se apresenta como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se “invisível” como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres nos serviços de saúde. Com isso, não se sabe qual sua real magnitude e seus efeitos na deterioração da qualidade de vida.

Os depoimentos que seguem traduzem um pouco dessa análise:

<i>Tetê</i>	<i>Margarida</i>	<i>Betânia</i>
<p><i>Tenho em mim, todos os sonhos do mundo!</i></p>	<p><i>Peguei ele pelo pescoço e disse:</i></p> <p><i>Eu não suporto mais, pra mim chega!</i></p> <p><i>Eu cuidarei de ti até a morte, mas nunca mais levantarás a mão pra mim!</i></p> <p><i>Casei sem amor por ti, entretanto, ao longo dessa jornada descobri um amor imenso por mim!</i></p> <p><i>Serei livre, hoje sou!</i></p>	<p><i>Não mexe comigo!</i></p> <p><i>Talvez eu não esteja pronta, mas eu não quero andar só!</i></p>

Cada uma dessas histórias, apresentavam em sua particularidade, a tentativa de rompimento do ciclo de violência, ou seja, nelas se percebia claramente a consciência de que aquilo que estavam vivendo era algo distante do que era idealizado para uma relação. Entretanto, cada uma foi fazendo movimentos de resistência a partir de sua rede de apoio.

A ruptura com a situação de violência conjugal se configura como um processo difícil, doloroso e, muitas vezes, lento. Tal situação pode significar, dependendo das circunstâncias, a ruptura com elementos importantes de sua vida cotidiana como a casa, seu emprego, amigos, filhos. Entretanto, percebeu-se que no encontro com o serviço de saúde, bem como, através de outros dispositivos encontrou-se potência para resistir, refletir e buscar apoio no enfrentamento da situação de violência (fosse ele no momento atual ou na sua história passada).

Ao me deparar com as suas histórias, sentia cada vez mais a necessidade de

reorganizar as ideias, reterritorializar meus saberes, para junto delas, desbravar novas rotas e construir novas ferramentas para produzirmos cuidado naquele encontro. Sentia a necessidade de que meus agires cuidadores e clínicos operassem com uma certa porosidade, imprevisibilidade, até mesmo com uma certa incerteza, na tentativa de não reproduzir julgamentos, vitimizações e abrir espaço para novos acontecimentos e novos sentidos aos seu processo de cuidado e de vida.

Para isso, me debrucei para estudar, compreender e exercitar o tão famoso acolhimento. Aquele mesmo. O desafio mais complexo e atual dentro do campo da saúde. O contatei, por ser uma das principais estratégias de cuidado para reafirmação da vida e da garantia de práticas e ações voltadas ao cuidado integral e equânime.

Assim, esse fazer, representa uma postura ética, estética e política que nos coloca como profissionais de saúde comprometidos com a vida do outro, garantindo dignidade, protagonismo e o respeito a diversidade (PNH, 2010, p. 6).

Como estávamos tratando de casos específicos de acolhimento de histórias marcadas pelas desigualdades de gênero, raça e classe², atravessadas por violências de todos os tipos, o desafio tornou-se ainda maior, pois evidenciou a necessidade de produzirmos um cuidado que descortinasse esses sintomas e, produzissem, portanto, um espaço com modo específico de escutar, criar redes de apoio e garantir segurança a essas mulheres sem que sintam-se julgadas e vitimizadas. (Schraiber, D'Oliveira, 2013).

Mas e o que essas histórias representam? O que se pode compreender destas histórias, considerando seus esforços e movimentos para enfrentamento e ruptura das

2 As relações entre os seres humanos são construídas historicamente e culturalmente. A análise das relações sociais de gênero, raça e classe são elementos importantes para a compreensão do fenômeno da violência sofrida pelas mulheres, em especial, as que frequentam a ESF que são de classes populares.

3 Existem diversas correntes teórico-conceituais sobre o Feminismo. Assim, o Feminismo nessa análise é entendido enquanto movimento de luta e resistência das mulheres por direitos, reconhecimento e construção de sua autonomia e protagonismo; assim como, produção sociológica de saberes de libertação e político de afirmação do poder das mulheres e da necessidade de construção de relações humanas e sociais de poder compartilhado e não de dominação de um sobre o outro. Feminismo em Ato traz a dimensão do aqui e agora enquanto possibilidade real de construção desse protagonismo das mulheres para a busca de caminhos de resistência, luta, libertação e superação de todas as formas de

situações e violências vividas? Essas mulheres são consideradas de luta por que razão, se não se apresentaram como um coletivo feminista, ou então como um grupo de mulheres organizadas na luta pelos direitos sociais conforme descrito na história dos movimentos de luta por direitos das mulheres?

Neste sentido, é importante contextualizarmos a questão da violência e das desigualdades de gênero, raça e classe a partir da noção de poder proposta por Foucault (2011), onde o autor compreende o poder como uma multiplicidade das correlações de forças que se engendram no cotidiano, estando em toda a parte, produzindo-se a todo tempo e em todas as relações. Tal movimento se constitui como uma situação complexa em uma sociedade determinada. Tendo em vista essa noção, podemos compreender que a história de vida dessas mulheres carrega marcas de desigualdades produzidas por esses movimentos cotidianos e, que, ao longo deste período foram criando estratégias para saída da situação de violência, apresentando-se como forma de resistência e luta em busca de uma vida com dignidade, respeito e autonomia.

Foucault afirma que as resistências inscrevem-se nas relações como interlocutores irredutíveis, ou seja:

... são distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, as vezes provocando o levante de grupos indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e suas almas, regiões irredutíveis. (FOUCAULT, 2011, p.106).

Portanto, considerando esses elementos o que essas histórias representam? Em uma tentativa permeada por diferentes afetos, ousou sugerir que elas representam um movimento que chega ao serviço de saúde cheio de vida, sentimento, intensidades. Marcam um encontro repleto de oportunidades de aprendizagem, escuta, cuidado. Marcam a possibilidade do devir, de resistir, de cuidar de si, de aprender e ensinar.

E o que pode o serviço de saúde neste sentido? Acolher e reconhecer a história de luta dessas mulheres como ferramenta de cuidado.

É no acolhimento e no encontro com o outro que a narrativa pode transformar-se em cuidado e a composição deste se construirá a partir das dobras produzidas em nós. O serviço pode e deve ser um espaço onde feminino possa ser problematizado e torne-se um portal aberto para a diversidade e a construção de novos mundos.

2.3.4.2 Feminismo em Ato

Rolnik (2013) fala sobre as experiências de formação e pontua que o mergulho na experiência neste campo é uma maneira ousada e pouco trivial para compor o aprendizado nas formações em saúde. O mergulho na experiência, segundo a autora, é possibilitado pelos encontros com os pacientes no contexto social e econômico em que vivem, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, conexões afetivas, seus modos de existência. E foi neste mergulho que fui dando sentido a muitos elementos que considerava importantes para minha formação, bem como, para meu posicionamento ético e político como mulher no mundo, apostando sempre no encontro como possibilidade de aprendizagem.

Seguindo esta travessia, fui (des)construindo pontes, firmando laços, significando expressões, sentimentos, conceitos. Juntas fomos pouco a pouco desvelando nossas histórias, produzindo estranhamentos sobre nós mesmas e sobre o mundo e, com isso, descobrindo e reafirmando nossa capacidade de resistir a tudo aquilo que nos oprimiu/oprime e nos distancia de nossos territórios existenciais. Tais movimentos contribuíram muito para que reconhecesse aquelas histórias dentro de um contexto que antes não fazia sentido - talvez pela ausência da experiência - como o movimento de luta por direitos das mulheres e o feminismo³.

3 Existem diversas correntes teórico-conceituais sobre o Feminismo. Assim, o Feminismo nessa análise é entendido enquanto movimento de luta e resistência das mulheres por direitos, reconhecimento e construção de sua autonomia e protagonismo; assim como, produção sociológica de saberes de libertação e político de afirmação do poder das

O que me inquietou neste processo, foi o fato de me dar conta de que tudo o que eu havia lido ou que havia conhecido sobre esses movimento diziam respeito muito mais a estratégias coletivas de enfrentamento as desigualdades do que movimentos a nível micropolítico. Mas como não evidenciar essas histórias? Como não considerá-las estratégias potentes, criativas, afetivas para o rompimento do ciclo de violência? Será que os serviços da rede, não podem fazer uso dessas histórias como ferramenta de cuidado e apoio para estimular movimentos de luta e resistência? Considerando o feminismo como uma filosofia universal, um movimento político que questiona as relações de poder e considera a existência de opressão a todas as mulheres, as histórias narradas que passaram pelo serviço de saúde fazem parte deste intenso e mobilizador movimento que se expressa das mais variadas formas no cotidiano e na vida que acontece em ato.

O que se pode evidenciar neste sentido, é que no encontro com o serviço de saúde, houve a possibilidade de reconhecimento de um novo movimento dentro deste já enraizado, reconhecido e marcado pelos movimentos coletivos de mulheres que reivindicam direitos e melhores condições de vida. Constitui-se como uma nova categoria, que reafirma o reconhecimento de si e da sua potência a partir da própria narrativa, advindo de movimentos micropolíticos e que produzem/produziram transformações das paisagens já existentes: inaugura-se portanto, o feminismo em ato.

Feuerwerker apud Merhy (2009) pontua que a produção de cuidado e de saúde só acontece no encontro, em ato, mesmo havendo disputas de poder e projetos. O que se pontua nesta produção é que há o envolvimento das pessoas em relação, considerando as circunstâncias específicas de cada encontro e o saber que cada um leva para esse caminhar. Portanto, o feminismo em ato revela a fusão de um serviço de saúde com a porta aberta para a

mulheres e da necessidade de construção de relações humanas e sociais de poder compartilhado e não de dominação de um sobre o outro. Feminismo em Ato traz a dimensão do aqui e agora enquanto possibilidade real de construção desse protagonismo das mulheres para a busca de caminhos de resistência, luta, libertação e superação de todas as formas de opressão, exploração, dominação, discriminação e violência que são faces de um mesmo padrão patriarcal, racista, misógeno e mercantil que predomina nas relações humanas, sociais de gênero, raça e classe, e se estende na relação de destruição da natureza.

produção de cuidado através do acolhimento, escuta e da invenção de novos modos de vida e dos movimentos de resistência que nós mulheres vamos constituindo para o enfrentamento das desigualdades e opressões que sofremos ao longo da vida.

Ao trazer estas questões, apresento aqui algumas histórias de vidas que através de diferentes formas de expressão, apontaram estratégias extremamente sutis e singulares de resistir e de marcar um movimento- político sim!- de enfrentar e resistir as mais variadas formas de opressão vivida quando fala-se de desigualdade de gênero.

<i>O machista</i>	<i>A Rose Louca</i>	<i>Marli</i>	<i>A trabalhadora</i>
<p><i>“Para cada mulher que está cansada de atuar de maneira tímida, mesmo sabendo de sua força, Existe um homem que está cansado de parecer forte, quando se sente vulnerável. Para cada mulher, que está cansada De atuar como se fosse ignorante, há um homem deprimido pela exigência constante de saber tudo.”</i></p> <p><i>(Para cada mulher- Mabel Burim)</i></p>	<p><i>Eu grito, eu brigo, eu vivo</i></p> <p><i>Bipolar ou não</i></p> <p><i>Vivo a intensidade da vida como ela merece</i></p> <p><i>Quero prazer, quero dor, quero alegria</i></p> <p><i>Me nego a negar meu prazer</i></p> <p><i>Se buscar a felicidade é loucura</i></p> <p><i>Desejo a loucura de ser mulher</i></p>	<p><i>E um homem não me define</i></p> <p><i>Minha casa não me define</i></p> <p><i>Minha carne não me define</i></p> <p><i>Eu sou meu próprio lar</i></p> <p><i>(Triste, louca ou má- Francisco, el hombre)</i></p>	<p><i>Aonde eu me perdi?</i></p> <p><i>No trabalho talvez</i></p> <p><i>Eu preciso encaixar minhas peças</i></p> <p><i>Me encontrar nesse mundo</i></p> <p><i>Mas que encaixe é esse que me fez desligar meus afetos?</i></p> <p><i>Eu reconheço em mim a necessidade de mudança</i></p> <p><i>Aos poucos vou descobrindo como cuidar de mim, Com a ajuda do outro e o poder que existe dentro de mim</i></p>

Considerando que a opressão se refere a todas as formas de controle que impedem o completo avanço e preenchimento das metas de um indivíduo e que estas variam conforme o lugar social onde os sujeitos estão inseridos, fui percebendo que cada história expressava as opressões de um determinado lugar, ou seja, dentro das diversas estruturas de poder . (GROSSI; ANGUINSKY, 2012).

Podemos começar por aquela que ao longo da história criou mecanismos perversos e desumanos de dominar os modos de vida: a psiquiatria, que medicalizou a vida de “Rose a Louca”, marcada por vários tipos de violência, e, em consequência disso, fez com que ela deixasse de sentir prazer com o atual companheiro.

Também temos nessas narrativas, o mundo do trabalho, especificamente dos frigoríficos, que exigia da “ A Trabalhadora” disponibilidade e produtividade de segunda a segunda, fazendo-a acreditar que esse era o sentido da vida. A figura do “macho que pode tudo”, que adentrou a vida de Marli sem pedir licença, invadindo sua casa, seu trabalho e seu coração, afetando sua auto estima e fazendo-a desacreditar de uma relação com amor. As exigências da sociedade sobre o homem, que também o colocam frente ao “mito do macho”, sendo instituídos como falsos depositários do supremo poder, força e inteligência. (TELES, 1993).

Toda essa carga produziu inquietações não só em mim, mas naqueles que ao ter a possibilidade de falar sobre o que sentiam quando acolhidos no serviço, puderam ressignificar aquilo que de certa forma trazia dor e sofrimento. Esse produto, dizia respeito e reafirmou talvez, o que já havia sendo construído de movimento de resistência ao longo da trajetória de vida de cada um. Como a caixa de ferramentas, evidenciada por Merhy (2013) na produção do cuidado, cada mulher e homem envolvido ali, abasteceu a sua como diferentes elementos..

Marli por exemplo, utilizou-se do café, do cigarro, da leitura, do novo corte de cabelo e do novo trabalho para a superação da separação e das invasões do companheiro em sua vida. “O homem que se descobriu machista”, que através da mensagem sobre machismo disposta no mural da ESF, identificou-se e humildemente agendou um acolhimento com a psicologia para entender melhor suas questões. “ Rose a louca”, que resolveu parar com as medicações para voltar a sentir prazer e seguir a vida com mais alegria. Assim como “ trabalhadora”, que

encontrou nas visitas da agente de saúde, na filha e mais tarde nos encontros coletivos da ESF, uma estratégia para seguir em frente e superar os abusos, a perda da filha e as humilhações sofridas ao longo da vida.

Mesmo após esta breve análise da potencialidade dos encontros vivenciados e de propor a nomeação de um novo movimento de resistência produzido em ato, no cuidado em saúde, muitas inquietações ainda permanecem pairando sobre o meu corpo. Entretanto, o que fica inscrito em mim, e talvez em nós todos que experimentamos essa troca, seja realmente a noção de que podemos nos tornar diferentes de nós mesmos a todo tempo. Isso implica, portanto, em acreditarmos no devir. Deixarmo-nos visitar e ser visitados por intensidades, que produzem muitas vezes apenas zonas de passagens, possíveis e abertas a criação de nós mesmos e de novos acontecimentos.(FUGANTI, 2012).

2.3.4.3 Cuidado em Saúde: um encontro desterritorializante

Ao longo desses dois anos como residente, fui compondo uma caixa de ferramentas, que é aqui entendida como um conjunto de saberes que se dispõe para ação de produção de atos em saúde, bastante intensa e carregada. (MERHY, 2013)

Foram muitos textos, muitos vídeos, seminários, núcleos, atendimentos, conversas, congressos em torno da temática do cuidado em saúde. E cada vez que lia, ouvia, sentia e me aprofundava a temática, percebia o quanto aquela forma burocratizante, marcada por um fazer que exercitava conhecimentos técnicos e que nos colocava sempre como alguém que deveria possuir certas capacidades para entender o problema de saúde do outro, me inquietava, me fazia sentir desconfortável e insegura. Meu desejo a partir daí, foi aproveitar a intensidade e a articulação entre teoria e prática proposta pela residência, para compreender como o outro estava me afetando e o que eu fazia com aquilo tudo, além de descortinar quais exercícios sobre o outro e com o outro eu estava realizando, bem como, de que modo eu estava permitindo o outro falar comigo.

Neste contexto, muitas histórias que chegaram até o serviço de saúde foram apontando necessidades diferentes, exigindo de nós movimentos desterritorializantes. Essa exigência demandava portanto, uma certa reorganização de nossos modos de agir em saúde. Nesse processo, evidenciou-se a necessidade de abrir a caixa de ferramentas e começar a produzir com as mulheres novos agires, contrapondo modelos já instituídos de cuidado que ao longo da história reduziram a vida das pessoas a protocolos e prontuários, transformaram sujeitos em pacientes, eliminaram afetos e sentimentos e nos colocaram em um lugar de detentores do saber.

Mas o que estas histórias de vida demandavam? Quais necessidades apresentavam? Por que exigiram tantos movimentos da equipe de saúde? Que modos de agir em saúde estavam sendo executados para acolher essas mulheres?

Minha primeira tentativa de responder a essas inquietações passa pela perspectiva já abordada anteriormente que envolve a questão complexa e multifatorial que é a violência de gênero e que se entrelaça com raça, classe e orientação sexual. As histórias que chegaram até o serviço advinham de diferentes contextos, continham diferentes registros e marcas de violência, demandavam necessidades diferentes e contavam com uma rede de apoio variada. Esse cenário, portanto, exige um agir flexível, dinâmico, acolhedor para que evite contradições, atitudes culpabilizadoras, estereótipos sobre a violência de gênero. (SCHERAIBER; D´OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, para dar conta dessas habilidades e sensibilidades no desenvolvimento de um acolhimento adequado, é necessário conectarmo-nos com alguns modos de agir em saúde que dizem sobre nós mesmos, como aponta Merhy (2013), ao problematizar nosso agir - usuário e nosso agir- trabalhador. Nosso agir usuário auxilia no processo de nos colocarmos em conexão com uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar, considerando sempre os saberes que cada sujeito tem sobre si e sobre o mundo.

Essa diversidade que nos é apresentada nos encontros do serviço de saúde, especialmente nos casos de violência, reitera a necessidade caminharmos junto da potencialidade que há também no nosso agir - trabalhador, que diferentemente do que

historicamente se evidencia sobre esse lugar (que possui certas capacidades para entender os problemas dos outros) pode e deve abrir espaço para se produzir um encontro entre trabalhador e usuário permeado pela afetação, ou seja, não é meramente um encontro sobre quem sabe mais, mas o que e como o outro me afeta.

As histórias abaixo dizem muito sobre isso, pois apresentaram-se através diferentes formas. Por meio de um determinado momento do sistema circular da violência, através de rostos, idades, sentimentos e ideias variados, com necessidades e particularidades plurais. Portanto, exigiram por onde passaram, idas e vindas sobre esses agires, reafirmando a importância de que suas histórias de vida e de suas formas de compor processos de cuidado, sejam elementos fundamentais para essa relação com o serviço de saúde seja efetiva. (MERHY, 2013)

Ruth	Rô	Maria	Julia
<p><i>Sou Fera, sou bicho</i></p> <p><i>Sou anjo e sou mulher</i></p> <p><i>Sou minha mãe, minha filha</i></p> <p><i>Minha irmã, minha menina</i></p> <p><i>Mas sou minha, só minha</i></p> <p><i>E não de quem quiser</i></p> <p><i>Sou Deus, tua deusa, meu amor!</i></p> <p><i>1 de julho- Cassia</i></p>	<p><i>Escuta, escuta o outro a outra já vem! Escuta, acolhe, cuidar do outro faz bem!</i></p> <p><i>Eu busquei ajuda, mas preciso da rede cuidando de mim</i></p>	<p><i>Ele me fez muito feliz</i></p> <p><i>Era uma companhia que me fazia sentir jovem</i></p> <p><i>Foi aos poucos levando muitas coisas de mim</i></p> <p><i>Um pedaço de carne um dia, a colcha que eu mais amava</i></p> <p><i>Agrediu a mim e a minha família</i></p> <p><i>Despedaçou tudo aquilo que eu vinha construindo</i></p>	<p><i>Eu dona de mim,</i></p> <p><i>Se eu fiz é porque estava afim!</i></p>

<i>Eller</i>		<i>E por fim levou todo o amor que eu tinha em meu coração</i>	
--------------	--	--	--

Observando essa pluralidade, a intervenção proposta a partir da narrativa como forma de cuidado foi ganhando forma com intenção de coletivizar e produzir encontros potentes tanto para as mulheres, como para a equipe de saúde, no sentido de compreender melhor os desdobramentos dessa experiência marcada pela violência. O coletivo, tornou-se estratégia para o cuidado pelo fato de ser compreendido a partir de relações estabelecidas entre dois planos que produzem a realidade não em oposição, mas que constroem relações entre si de reciprocidades, criando e administrando múltiplos cruzamentos. Esse movimento de coletivizar propõe deslocamentos dos olhares para construção de planos moventes e instituintes (ESCÓSSIA, 2012)

Realizamos 03 encontros marcados por uma cumplicidade e desejo de estar ali. Cuidamos umas das outras. Produzimos acolhimento como nunca havia visto no cotidiano. Fomos responsáveis e cuidadosas com cada história narrada naquele espaço. E, para isso, a utilização de práticas de cuidado a partir da educação popular, foi crucial para o desenho de um caminho político-pedagógico que garantisse o envolvimento e a co-responsabilização de todos participantes, na construção, apropriação e multiplicação dos conhecidos trocados naquele espaço. (BRASIL, 2014)

No primeiro encontro, uma massagem relaxante e um escalda pés para aliviar as tensões e criar um ambiente leve. Logo que iniciamos a atividade, uma das mulheres fez o seguinte comentário: “Olha como eu sou chique, nunca imaginei minha psicóloga fazendo massagem em mim”. O que esse comentário demarca? O que isso significou para ela? E para mim? O que isso diz sobre os processos de cuidado que vamos produzindo com os usuários?

Merhy (2013), nos ajuda a pensar sobre isso quando aponta que os trabalhadores em saúde tem a possibilidade de utilizar três agires tecnológicos que fazem parte de toda a ação

em saúde: os agires que dizem respeito a utilização de tecnologias duras, das máquinas e aparelhos, os que envolvem as tecnologias leve-duras representadas pelos saberes estruturados, a clínica e a epidemiologia bem como os agires que envolvem as tecnologias leves que são produzidas no encontro com o outro, em ato.

Claramente, fizemos uma escolha ética e política quando utilizamo-nos de encontros coletivos, que usaram a narrativa e as práticas populares de cuidado, pois o uso de tecnologias leves no cuidado em saúde reafirmam a defesa da vida, a implicação com o outro e sua história, bem como, potencializam a autonomia e o devir. Com os encontros, pude exercitar um papel reconhecidamente necessário e urgente no campo da saúde, que tira do protagonismo a centralidade do saber sobre o profissional de saúde e nos coloca à disposição, assumindo um compromisso de apoiar os sujeitos que chegam até o serviço de saúde, propiciando alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida.” (GOMES, 2015)

Para a equipe de saúde, experimentar um momento igualmente vivenciado pelas mulheres, através da técnica da “Carta de Superação” também mostrou-se desafiador. No momento da intervenção, outras questões pairavam sobre aquele grupo que diziam respeito ao seu processo de trabalho, visões de mundo e relacionamento. Para tanto, a intervenção serviu como uma oportunidade para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde de cada um. Pois esse movimento de pensar sobre si e sobre seu processo de trabalho só acontece quando:

“...se propicia a constituição de espaços coletivos para reflexão, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e estabelecer um acordo acerca do para quê serve o trabalho desse coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional.”(MERHY; FEUERWERKER; 2009, p.12)

Em meio a essas experimentações, possibilidades de diálogo e debate entre os diferentes atores que compõe o processo de cuidado em saúde, mais uma vez pudemos movimentar as paisagens, olhar no olho uma da outra, exercitar o acolhimento, promover

saúde, desaprender, abrir-se para outros núcleos, colher e acolher a experiência que vinha de nós mesmos e do outro.

Mas há nesse contexto um elemento central e que nos deu subsídios para de fato mergulhar nessa experiência: a escuta. A atenção Básica hoje tem um dever e um compromisso que foi se fortalecendo a cada ano desde sua construção, prevendo o desenvolvimento de práticas de cuidado que sejam voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação priorizando os territórios, o vínculo e a integralidade do cuidado das pessoas.

Portanto, toda experiência de cuidado que vivenciamos nos mostrou que vínculo se constrói à medida que vamos nos colocando à disposição do outro, é deixarmos-nos afetar pelos ruídos e barulhos do mundo, é estar atento as diferentes expressões que o outro nos transmite suas perspectivas e realidades. (ARANTES, 2012)

No caso do cuidado de mulheres em situação de violência esse exercício demanda muito mais tempo e articulação em rede. Necessita produzir mais do que práticas de cuidado a respeito de suas dores físicas e encaminhamentos aos serviços de apoio. Esse tipo de cuidado na clínica necessita produzir aberturas para a problematização da cultura machista e patriarcal que enfrentamos cotidianamente, apresentando-se como um saber - fazer disposto ao encontro, a construção conjunta de redes de conexões existenciais e ao aprendizado.

Isso diz respeito ao exercício de uma clínica ampliada, onde se deve escutar e analisar cada demanda de forma singular e, a partir delas, captar novas formas de expressão. Nosso papel como clínico seria o de acompanhante na tarefa inventiva de novos fazeres existenciais. Portanto, fazer esta clínica ampliada implica em remexer novas formas de estar no mundo, onde estas sejam potencializadoras de vida e produtoras de saúde e não formas que impossibilitem, que amarrem, que “podem” o sujeito. (PAULON apud MACHADO (2008).

Assim, seremos capazes da produção do comum nesse encontro. E o que isso quer dizer? Experimentar o trabalho, a vida cotidiana como sendo um lugar de qualquer um, um lugar em que habitam multidões. Isso não quer dizer que os conhecimentos adquiridos em cada núcleo profissional nos processos de formação de trabalhadores (as) da saúde, ou pelas experiências de cada um sejam rechaçados. Muito pelo contrário. A produção do comum

promove o desafio de enfrentamento a uma visão ideologizada e corporativa das profissões e coloca a diferença que hoje é vista como o seu valor, em algo que auxilia no processo de criar e intervir por todos os atores que compõe esse encontro.

Além disso, a necessidade de construir processos de interação multiprofissional tanto na formação dos profissionais nos cursos técnicos, de graduação e de pós graduação na área da saúde, mas também no cotidiano dos serviços ativando processos de educação permanente e popular em saúde a fim de construir equipes e pessoas comprometidas com o SUS, com a defesa da vida, da democracia e sejam protagonistas de novos processos de cuidado, de trabalho e de relações humanas permeadas pela amorosidade, vínculo, respeito e numa cultura de paz.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fiz de mim uma experimentação.

Descobri que habita em nós uma multidão.

Transbordamos afetos e desejos.

Fizemos do encontro nosso mundo.

Criamos estratégias de cuidado e de acolhimento

Gritamos para mundo nossas dores e as alegrias!

Fomos/somos protagonistas!

Somos mulheres, mulheres de luta!

(LAZARETTO, 2018)

Esse é o momento fim do trabalho? Não para quem descobriu que a vida não cabe nos protocolos dos serviços e muito menos nas artimanhas da academia, que insistem em cessar a vida ao final dos artigos. Esse é apenas um fragmento e uma tentativa de expressar através da escrita a potencialidade dos encontros que podem acontecer na Atenção Básica. Eles só ganham espaço à medida que nos colocamos a disposição para um processo de aprendizagem inventivo, desconhecido, cheio de sentimentos confusos e embaralhados. O processo de cuidado em saúde tem alma. Tem afetos e realidades distintas. É preciso ver a si nesse neste percurso do cuidar, para não eliminar deste a potencialidade de trabalhar com, construir com.

A nós mulheres, digo que é preciso resistir! Juntas podemos romper barreiras, encontrar novos caminhos, (re)existir, sentir novamente e principalmente acreditar em novos mundos! Nossa narrativa e nossa história é nossa arma para a produção de cuidado sobre nós mesmas e pode ser inspiração para novas formas de existir.

O cuidado é tudo isso e mais um pouco. É compor novos arranjos, daqueles cheios de força, que provocam e inquietam e fazem de nós seres humanos dispostos ao encontro em sua totalidade.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

PARTE I- INTRODUÇÃO, DESENVOLVIMENTO E DIAGNÓSTICO

BRASIL. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União, 1990b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8142_281290.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial, 2011a. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 08 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União, 2011b. Disponível em: <Portaria GM nº. 2488, de 21 de outubro de 2011>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015. Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Diário Oficial da União, 2015. Disponível em: <>. Acesso em 16 de agosto de 2016.

BRASIL Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde

(PACS). Brasília: Diário Oficial da União, 2006. Disponível em: <>. Acesso em: 16 de agosto de 2016.

BRASIL. Resolução nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Regulamento Técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2002. Disponível em: < http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, Série B. Textos Básicos de Saúde. Série Pactos pela Saúde, 2009.

DA SILVA, Q. T. A.; CABALLERO, R. M. da S. A Micropolítica da formação profissional na produção do cuidado: Devir-residência. p. 61 a 74. In: FAJARDO, A. P.; ROCHA, C. M. F.; PASINI, V. L. Residências em saúde: fazeres & saberes na formação em saúde. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre, 2010.

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**, Série Saúde no Brasil (1), maio de 2011, 11-31.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE. Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2014. Acesso em: 08 de Agosto de 2016.

RAMOS, A. de S.; BÚRIGO, A. C.; CARNEIRO, C.; DUARTE, C. C.; KREUTZ, J. A.; RUELA, H. C. G. Residências em Saúde: encontros multiprofissionais, sentidos multidimensionais. p. 375-390. In: HADDAD, A. E.; FERREIRA, A. S. de F.; Santos. A. A.; Et al. (Org.). Residência Multiprofissional em Saúde: experiências, avanços e desafios. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília. 2006.

SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. Saúde da Família nos Municípios Brasileiros: Os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro. Campinas: Editora Saberes, 2014.

SOUZA, R.R.; O Sistema Político de Saúde Brasileiro. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília: Editora MS, 2002.

_____. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica, Série E. Legislação em Saúde, 2012.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. **Revista Tempus** : Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n.2, p.151-163, mar./abr.2012. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

PARTE II- ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

BORSOI, T. S.; BRANDÃO, E. R.; CAVALCANTI, M. L. T. Ações para enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro. *Interfaces – Comunicação, Saúde e Educação*, v. 3, n. 28, p. 165-174. 2009.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento a violência contra a mulher. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Secretariade Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011.19

COSTA, L. A.; ANGELI, A. A. C. A.; FONSECA, T. M. G. CARTOGRAFAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FELIPE, D.; LYRA, J.; MEDRADO, B.; OLIVEIRA, S. Compreensão do acolhimento à violência contra a mulher em serviços de atenção básica a partir da observação do cotidiano. In: 18º Encontro da Rede Feminista Norte e Nordeste de Estudos e Pesquisa sobre a Mulher e Relações de Gênero. Pernambuco, 2014. Anais. Universidade Federal Rural de Pernambuco. s. d., p. 724-737.

GOMES, L. B. (Org.) *O Cuidado e a Educação Popular em Saúde*. Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. Porto Alegre: Rede Unida, 2015.

IPG. INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Dossiê violência contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/>. Acesso em 10 abril 2017.

JOSSO, M. C. A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. *Revista PUC/RS*. Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 413-438, set/dez. 2007.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 25 –n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.

KIND, L.; ORSINI, M. L. P. O.; NEPOMUCENO, V.; GONÇALVES, L.; SOUZA, G. A.; FERREIRA, M. F. F. Subnotificação e (in)visibilidade da violência contra as mulheres na atenção primária à saúde. *Cad. Saúde Pública*[online]. 2013, vol.29, n.9, pp.1805-1815.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. *A Clínica Comum: Itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora. 2013

PASSOS, E.; BARROS, R. B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina. 2009.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. –Brasília : Ministério da Saúde, 2014.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência Contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, vol. 36, n. 4. São Paulo, p.470-477, Ago. 2002.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? *Revista USP*. São Paulo, set/nov 2001. n. 51, p. 104-113.20

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, 2015.

PARTE III- EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS À LUZ DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDO

ARANTES, E.M.M. ESCUTAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*; Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*; Brasília, 2014.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento a violência contra a mulher. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011.

CARMO, P.C.S.C; MOURA, F.G.A; *Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo*. In: *Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 2010

COSTA, L. A.; ANGELI, A. A. C. A.; FONSECA, T. M. G. CARTOGRAFAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

D´OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L. B. *Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção*. *Revista Med. São Paulo* abr/jun, 2013.

ESCÓSSIA, L. COLETIVIZAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FOUCAULT, M. *A história da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal LTDA, 2011.

FUGANTI, L. DEVIR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GOMES, L.B. *O Cuidado e a Educação Popular em Saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

GROSSI, P.K; ANGUINSKY, B.G; *Por uma nova ótica e uma ética na abordagem da violência contra as mulheres nas relações conjugais*. In: GROSSI, P.K; (org.) *Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

Ip.. INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. *Dossiê violência contra as Mulheres*. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/>. Acesso em 10 abril 2017.

JOSSO, M. C. *A transformação de si a partir da narração de histórias de vida*. Revista PUC/RS. Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 413-438, set/dez. 2007.

KASTRUP, V. *Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde*. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. *A Clínica Comum: Itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora. 2013

KASTRUP, V.; PASSOS, E. *Cartografar é traçar um plano comum*. *Fractal, Revista de Psicologia*, v. 25 – n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.

LOPES, G.P; DIEHL, R. INTERVIR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MACHADO, P.X. *Encontros: Algumas Problematizações*. In: ZIEGELMANN, L. ROCH, C.F. *CORPOVIDA: tecendo uma clínica contemporânea*. Porto Alegre: Editora Nossa Senhora da Conceição S.A., 2008.

MERHY, E. E. *Ver a si no ato de cuidar*. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.;

HENZ, A. O. *A Clínica Comum: Itinerários de uma formação em saúde*. São Paulo: Hucitec Editora. 2013

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

PULGA, V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP. São Paulo, set/nov 2001. n. 51, p. 104-113.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência Contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Revista de Saúde Pública, vol. 36, n. 4. São Paulo, p. 470-477, Ago. 2002.

TELES, M.A.A. Uma breve história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

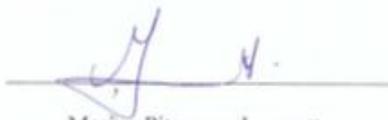
VINCENSI, J.G; GROSSI, P.K; Rompendo o silêncio: estratégias para enfrentamento das mulheres frente a violência intrafamiliar. In: GROSSI, P.K; (org.) Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

WAISELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, 2015.

APÊNDICE I - DOCUMENTOS DO PROJETO

APÊNDICE B - DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA DAS INSTITUIÇÕES ENVOLVIDAS

Com o objetivo de atender às exigências para obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, Douglas Kurtz, representante legal da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Marau/Rio Grande do Sul, envolvida no projeto de pesquisa intitulado "CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE" declara estar ciente e de acordo com seu desenvolvimento nos termos propostos, salientando que os pesquisadores deverão cumprir os termos da resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e as demais legislações vigentes.



Marina Pitagoras Lazaretto

Pesquisadora Responsável



Douglas Kurtz

Responsável da Instituição

Douglas Kurtz
Secretário Municipal de Saúde
PM Marau-RS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

APÊNDICE A - TCLE PARA PARTICIPANTES DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA E
COMUNIDADE- *Campus Passo Fundo* – RS
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFFS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa, **CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE** desenvolvida por estudante do programa de residência multiprofissional sob orientação da professora Vanderléia Laodete Pulga Daron. Tem como objetivo analisar a produção de narrativas de histórias de vida de mulheres que sofreram violência como estratégia de cuidado na Atenção Básica.

Sua participação não é obrigatória e você tem autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e não sofrerá penalização. Será mantida a CONFIDENCIALIDADE das informações e o ANONIMATO, através do nome fictício dado aos participantes.

O RISCO que a pesquisa oferece diz respeito ao desconforto que você como participante, poderá sentir ao resgatar memórias e sentimentos a partir de experiências pessoais de sofrimento, portanto, a partir disso ofereceremos a possibilidade de atendimento psicológico individual na própria ESF, com as demais psicólogas da equipe em caso de necessidade.

O BENEFÍCIO diz respeito a oportunidade de nos encontrar, poder ressignificar suas memórias de sofrimento e contribuir para produção de novas estratégias de cuidado na Atenção Básica.

Os encontros serão gravados através de filmagem, com objetivo de garantir que as narrativas produzidas sejam analisadas na íntegra. Após o uso destas para análise, as gravações serão destruídas.

Os dados obtidos na pesquisa serão analisados e os resultados serão trazidos através de um encontro que será agendado com os participantes considerando a disponibilidade dos grupos com relação a horário e dia. Com a equipe, será combinado um momento na reunião para compartilhamento e debate dos resultados. Além disso, os dados obtidos através da pesquisa serão divulgados em eventos científicos, bem como, em espaços de debate sobre o tema organizados pela Secretaria Municipal de Marau.

Em caso de dúvida poderá entrar em contato com a residente Marina Pitagoras Lazaretto:
 Telefone: 54 9 99830720
 E-mail: marinalazaretto@hotmail.com;
 Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo. Rodovia RS 153 – Km 03, Seminário Nossa Senhora Aparecida, Bairro Jardim América. CEP 99034-600. Passo Fundo – Rio Grande do Sul - Brasil.

- Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:
 Endereço para correspondência: Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS - Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, Rua General Osório, 413D - CEP: 89802-210 - Caixa Postal 181 Centro - Chapecó - Santa Catarina – Brasil)
 Telefone/ Fax: (0XX) (49) 2049-3745 E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br

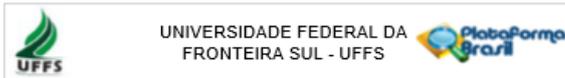
Assinatura do Pesquisador Responsável

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome completo do (a) participante:

Assinatura:

Declaro estar esclarecido (a) sobre os termos e ACEITAÇÃO por minha livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

Pesquisador: Marina Pitagoras Lazaretto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 68257317.6.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.123.759

Apresentação do Projeto:

Considerando que as pendências encaminhadas pelo CEP foram realizadas, o projeto de pesquisa está adequado para a realização.

Objetivo da Pesquisa:

Adequados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisadora realizou as adequações necessárias considerando a importância de manter a ética da pesquisa com seres humanos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está adequado para realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.802-205
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

Página 01 de 03



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.123.759

Folha de Rosto	folhaderosito.pdf	12/06/2017 14:21:29	Marina Pitagoras Lazaretto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoctr.pdf	11/06/2017 20:43:24	Marina Pitagoras Lazaretto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	11/06/2017 20:42:56	Marina Pitagoras Lazaretto	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracaoinstituicao.PDF	08/05/2017 18:57:14	Marina Pitagoras Lazaretto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 18 de Junho de 2017

Assinado por:
Ivana Loraine Lindemann
(Coordenador)

Endereço: Avenida General Osório, 413d - Ed. Mantelli da UFFS
Bairro: CENTRO **CEP:** 88.802-205
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

Página 03 de 03



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 2.123.759

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicação dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Bom trabalho!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_916042.pdf	12/05/2017 14:21:56		Acerto

Endereço: Avenida General Osório, 4133 - Ed. Marçal da UFFS
Município: CENTRO **CEP:** 89.092-205
UF: SC **Município:** CHAPECO
Telefone: (49)2049-3745 **E-mail:** cep.uffs@uffs.edu.br

APÊNDICE II- Artigo completo

CARTOGRAFANDO HISTÓRIAS DE VIDA: NARRATIVAS DE MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA COMO PRODUÇÃO DE CUIDADO EM SAÚDE

Marina Lazaretto⁴

Vanderléia Laodete Pulga⁵

Sandra Setti⁶

Robert Filipe dos Passos⁷

RESUMO:

A questão da violência de gênero tem aparecido sistematicamente nas agendas nacionais e internacionais de órgãos vinculados a área de saúde e políticas públicas, apontando que a violência contra as mulheres se tornou um problema de saúde pública significativamente expressivo. Considerada como produto das desigualdades de gênero, a violência contra mulher atinge de 20 a 50% as mulheres ao redor do mundo. Por ter em sua essência a perspectiva de cuidado em saúde que visa o acolhimento, acesso universal e integralidade, a Atenção Básica tem papel fundamental no enfrentamento deste complexo fenômeno. Trata-se de uma pesquisa cartográfica que teve como objetivo central analisar a produção de narrativas de histórias de vida de mulheres que sofreram violência como estratégia de cuidado na Atenção Básica, evidenciando as práticas populares e coletivas de saúde entre profissionais e mulheres usuárias de uma Estratégia de Saúde da Família como dispositivo potente para enfrentamento do problema no município de Marau, Rio Grande do Sul.

Palavras-Chave: Violência de gênero; Atenção Básica; Cuidado; Educação Popular

4 Psicóloga Residente

5 Docente e coordenadora da COREMU UFFS , orientadora.

6 Psicóloga preceptora e co-orientadora

7 Psicólogo e co-orientador

INTRODUÇÃO

Das necessidades do território ao desejo de cartografar: os encontros com as mulheres no serviço de saúde

Tudo era novo na condição de residente. Fui descobrindo meus lugares naquele território, quais papéis eram possíveis desempenhar e quais encontros poderiam ir acontecendo durante os dois anos que me propus iniciar uma formação para/com o SUS. Aos poucos fui sendo surpreendida com a pluralidade de encontros que acontecem na Atenção Básica. Encontros daqueles que se produzem através do acolhimento, da escuta, do procedimento, da conversa nos corredores e na cozinha, da convivência com a equipe, com a população do território, na secretaria de saúde, com as residentes e com os diversos atores sociais que interagem no Sistema Único de Saúde.

Dentre essas descobertas, fomos desafiadas a construir ao longo deste processo uma pesquisa intervenção que fosse capaz de dar conta de “responder” a uma demanda identificada no território em que estávamos atuando, provocando-nos a desprender um olhar atento e cuidadoso com as situações que circulavam por aquele espaço. E mais do que isso, que nos afetassem a tal ponto, que nos sentiríamos desejosos a produzir novos acontecimentos a partir deste reconhecimento. Lopes e Diehl (2012), apontam que intervir na pesquisa é construir um campo de tensão entre a problematização que produz posições de ordem subjetiva e a atualização que é a reformulação da experiência através da explicação. Tal reflexão, portanto, corroborou com minha ideia, enquanto pesquisadora, de que essa tarefa traria a possibilidade de articulação entre instituído e instituinte, abrindo caminhos para novas formas de existência a partir do coletivo.

Ao desenvolver as tarefas típicas de uma residente, como as atividades de acolhimento, vigilância, ambulatório e controle social, alguns encontros despertaram em mim inquietações que se conectaram como com minhas crenças, meus ideais e minhas identificações com algumas questões que diziam sobre minha condição de ser mulher, psicóloga, residente, defensora do SUS e do cuidado em liberdade. Tais encontros aconteceram com diferentes

mulheres que buscaram o serviço de saúde, especialmente o acolhimento psicológico, através de queixas variadas como ansiedade, depressão, ideação suicida, dores no corpo, dentre outras. Ao serem acolhidas, essas mulheres, a partir do vínculo que fomos construindo, relatavam histórias de vidas marcadas por diferentes tipos de violências, evidenciando a complexidade e a multifatorialidade deste fenômeno da vinculado ao gênero, colocando a equipe de saúde frente a um dos seus maiores desafios: o reconhecimento dessa situação como tema pertinente ao campo da saúde (SCHREIBER, D'OLIVEIRA, 2013).

Sendo assim, a tarefa de responder a uma demanda do território foi ganhando força, quando questões tomaram conta do cotidiano de trabalho: como qual o papel da Atenção Básica no enfrentamento da violência contra a mulher e quais estratégias contribuem para o acolhimento e o cuidado integral dessas mulheres? O que as histórias de vida das mulheres vítimas de violência que utilizam os serviços de saúde da Estratégia de Saúde da Família dizem sobre o processo de cuidado de si? O que se ensina e o que se aprende nesses encontros?

Neste sentido, atenta as narrativas trazidas nos atendimentos realizados, fui percebendo o quanto aquelas histórias carregavam consigo potência para produção de cuidado. A cada narrativa compartilhada, identificávamos através das mais variadas formas, movimentos de resistência frente às marcas de desigualdade de gênero e violência sofrida pelas mulheres. Portanto, a valorização das narrativas das histórias de vida de cada uma passou a ser o próprio dispositivo de cuidado que iríamos explorar nesse encontro.

Josso (2007), nos aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social, evidenciando e questionando heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência, enfim, permite que cada pessoa possa se ressignificar com base na consciência que constrói sobre sua própria trajetória de vida.

Considerando essas orientações para o cuidado a ser desenvolvido no SUS e os afetos mobilizados nesses encontros, o desejo de criar estratégias para enfrentamento desta questão do território se concretizou a partir de uma escolha metodológica que permitisse acompanhar processos e mundos, ao mesmo tempo em que coletivamente, pudéssemos desmanchá-los, criando a possibilidade de formar outros. (ROLNIK, 2011). A pesquisa, portanto, adentrou o cotidiano do serviço propondo uma ruptura ao paradigma de ciência que tem a tradição de

apenas positivar aquilo que pode ver e produziu algumas aberturas para novas composições e leituras do mundo.

Foi pesquisa-desejo, meu e das mulheres que encontrei nesse percurso. Desejo de produzir sentido, criar, fortalecer, empoderar, produzir novos devires do ser mulher. Quisemos, cada uma com seu modo de vida, produzir aberturas nas subjetivações já instituídas fazendo resistência frente a sociedade patriarcal, machista, misógena e sexista, que a todo momento nos coloca frente a novas formas de dominação e de esmagamento das nossas subjetivades, além de reafirmar que cuidado em saúde só acontece em ato.

Portando, este artigo apresentará, uma reflexão permeada por sensações, inquietações, afetações, análises e compreensões acerca do cuidado à mulheres vítimas de violência na Atenção Básica, através de diferentes histórias narradas por mim, pesquisadora atravessada pelas histórias dessas mulheres e também pelas narrativas produzidas nos encontros pelos atores que participaram da pesquisa, onde foram desafiados a exercer sua autonomia e construir coletivamente movimentos de ressignificação de suas histórias de vida.

METODOLOGIA

Educação Popular e Cartografia: experimentação de si, do outro e do mundo no processo de pesquisa-intervenção

As questões de pesquisa surgiram a partir das histórias de vida acolhidas nos atendimentos da ESF. Em cada encontro pude ir ressignificando o que é ser mulher e qual é o compromisso enquanto profissional de saúde e companheira de luta e resistência frente as situações de violência de gênero. Ao me desafiar em uma proposta de pesquisa-intervenção fui compondo uma caixa de ferramentas que me proporcionasse diferentes formas de expressar os sentimentos e percepções ao longo dessa trajetória.

Para a pesquisa intervenção, recorri a Eduardo Passos e Regina Benevides (2013), que evidenciam a importância da intervenção ser constituída através de um mergulho na experiência, que relaciona sujeito e objeto, teoria e prática em um mesmo plano de construção. O ponto de apoio será sempre a experiência entendida como um saber-fazer, ou seja, é um saber que vem, que emerge do fazer constituindo assim o caminho metodológico.

Valorizando a experiência como elemento central e o percurso fomos traçando com as mulheres, encontrei no método cartográfico uma estratégia para garantir a investigação da dimensão processual, já que muitos encontros já haviam acontecido entre nós e não poderiam ser deixados para trás, pois produziram reflexões, intensificaram afetos, transformaram paisagens, desmancharam mundos e produziram outros.

Considerando o ato de conhecer como possibilidade de criação da realidade, a cartografia permitiu estabelecermos um movimento que garantisse a participação dos envolvidos da pesquisa, fortalecendo a construção de um plano comum entre sujeito e objeto. (PASSOS; KASTRUP, 2013)

Aliada a essa perspectiva, a educação popular também tornou-se uma escolha ética para a realização da pesquisa. Em muitos momentos da formação, tivemos contato com experiências advindas deste campo (através de oficinas, cursos e leituras) e fomos desafiadas enquanto residentes a trazer para a nossa prática cotidiana elementos importantes desta área, que se aproximam muito do campo da saúde coletiva, como o dialogismo, o protagonismo dos sujeitos, afetividade, autonomia, valorização da cultura e a construção de reflexões críticas sobre a realidade. (PULGA-DARON, 2014).

A educação popular permeou a pesquisa à medida que adotou-se uma postura ética de compreender o mundo, onde busca-se através de uma práxis pedagógica a construção de senso crítico, de protagonismo e projetos de mundo em que a participação dos sujeitos se dê de forma democrática e ativa. (BRASIL, 2014).

Essa pesquisa buscou através de diferentes ferramentas metodológicas, construir coletivamente encontros inovadores e potentes entre profissionais de uma estratégia de Saúde da Família e mulheres usuárias do serviço de saúde no resgate de suas histórias de vida como ferramenta de cuidado.

Para tanto, Josso (2007) nos aponta que o trabalho de pesquisa a partir da narração das histórias permite estabelecer a medida das mutações sociais e culturais nas vidas singulares e relacioná-las com a evolução dos contextos de vida profissional e social, evidenciando e questionando heranças, a continuidade e a ruptura, os projetos de vida, os múltiplos recursos ligados às aquisições de experiência. Apontar questões comuns, preocupações e inquietações a partir da narrativa de cada sujeito auxiliam no processo de saída do isolamento e promove a possibilidade de reflexão a partir de novos recursos, estratégias e solidariedades que estão por ser descobertas.

A expressão da situação de violência vivenciada pelas mulheres se deu de diferentes

formas nestes dois anos que estive no serviço de saúde. Surgiram mulheres que usaram de violência para romper o tão famoso ciclo de violência. Outras que manifestaram o desejo intenso de mudança, reconheciam a violência que estavam sofrendo, mas ainda não haviam encontrado forças em sua rede de apoio para a saída daquela situação. E tantas outras chegaram até o serviço de saúde com as mais variadas queixas de ordem física e que tinham dificuldade de adentrar a realidade de sua dor.

Observando essa variação das experiências de situação de violência, e da dificuldade de adentrar a fundo nas marcas produzidas por essa situação, é que fomos compreendendo a importância de criarmos uma intervenção que circulasse entre uma escuta diferenciada e também desenvolvimento de práticas de cuidado que fugissem do protocolar, comumente encontrado nos serviços de saúde (seja pela falta de formação na área ou pela captura do processo de trabalho burocratizante). Com a necessidade sobre nossos olhos e afetos, construímos para além dos acolhimentos, uma intervenção coletiva de cuidado, com o objetivo de reunir as histórias de vida de cada uma.

Assim, a partir dessas ferramentas conceituais, o percurso metodológico que foi construído compreendeu 03 encontros com mulheres vinculadas aos territórios de abrangência da ESF São José Operário, que acessaram o serviço de saúde através do atendimento psicológico ou algum serviço vinculado à saúde da mulher de março de 2016 a março de 2017. O critério para a participação foi além da maioria em ambos os grupos e também o vínculo estabelecido com as mesmas nos atendimentos psicológicos ou vinculados à saúde da mulher.

Além deste movimento com o grupo, foi realizado um momento de cuidado coletivo com a equipe de saúde, com o objetivo de proporcionar a experimentação de uma das abordagens da educação popular que foi desenvolvida com as mulheres, para que tivéssemos a oportunidade de discutir a temática relacionando-a com as demandas do território e as estratégias de cuidado adotadas no processo de trabalho.

O caminho percorrido na pesquisa foi sendo construído coletivamente, entretanto, uma proposta foi estruturada para que os encontros coletivos acontecessem de forma articulada entre as mulheres.

No primeiro encontro, foram esclarecidos os objetivos da pesquisa e também foi realizada a prática do escalda pés, relaxamento e o “Corredor do cuidado”, que compreende uma técnica de cuidado popular coletivo onde os envolvidos experimentam trocas de afeto de diferentes modos, auxiliando as participantes a perceber a importância do carinho, da

amorosidade, do respeito com a outra pessoa que se encontra, permitindo, assim, que o grupo possa acolher as narrativas.

No segundo encontro desenvolveu-se a prática popular denominada “Carta de superação”, onde o grupo foi convidado a descrever, através de uma carta, uma experiência de superação a partir de suas histórias de vida, que posteriormente foram trocadas entre as participantes.

No terceiro encontro, foi proposta a atividade da “Tenda do Conto”, que é uma ferramenta tecnológica de cuidado em saúde que consiste em narrar as histórias de vida a partir de objetos que tenham significado para a vida dos participantes. É um espaço aberto de narração de histórias de vida, que promove o investimento na saída do isolamento apostando no protagonismo, na valorização da cultura popular, na influência da grupalidade sobre o indivíduo e na comunicação entre as singulares.

Com a equipe de saúde, reproduziu-se a atividade da “Carta de superação”, onde cada profissional trouxe para o grupo histórias de superação de sua vida pessoal, sendo articulada posteriormente a situações de violência a que as mulheres enfrentam cotidianamente..

Como ferramenta de registro e posterior análise das produções, foi utilizado diário de campo que serviu para registrar momentos significativos da intervenção, sentimentos e impressões, servindo como momento de análise do percurso que está sendo construído. Além disso, os encontros foram gravados, mediante autorização das participantes e após uso das mesmas para análise, foram destruídas.

As mulheres e a equipe de saúde foram se constituindo em participantes protagonistas interagindo e produzindo reflexões, questionamentos, novos conceitos, ressignificação de suas próprias vidas.

Bases conceituais sobre violência contra a mulher orientadoras do processo

Sabemos que a violência é compreendida como um fenômeno, devido a sua condição de complexidade e multifatorialidade. Grossi e Vincensi (2012) apontam que a questão de violência é uma manifestação da questão social, que possui raízes históricas e culturais, mediatizadas por relações de gênero, raça/etnia e classe social.

Quando fizemos um recorte para a questão de gênero, raça e classe a recorrência cotidiana da violência contra as mulheres apresenta-se como manifestações extremas das desigualdades que foram construídas historicamente no campo social, político, cultural e econômico da nossa sociedade. Mais recentemente, a partir da década de 1990, essa forma de

violência vem sendo concebida baseada nas relações de gênero e, também, como uma questão de saúde e de direitos humanos.

A Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra a Mulher (BRASIL, 2011), aponta a contribuição de Heleieth Saffioti, no que se refere a questão da violência de gênero, referindo que esta representa “tudo que tira os direitos humanos numa perspectiva de manutenção das desigualdades hierárquicas existentes para garantir obediência, subalternidade de um sexo a outro. Trata-se de forma de dominação permanente e que acontece em todas as classes sociais, raças e etnias”. Para a autora as questões de gênero tratam, não de diferenças, mas de desigualdades entre gêneros que reproduzem a todo tempo formas de dominação do corpo da mulher em meio a uma sociedade sexista e patriarcal.

A violência contra a mulher se expressa como uma violação dos direitos humanos, atingindo aspectos de sua vida como a saúde e a integridade física. Segundo a convenção de Belém do Pará de 1994, texto base para a construção da Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2011), a violência contra a mulher é considerada qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto no âmbito público como no privado, podendo se expressar de diferentes formas (doméstica, psicológica, física, moral, patrimonial, sexual, tráfico de mulheres, assédio sexual, etc.) atingindo diferentes classes sociais, idades, escolaridade, etc.

Algumas teorias feministas também contribuíram muito para a discussão no âmbito da violência contra a mulher. Fazendo uso das contribuições gerais destes movimentos ao longo da história, Grossi e Anguisky (2012) reafirmam a que a luta pela garantia de direitos, a compreensão das relações como relações de poder, bem como, a afirmação da importância do protagonismo e autonomia das mulheres em prol de sua libertação foram e ainda continuam sendo prerrogativas fundamentais para o enfrentamento deste fenômeno. Resistência e a opressão são para as autoras, elementos centrais a serem analisados quando parte-se do pressuposto que as violências que se vive enquanto mulher são sustentadas por uma organização patriarcal de cunho político.

Segundo dados resgatados dos casos denunciados nas delegacias do Brasil, os casos de violência apresentam um padrão voltado para a violência doméstica, sendo o parceiro ou ex-parceiro o agressor em aproximadamente 77,6% dos casos registrados. (SCHRAIBER et. al.,

2002). Neste sentido, no ano de 2006, a lei Maria da Penha⁸ se consolida, criando mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e passa a considerar as seguintes formas de expressão deste fenômeno: a) a violência física; b) A violência psicológica; c) A violência sexual; d) A violência patrimonial; e) A violência moral.

Neste âmbito, considerando que a relação de violência pelo gênero provoca extrema dependência e produz marcas que fortalecem a subordinação da mulher, alguns autores analisam esta relação a partir de um sistema circular, chamado ciclo de violência. Para Sousa apud Carmo e Moura (2010), o ciclo de violência está dividido em três etapas: a **tensão** apresenta-se através da violência psicológica, o desrespeito, intimidações, variando de casal para casal e criando o imaginário de que a situação irá ser revertida. Na segunda fase, a **explosão**, se manifesta através da violência física, onde as tentativas de criar o imaginário de que a situação irá mudar já não fazem parte das ações do agressor. É um estágio é mais curto e é marcado por episódios de violência física, sendo o momento do ápice da violência. Na terceira fase, a **reconciliação** volta-se à fase da lua de mel, apaga o que foi vivenciado e as promessas de mudança retornam ao discurso do agressor. Esses elementos são fundamentais para os profissionais de saúde desenvolverem habilidades, competências e sensibilidades para a identificação, produção de estranhamento e desnaturalização e cuidado integral à saúde das mulheres.

A mulher violentada e o encontro com o serviço de saúde

Os casos de violência contra a mulher manifestam-se de forma significativa nos serviços de saúde do país. Dados abordados pelo Mapa da Violência 2012: Homicídios de Mulheres no Brasil (WAISELFISZ,2012), demonstram que duas em cada três pessoas atendidas no SUS em razão de violência doméstica ou sexual são mulheres, apontando que em 51,6% dos atendimentos foi registrada reincidência no exercício da violência contra a mulher. No ano de 2011, o Sistema único de Saúde atendeu mais de 70 mil mulheres vítimas de violência, sendo que 71,8% dos casos ocorreram no ambiente doméstico.

8 A Lei Maria da Penha – Lei 11.340, de 07 de agosto de 2006, cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher, nos termos do § 8º o art. 226 da Constituição Federal, da Convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres e da Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher; dispõe sobre a criação dos Juizados de Violência Doméstica e Familiar contra a Mulher; altera o Código de Processo Penal, o Código Penal e a Lei de Execução Penal; e dá outras providências.

Mesmo com o alto índice de prevalência desta problemática, os serviços de saúde ainda não reconhecem a violência relacionada ao gênero como parte do seu processo de trabalho. Alguns estudos internacionais apontam que 21,4% de um quantitativo de 472 mulheres que acessam serviços de atenção primária relataram ter sofrido algum tipo de violência doméstica a partir dos 18 anos. Esta questão torna-se um desafio para a saúde de modo geral, pois os serviços básicos de saúde apresentam uma grande cobertura e contato com as mulheres nos seus territórios. (Ip.,2017).

O Mapa da Violência (WAISELFISZ,2015) aponta ainda, que os dados quantitativos registrados pelo Sistema de Informação de Agravos e Notificação representam só uma pequena porcentagem das violências cotidianas que as mulheres enfrentam e que, portanto, são somente as que conseguem procurar o Sistema Único de Saúde. Por trás dessa pequena quantidade, existem inúmeras histórias de vida que deixam de ser olhadas e cuidadas.

Segundo dados do sistema de estatísticas da OMS, o Brasil, apresenta uma taxa de 4,4 homicídios para cada 100 mil mulheres, ocupando a 7ª colocação, tornando-se um dos países com os mais altos índices de feminicídio. (WAISELFISZ,2015)

Ainda sobre a questão, dados do Banco Mundial (BM) e do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) apontam que um em cada 5 dias de falta ao trabalho no mundo é causado pela violência sofrida pelas mulheres dentro de suas casas. Este dado está interligado à constatação de que a cada 5 anos, a mulher perde 1 ano de vida saudável se ela sofre violência doméstica. Ainda, mulheres com idade entre 15 e 44 anos perdem mais anos de vida em função do estupro e da violência doméstica do que em razão de câncer de mama, câncer de colo de útero, problemas relacionados ao parto, doenças coronárias, aids, doenças respiratórias, acidentes de automóveis ou a guerra. (Ip.,2017)

A violência contra mulher apresenta-se como um grande desafio no que se refere as práticas cotidianas dos serviços em saúde. Por ser considerada uma questão social, a violência contra a mulher é atendida com dificuldades, já que a concepção biologicista, protocolar e culpabilizadora ainda está fortemente presente nas formações em saúde. A violência que marca a história de cada uma apresentava-se através de um conjunto amplo de problemas, cujas repercussões no campo da saúde são amplas e as possibilidades ou os limites de intervenção diferem diante de cada uma das mulheres que busca os serviços de saúde.

Os estudos sobre a temática apontam que as repercussões em relação a saúde de mulheres que sofrem algum tipo de violência são inúmeras, como os altos índices de suicídio, abuso de drogas e álcool, queixas vagas, cefaléia, distúrbios gastrointestinais e sofrimento

psíquico em geral. (SCHERAIBER, 2002).

DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Para iniciar uma tentativa de narrar e dar voz ao que foi vivido ao longo destes dois anos considerando as histórias de vida, os problemas enfrentados, os sentimentos descobertos e o trabalho desenvolvido, aponto um elemento central, que foi capaz de expandir a vida e trazer a tona o desejo desses encontros: o afeto. Recorro a Lazzarotto e Carvalho (2012), que lindamente apontam que no caminho da pesquisa, a experimentação do afeto:

“...sinaliza a enunciação de outras formas de agir a partir dos modos de expressão que vamos percorrendo. Quando afetados pelas audições e visões, gostos e cheiros, toques de vidas que nos forcem a pesquisar na historicidade de um tempo que acontece, percebemos que nossas questões são feitas de vidas. Assim exercitamos uma ética e expandimos nosso conhecer nas relações de uma vida de todos em nós, de uma vida de si em todos”. (LAZAROTTO; CARVALHO; 2012 p.. 27)

Portanto, segue as reflexões como uma tentativa de enunciar novas formas de ver/ser/estar/sentir o mundo, as relações, a violência e a produção do cuidado em saúde que se estruturam em três categorias de análise que apresentam o primeiro contato das mulheres com os serviços de saúde, uma análise dos movimentos de resistência e cuidado dessas mulheres a partir das histórias de vida e uma análise acerca das práticas de cuidado que acontecem nos serviços de saúde considerando suas potencialidades e limites. As histórias de vida que foram compartilhadas serão apresentadas através de músicas que faziam parte do meu cotidiano e poesias que foram criadas por mim. A escolha da dessa forma de apresentação se deu pelo fato de ter sido mobilizada afetivamente por essas mulheres e portanto, elas tornaram-se inspiração para criação de outras formas de expressão. Cada música e cada poema apresentam elementos fundamentais e importantes da história de vida de cada uma.

Mulheres de luta: a (re) existência no encontro com o serviço de saúde

“Qualquer encontro é encontro de uma multidão em produção. O encontro é sempre um lugar de porosidades, de fugas incontroláveis, e por isso de imprevisibilidade e incertezas.” (MERHY, 2013, p. 25)

Cabe destacar que muitas histórias que fizeram parte dos encontros que vivenciei nos dois anos como residente me vêm à cabeça, a ponto de fazer o corpo agitar. Mas, sem dúvida nenhuma, é a dela, a história daquela onde carinhosamente, em uma tentativa de expressar toda a intensidade de sua trajetória, faço menção ao álbum de Elza Soares a chamando de “A Mulher do fim do Mundo”. Uma história que invade o pensamento e a alma fazendo transbordar os mais variados afetos e desejos.

*“Sua latinidade inspira luta
A dor percorre o seu corpo
Assim como a delicadeza o seu sorriso
O tempo em sua vida, pediu passagem como um disparo veloz
Carregando consigo a infância e possibilidade de experimentar a vida com afeto*

*Ela é a junção de muitas experiências.
Sua história inaugura não só a casa de acolhimento às mulheres,
Mas o movimento de ser a mulher do fim do mundo.
É uma marca de luta, resistência e anseio.
É sujeito do mundo, é sujeito desejo.”*

Essa, assim como muitas outras histórias que tivemos aproximação no serviço de saúde carregam marcas e experiências oriundas de diferentes contextos sociais, culturais, econômicos demonstrando suas formas de ser/estar/agir no mundo.

Estas estão submetidas a diferentes expressões e valores patriarcais, aqui considerados principal fator da desigualdade de gênero e gatilho para os diferentes tipos de violência contra a mulher. A violência que marca a história de cada foi se apresentando através de um conjunto amplo de problemas. Suas repercussões no campo da saúde e as possibilidades ou os limites de intervenção também foram diferentes para cada uma dessas mulheres.

Cada mulher que encontrei no serviço, trouxe a sua narrativa de um jeito singular, que ao desenvolver uma análise com maior profundidade, representava talvez, a experiência de viver um dos momentos do ciclo de violência. As razões que as levaram buscar apoio no serviço, apresentaram-se de formas variadas, passando pelo diagnóstico de alguma doença como: dores no peito, ansiedade, dificuldades na relação conjugal, busca de ajuda para o filho, diagnóstico psiquiátrico, entre outras.

Tal cenário, corrobora com as reflexões apontadas por Scheraiber (2001), onde ela afirma que a violência vivida é única e singular de cada mulher, portanto, não aparece como

tal, nem mesmo se apresenta como fator causador dos sofrimentos. Encontra-se “invisível” como parte do diagnóstico das necessidades das mulheres nos serviços de saúde. Com isso, não se sabe qual sua real magnitude e seus efeitos na deterioração da qualidade de vida.

Os depoimentos que seguem traduzem um pouco dessa análise:

<i>Tetê</i>	<i>Margarida</i>	<i>Betânia</i>
<i>Tenho em mim, todos os sonhos do mundo!</i>	<i>Peguei ele pelo pescoço e disse: Eu não suporto mais, pra mim chega! Eu cuidarei de ti até a morte, mas nunca mais levantarás a mão pra mim! Casei sem amor por ti, entretanto, ao longo dessa jornada descobri um amor imenso por mim! Serei livre, hoje sou!</i>	<i>Não mexe comigo! Talvez eu não esteja pronta, mas eu não quero andar só!</i>

Cada uma dessas histórias, apresentavam em sua particularidade, a tentativa de rompimento do ciclo de violência, ou seja, nelas se percebia claramente a consciência de que aquilo que estavam vivendo era algo distante do que era idealizado para uma relação. Entretanto, cada uma foi fazendo movimentos de resistência a partir de sua rede de apoio.

A ruptura com a situação de violência conjugal se configura como um processo difícil, doloroso e, muitas vezes, lento. Tal situação pode significar, dependendo das circunstâncias, a ruptura com elementos importantes de sua vida cotidiana como a casa, seu emprego, amigos, filhos. Entretanto, percebeu-se que no encontro com o serviço de saúde, bem como, através de outros dispositivos encontrou-se potência para resistir, refletir e buscar apoio no enfrentamento da situação de violência (fosse ele no momento atual ou na sua história passada).

Ao me deparar com as suas histórias, sentia cada vez mais a necessidade de reorganizar as ideias, reterritorializar meus saberes, para junto delas, desbravar novas rotas e construir novas ferramentas para produzirmos cuidado naquele encontro. Sentia a necessidade de que meus agires cuidadores e clínicos operassem com uma certa porosidade, imprevisibilidade, até mesmo com uma certa incerteza, na tentativa de não reproduzir julgamentos, vitimizações e abrir espaço para novos acontecimentos e novos sentidos aos seu processo de cuidado e de vida.

Para isso, me debrucei para estudar, compreender e exercitar o tão famoso acolhimento. Aquele mesmo. O desafio mais complexo e atual dentro do campo da saúde. O contatei, por ser uma das principais estratégias de cuidado para reafirmação da vida e da garantia de práticas e ações voltadas ao cuidado integral e equânime.

Assim, esse fazer, representa uma postura ética, estética e política que nos coloca como profissionais de saúde comprometidos com a vida do outro, garantindo dignidade, protagonismo e o respeito a diversidade (PNH, 2010, p. 6).

Como estávamos tratando de casos específicos de acolhimento de histórias marcadas pelas desigualdades de gênero, raça e classe⁹, atravessadas por violências de todos os tipos, o desafio tornou-se ainda maior, pois evidenciou a necessidade de produzirmos um cuidado que descortinasse esses sintomas e, produzissem, portanto, um espaço com modo específico de escutar, criar redes de apoio e garantir segurança a essas mulheres sem que sintam-se julgadas e vitimizadas. (Schraiber, D'Oliveira, 2013).

Mas e o que essas histórias representam? O que se pode compreender destas histórias, considerando seus esforços e movimentos para enfrentamento e ruptura das situações e violências vividas? Essas mulheres são consideradas de luta por que razão, se não se apresentaram como um coletivo feminista, ou então como um grupo de mulheres organizadas na luta pelos direitos sociais conforme descrito na história dos movimentos de luta por direitos das mulheres?

Neste sentido, é importante contextualizarmos a questão da violência e das desigualdades de gênero, raça e classe a partir da noção de poder proposta por Foucault

9 As relações entre os seres humanos são construídas historicamente e culturalmente. A análise das relações sociais de gênero, raça e classe são elementos importantes para a compreensão do fenômeno da violência sofrida pelas mulheres, em especial, as que frequentam a ESF que são de classes populares.

(2011), onde o autor compreende o poder como uma multiplicidade das correlações de forças que se engendram no cotidiano, estando em toda a parte, produzindo-se a todo tempo e em todas as relações. Tal movimento se constitui como uma situação complexa em uma sociedade determinada. Tendo em vista essa noção, podemos compreender que a história de vida dessas mulheres carrega marcas de desigualdades produzidas por esses movimentos cotidianos e, que, ao longo deste período foram criando estratégias para saída da situação de violência, apresentando-se como forma de resistência e luta em busca de uma vida com dignidade, respeito e autonomia.

Foucault afirma que as resistências inscrevem-se nas relações como interlocutores irredutíveis, ou seja:

... são distribuídas de modo irregular: os pontos, os nós, os focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, as vezes provocando o levante de grupos indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e suas almas, regiões irredutíveis. (FOUCAULT, 2011, p.106).

Portanto, considerando esses elementos o que essas histórias representam? Em uma tentativa permeada por diferentes afetos, ousou sugerir que elas representam um movimento que chega ao serviço de saúde cheio de vida, sentimento, intensidades. Marcam um encontro repleto de oportunidades de aprendizagem, escuta, cuidado. Marcam a possibilidade do devir, de resistir, de cuidar de si, de aprender e ensinar.

E o que pode o serviço de saúde neste sentido? Acolher e reconhecer a história de luta dessas mulheres como ferramenta de cuidado.

É no acolhimento e no encontro com o outro que a narrativa pode transformar-se em cuidado e a composição deste se construirá a partir das dobras produzidas em nós. O serviço pode e deve ser um espaço onde feminino possa ser problematizado e torne-se um portal aberto para a diversidade e a construção de novos mundos.

Feminismo em Ato

Rolnik (2013) fala sobre as experiências de formação e pontua que o mergulho na

experiência neste campo é uma maneira ousada e pouco trivial para compor o aprendizado nas formações em saúde. O mergulho na experiência, segundo a autora, é possibilitado pelos encontros com os pacientes no contexto social e econômico em que vivem, inseridos em seus territórios existenciais, com suas redes sociais, conexões afetivas, seus modos de existência. E foi neste mergulho que fui dando sentido a muitos elementos que considerava importantes para minha formação, bem como, para meu posicionamento ético e político como mulher no mundo, apostando sempre no encontro como possibilidade de aprendizagem.

Seguindo esta travessia, fui (des)construindo pontes, firmando laços, significando expressões, sentimentos, conceitos. Juntas fomos pouco a pouco desvelando nossas histórias, produzindo estranhamentos sobre nós mesmas e sobre o mundo e, com isso, descobrindo e reafirmando nossa capacidade de resistir a tudo aquilo que nos oprimiu/oprime e nos distancia de nossos territórios existenciais. Tais movimentos contribuíram muito para que reconhecesse aquelas histórias dentro de um contexto que antes não fazia sentido - talvez pela ausência da experiência - como o movimento de luta por direitos das mulheres e o feminismo¹⁰.

O que me inquietou neste processo, foi o fato de me dar conta de que tudo o que eu havia lido ou que havia conhecido sobre esses movimento diziam respeito muito mais a estratégias coletivas de enfrentamento as desigualdades do que movimentos a nível micropolítico. Mas como não evidenciar essas histórias? Como não considerá-las estratégias potentes, criativas, afetivas para o rompimento do ciclo de violência? Será que os serviços da rede, não podem fazer uso dessas histórias como ferramenta de cuidado e apoio para estimular movimentos de luta e resistência? Considerando o feminismo como uma filosofia universal, um movimento político que questiona as relações de poder e considera a existência de opressão a todas as mulheres, as histórias narradas que passaram pelo serviço de saúde fazem parte deste intenso e mobilizador movimento que se expressa das mais variadas formas no

10 Existem diversas correntes teórico-conceituais sobre o Feminismo. Assim, o Feminismo nessa análise é entendido enquanto movimento de luta e resistência das mulheres por direitos, reconhecimento e construção de sua autonomia e protagonismo; assim como, produção sociológica de saberes de libertação e político de afirmação do poder das mulheres e da necessidade de construção de relações humanas e sociais de poder compartilhado e não de dominação de um sobre o outro. Feminismo em Ato traz a dimensão do aqui e agora enquanto possibilidade real de construção desse protagonismo das mulheres para a busca de caminhos de resistência, luta, libertação e superação de todas as formas de opressão, exploração, dominação, discriminação e violência que são faces de um mesmo padrão patriarcal, racista, misógeno e mercantil que predomina nas relações humanas, sociais de gênero, raça e classe, e se estende na relação de destruição da natureza.

cotidiano e na vida que acontece em ato.

O que se pode evidenciar neste sentido, é que no encontro com o serviço de saúde, houve a possibilidade de reconhecimento de um novo movimento dentro deste já enraizado, reconhecido e marcado pelos movimentos coletivos de mulheres que reivindicam direitos e melhores condições de vida. Constitui-se como uma nova categoria, que reafirma o reconhecimento de si e da sua potência a partir da própria narrativa, advindo de movimentos micropolíticos e que produzem/produziram transformações das paisagens já existentes: inaugura-se portanto, o feminismo em ato.

Feuerwerker apud Merhy (2009) pontua que a produção de cuidado e de saúde só acontece no encontro, em ato, mesmo havendo disputas de poder e projetos. O que se pontua nesta produção é que há o envolvimento das pessoas em relação, considerando as circunstâncias específicas de cada encontro e o saber que cada um leva para esse caminhar. Portanto, o feminismo em ato revela a fusão de um serviço de saúde com a porta aberta para a produção de cuidado através do acolhimento, escuta e da invenção de novos modos de vida e dos movimentos de resistência que nós mulheres vamos constituindo para o enfrentamento das desigualdades e opressões que sofremos ao longo da vida.

Ao trazer estas questões, apresento aqui algumas histórias de vidas que através de diferentes formas de expressão, apontaram estratégias extremamente sutis e singulares de resistir e de marcar um movimento- político sim!- de enfrentar e resistir as mais variadas formas de opressão vivida quando fala-se de desigualdade de gênero.

<p><i>O machista</i> <i>“Para cada mulher que está cansada de atuar de maneira tímida, mesmo sabendo de sua força, Existe um homem que está cansado de parecer forte, quando se sente vulnerável. Para cada mulher, que está cansada De atuar como se</i></p>	<p><i>A Rose Louca</i> <i>Eu grito, eu brigo, eu vivo Bipolar ou não Vivo a intensidade da vida como ela merece Quero prazer, quero dor, quero alegria Me nego a negar meu prazer Se buscar a felicidade é loucura Desejo a loucura</i></p>	<p><i>Marli</i> <i>E um homem não me define Minha casa não me define Minha carne não me define Eu sou meu próprio lar (Triste, louca ou má- Francisco, el hombre)</i></p>	<p><i>A trabalhadora</i> <i>Aonde eu me perdi? No trabalho talvez Eu preciso encaixar minhas peças Me encontrar nesse mundo Mas que encaixe é esse que me fez desligar meus afetos? Eu reconheço em</i></p>
---	--	---	--

<p><i>fosse ignorante, há um homem deprimido pela exigência constante de saber tudo.” (Para cada mulher- Mabel Burim)</i></p>	<p><i>de ser mulher</i></p>		<p><i>mim a necessidade de mudança Aos poucos vou descobrir como cuidar de mim, Com a ajuda do outro e o poder que existe dentro de mim</i></p>
---	-----------------------------	--	---

Considerando que a opressão se refere a todas as formas de controle que impedem o completo avanço e preenchimento das metas de um indivíduo e que estas variam conforme o lugar social onde os sujeitos estão inseridos, fui percebendo que cada história expressava as opressões de um determinado lugar, ou seja, dentro das diversas estruturas de poder . (GROSSI; ANGUINSKY, 2012).

Podemos começar por aquela que ao longo da história criou mecanismos perversos e desumanos de dominar os modos de vida: a psiquiatria, que medicalizou a vida de “Rose a Louca”, marcada por vários tipos de violência, e, em consequência disso, fez com que ela deixasse de sentir prazer com o atual companheiro.

Também temos nessas narrativas, o mundo do trabalho, especificamente dos frigoríficos, que exigia da “ A Trabalhadora” disponibilidade e produtividade de segunda a segunda, fazendo-a acreditar que esse era o sentido da vida. A figura do “macho que pode tudo”, que adentrou a vida de Marli sem pedir licença, invadindo sua casa, seu trabalho e seu coração, afetando sua auto estima e fazendo-a desacreditar de uma relação com amor. As exigências da sociedade sobre o homem, que também o colocam frente ao “mito do macho”, sendo instituídos como falsos depositários do supremo poder, força e inteligência. (TELES, 1993 p. 11).

Toda essa carga produziu inquietações não só em mim, mas naqueles que ao ter a possibilidade de falar sobre o que sentiam quando acolhidos no serviço, puderam ressignificar aquilo que de certa forma trazia dor e sofrimento. Esse produto, dizia respeito e reafirmou talvez, o que já havia sendo construído de movimento de resistência ao longo da trajetória de vida de cada um. Como a caixa de ferramentas, evidenciada por Merhy (2013) na produção do cuidado, cada mulher e homem envolvido ali, abasteceu a sua como diferentes elementos..

Marli por exemplo, utilizou-se do café, do cigarro, da leitura, do novo corte de cabelo e do novo trabalho para a superação da separação e das invasões do companheiro em sua vida. “O homem que se descobriu machista”, que através da mensagem sobre machismo disposta no mural da ESF, identificou-se e humildemente agendou um acolhimento com a psicologia para entender melhor suas questões. “Rose a louca”, que resolveu parar com as medicações para voltar a sentir prazer e seguir a vida com mais alegria. Assim como “trabalhadora”, que encontrou nas visitas da agente de saúde, na filha e mais tarde nos encontros coletivos da ESF, uma estratégia para seguir em frente e superar os abusos, a perda da filha e as humilhações sofridas ao longo da vida.

Mesmo após esta breve análise da potencialidade dos encontros vivenciados e de propor a nomeação de um novo movimento de resistência produzido em ato, no cuidado em saúde, muitas inquietações ainda permanecem pairando sobre o meu corpo. Entretanto, o que fica inscrito em mim, e talvez em nós todos que experimentamos essa troca, seja realmente a noção de que podemos nos tornar diferentes de nós mesmos a todo tempo. Isso implica, portanto, em acreditarmos no devir. Deixarmo-nos visitar e ser visitados por intensidades, que produzem muitas vezes apenas zonas de passagens, possíveis e abertas a criação de nós mesmos e de novos acontecimentos.(FUGANTI, 2012 p 76).

Cuidado em Saúde: um encontro desterritorializante

Ao longo desses dois anos como residente, fui compondo uma caixa de ferramentas, que é aqui entendida como um conjunto de saberes que se dispõe para ação de produção de atos em saúde, bastante intensa e carregada. (MERHY, 2013)

Foram muitos textos, muitos vídeos, seminários, núcleos, atendimentos, conversas, congressos em torno da temática do cuidado em saúde. E cada vez que lia, ouvia, sentia e me aprofundava a temática, percebia o quanto aquela forma burocratizante, marcada por um fazer que exercitava conhecimentos técnicos e que nos colocava sempre como alguém que deveria possuir certas capacidades para entender o problema de saúde do outro, me inquietava, me fazia sentir desconfortável e insegura. Meu desejo a partir daí, foi aproveitar a intensidade e a articulação entre teoria e prática proposta pela residência, para compreender como o outro estava me afetando e o que eu fazia com aquilo tudo, além de descortinar quais exercícios

sobre o outro e com o outro eu estava realizando, bem como, de que modo eu estava permitindo o outro falar comigo.

Neste contexto, muitas histórias que chegaram até o serviço de saúde foram apontando necessidades diferentes, exigindo de nós movimentos desterritorializantes. Essa exigência demandava portanto, uma certa reorganização de nossos modos de agir em saúde. Nesse processo, evidenciou-se a necessidade de abrir a caixa de ferramentas e começar a produzir com as mulheres novos agires, contrapondo modelos já instituídos de cuidado que ao longo da história reduziram a vida das pessoas a protocolos e prontuários, transformaram sujeitos em pacientes, eliminaram afetos e sentimentos e nos colocaram em um lugar de detentores do saber.

Mas o que estas histórias de vida demandavam? Quais necessidades apresentavam? Por que exigiram tantos movimentos da equipe de saúde? Que modos de agir em saúde estavam sendo executados para acolher essas mulheres?

Minha primeira tentativa de responder a essas inquietações passa pela perspectiva já abordada anteriormente que envolve a questão complexa e multifatorial que é a violência de gênero e que se entrelaça com raça, classe e orientação sexual. As histórias que chegaram até o serviço advinham de diferentes contextos, continham diferentes registros e marcas de violência, demandavam necessidades diferentes e contavam com uma rede de apoio variada. Esse cenário, portanto, exige um agir flexível, dinâmico, acolhedor para que evite contradições, atitudes culpabilizadoras, estereótipos sobre a violência de gênero. (SCHERAIBER; D'OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, para dar conta dessas habilidades e sensibilidades no desenvolvimento de um acolhimento adequado, é necessário conectarmo-nos com alguns modos de agir em saúde que dizem sobre nós mesmos, como aponta Merhy (2013), ao problematizar nosso agir - usuário e nosso agir- trabalhador. Nosso agir usuário auxilia no processo de nos colocarmos em conexão com uma postura ética de defesa da vida e por uma postura tecnológica da adequação dos modos de cuidar, considerando sempre os saberes que cada sujeito tem sobre si e sobre o mundo.

Essa diversidade que nos é apresentada nos encontros do serviço de saúde, especialmente nos casos de violência, reitera a necessidade caminharmos junto da potencialidade que há também no nosso agir - trabalhador, que diferentemente do que historicamente se evidencia sobre esse lugar (que possui certas capacidades para entender os

problemas dos outros) pode e deve abrir espaço para se produzir um encontro entre trabalhador e usuário permeado pela afetação, ou seja, não é meramente um encontro sobre quem sabe mais, mas o que e como o outro me afeta.

As histórias abaixo dizem muito sobre isso, pois apresentaram-se através diferentes formas. Por meio de um determinado momento do sistema circular da violência, através de rostos, idades, sentimentos e ideias variados, com necessidades e particularidades plurais. Portanto, exigiram por onde passaram, idas e vindas sobre esses agires, reafirmando a importância de que suas histórias de vida e de suas formas de compor processos de cuidado, sejam elementos fundamentais para essa relação com o serviço de saúde seja efetiva. (MERHY, 2013)

Ruth	Rô	Maria	Julia
<i>Sou Fera, sou bicho</i>	<i>Escuta, escuta o outro a outra já</i>	<i>Ele me fez muito feliz</i>	<i>Eu dona de mim, Se eu fiz é</i>
<i>Sou anjo e sou mulher</i>	<i>vem! Escuta, acolhe, cuidar do outro faz</i>	<i>Era uma companhia que me fazia sentir</i>	<i>porque estava afim!</i>
<i>Sou minha mãe, minha filha</i>	<i>bem!</i>	<i>jovem</i>	
<i>Minha irmã, minha menina</i>	<i>Eu busquei ajuda, mas preciso da rede</i>	<i>Foi aos poucos levando muitas coisas de mim</i>	
<i>Mas sou minha, só minha</i>	<i>cuidando de mim</i>	<i>Um pedaço de carne um dia, a colcha que eu mais amava</i>	
<i>E não de quem quisier</i>		<i>Agrediu a mim e a minha família</i>	
<i>Sou Deus, tua deusa, meu amor!</i>		<i>Despedaçou tudo aquilo que eu vinha construindo</i>	
<i>1 de julho- Cassia Eller</i>		<i>E por fim levou todo o amor que eu tinha em meu coração</i>	

Observando essa pluralidade, a intervenção proposta a partir da narrativa como forma de cuidado foi ganhando forma com intenção de coletivizar e produzir encontros potentes tanto para as mulheres, como para a equipe de saúde, no sentido de compreender melhor os desdobramentos dessa experiência marcada pela violência. O coletivo, tornou-se estratégia para o cuidado pelo fato de ser compreendido a partir de relações estabelecidas entre dois planos que produzem a realidade não em oposição, mas que constroem relações entre si de reciprocidades, criando e administrando múltiplos cruzamentos. Esse movimento de coletivizar propõe deslocamentos dos olhares para construção de planos moventes e instituintes (ESCÓSSIA, 2012)

Realizamos 03 encontros marcados por uma cumplicidade e desejo de estar ali. Cuidamos umas das outras. Produzimos acolhimento como nunca havia visto no cotidiano. Fomos responsáveis e cuidadosas com cada história narrada naquele espaço. E, para isso, a utilização de práticas de cuidado a partir da educação popular, foi crucial para o desenho de um caminho político-pedagógico que garantisse o envolvimento e a co-responsabilização de todos participantes, na construção, apropriação e multiplicação dos conhecidos trocados naquele espaço. (BRASIL, 2014)

No primeiro encontro, uma massagem relaxante e um escalda pés para aliviar as tensões e criar um ambiente leve. Logo que iniciamos a atividade, uma das mulheres fez o seguinte comentário: “Olha como eu sou chique, nunca imaginei minha psicóloga fazendo massagem em mim”. O que esse comentário demarca? O que isso significou para ela? E para mim? O que isso diz sobre os processos de cuidado que vamos produzindo com os usuários?

Merhy (2013), nos ajuda a pensar sobre isso quando aponta que os trabalhadores em saúde tem a possibilidade de utilizar três agires tecnológicos que fazem parte de toda a ação em saúde: os agires que dizem respeito a utilização de tecnologias duras, das máquinas e aparelhos, os que envolvem as tecnologias leve-duras representadas pelos saberes estruturados, a clínica e a epidemiologia bem como os agires que envolvem as tecnologias leves que são produzidas no encontro com o outro, em ato.

Claramente, fizemos uma escolha ética e política quando utilizamo-nos de encontros coletivos, que usaram a narrativa e as práticas populares de cuidado, pois o uso de tecnologias

leves no cuidado em saúde reafirmam a defesa da vida, a implicação com o outro e sua história, bem como, potencializam a autonomia e o dever. Com os encontros, pude exercitar um papel reconhecidamente necessário e urgente no campo da saúde, que tira do protagonismo a centralidade do saber sobre o profissional de saúde e nos coloca à disposição, assumindo um compromisso de apoiar os sujeitos que chegam até o serviço de saúde, propiciando alguns dos novos suportes que possam utilizar para compor seu próprio caminho de vida.” (GOMES, 2015)

Para a equipe de saúde, experimentar um momento igualmente vivenciado pelas mulheres, através da técnica da “Carta de Superação” também mostrou-se desafiador. No momento da intervenção, outras questões pairavam sobre aquele grupo que diziam respeito ao seu processo de trabalho, visões de mundo e relacionamento. Para tanto, a intervenção serviu como uma oportunidade para a explicitação dos diferentes modos de entender a realidade vivida e de conceber as práticas de saúde de cada um. Pois esse movimento de pensar sobre si e sobre seu processo de trabalho só acontece quando:

se propicia a constituição de espaços coletivos para reflexão, de modo que os diferentes atores possam conhecer o conjunto do trabalho que é desenvolvido e estabelecer um acordo acerca do para quê serve o trabalho desse coletivo. Essa é uma oportunidade para conhecer e reconhecer o valor de cada trabalhador na produção de ações de saúde e para construir novos significados para o trabalho de cada profissional. (MERRY; FEUERWERKER; 2009, p.12)

Em meio a essas experimentações, possibilidades de diálogo e debate entre os diferentes atores que compõe o processo de cuidado em saúde, mais uma vez pudemos movimentar as paisagens, olhar no olho uma da outra, exercitar o acolhimento, promover saúde, desaprender, abrir-se para outros núcleos, colher e acolher a experiência que vinha de nós mesmos e do outro.

Mas há nesse contexto um elemento central e que nos deu subsídios para de fato mergulhar nessa experiência: a escuta. A atenção Básica hoje tem um dever e um compromisso que foi se fortalecendo a cada ano desde sua construção, prevendo o desenvolvimento de práticas de cuidado que sejam voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação priorizando os territórios, o vínculo e a integralidade do cuidado das pessoas.

Portanto, toda experiência de cuidado que vivenciamos nos mostrou que vínculo se constrói à medida que vamos nos colocando à disposição do outro, é deixarmo-nos afetar

pelos ruídos e barulhos do mundo, é estar atento as diferentes expressões que o outro nos transmite suas perspectivas e realidades. (ARANTES, 2012)

No caso do cuidado de mulheres em situação de violência esse exercício demanda muito mais tempo e articulação em rede. Necessita produzir mais do que práticas de cuidado a respeito de suas dores físicas e encaminhamentos aos serviços de apoio. Esse tipo de cuidado na clínica necessita produzir aberturas para a problematização da cultura machista e patriarcal que enfrentamos cotidianamente, apresentando-se como um saber - fazer disposto ao encontro, a construção conjunta de redes de conexões existenciais e ao aprendizado.

Isso diz respeito ao exercício de uma clínica ampliada, onde se deve escutar e analisar cada demanda de forma singular e, a partir delas, captar novas formas de expressão. Nosso papel como clínico seria o de acompanhante na tarefa inventiva de novos fazeres existenciais. Portanto, fazer esta clínica ampliada implica em remexer novas formas de estar no mundo, onde estas sejam potencializadoras de vida e produtoras de saúde e não formas que impossibilitem, que amarrem, que “podem” o sujeito. (PAULON apud MACHADO (2008).

Assim, seremos capazes da produção do comum nesse encontro. E o que isso quer dizer? Experimentar o trabalho, a vida cotidiana como sendo um lugar de qualquer um, um lugar em que habitam multidões. Isso não quer dizer que os conhecimentos adquiridos em cada núcleo profissional nos processos de formação de trabalhadores (as) da saúde, ou pelas experiências de cada um sejam rechaçados. Muito pelo contrário. A produção do comum promove o desafio de enfrentamento a uma visão ideologizada e corporativa das profissões e coloca a diferença que hoje é vista como o seu valor, em algo que auxilia no processo de criar e intervir por todos os atores que compõe esse encontro.

Além disso, a necessidade de construir processos de interação multiprofissional tanto na formação dos profissionais nos cursos técnicos, de graduação e de pós graduação na área da saúde, mas também no cotidiano dos serviços ativando processos de educação permanente e popular em saúde a fim de construir equipes e pessoas comprometidas com o SUS, com a defesa da vida, da democracia e sejam protagonistas de novos processos de cuidado, de trabalho e de relações humanas permeadas pela amorosidade, vínculo, respeito e numa cultura de paz.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fiz de mim uma experimentação.

Descobri que habita em nós uma multidão.

Transbordamos afetos e desejos.

Fizemos do encontro nosso mundo.

Criamos estratégias de cuidado e de acolhimento

Gritamos para mundo nossas dores e as alegrias!

Fomos/somos protagonistas!

Somos mulheres, mulheres de luta!

(LAZARETTO, 2018)

Esse é o momento fim do trabalho? Não para quem descobriu que a vida não cabe nos protocolos dos serviços e muito menos nas artimanhas da academia, que insistem em cessar a vida ao final dos artigos. Esse é apenas um fragmento e uma tentativa de expressar através da escrita a potencialidade dos encontros que podem acontecer na Atenção Básica. Eles só ganham espaço à medida que nos colocamos a disposição para um processo de aprendizagem inventivo, desconhecido, cheio de sentimentos confusos e embaralhados. O processo de cuidado em saúde tem alma. Tem afetos e realidades distintas. É preciso ver a si nesse neste percurso do cuidar, para não eliminar deste a potencialidade de trabalhar com, construir com.

A nós mulheres, digo que é preciso resistir! Juntas podemos romper barreiras, encontrar novos caminhos, (re)existir, sentir novamente e principalmente acreditar em novos mundos! Nossa narrativa e nossa história é nossa arma para a produção de cuidado sobre nós mesmas e pode ser inspiração para novas formas de existir.

O cuidado é tudo isso e mais um pouco. É compor novos arranjos, daqueles cheios de força, que provocam e inquietam e fazem de nós seres humanos dispostos ao encontro em sua totalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARANTES, E.M.M. ESCUTAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde; Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*; Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *II Caderno de educação popular em saúde*; Brasília, 2014.

BRASIL. Política Nacional de Enfrentamento a violência contra a mulher. Secretaria Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres e Secretaria de Políticas para as Mulheres – Presidência da República Brasília, 2011.

CARMO, P.C.S.C; MOURA, F.G.A; *Violência doméstica: a difícil decisão de romper ou não com esse ciclo*. In: *Fazendo Gênero: Diásporas, Diversidades, Deslocamentos*, 2010

COSTA, L. A.; ANGELI, A. A. C. A.; FONSECA, T. M. G. CARTOGRAFAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

D'OLIVEIRA, A.F.P.L; SCHRAIBER, L. B. *Mulheres em situação de violência: entre rotas críticas e redes intersetoriais de atenção*. *Revista Med. São Paulo* abr/jun, 2013.

ESCÓSSIA, L. COLETIVIZAR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

FOUCAULT, M. *A história da sexualidade: a vontade de saber*. São Paulo: Edições Graal LTDA, 2011.

FUGANTI, L. DEVIR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Sulina, 2012.

GOMES, L.B. *O Cuidado e a Educação Popular em Saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2015.

GROSSI, P.K; ANGUINSKY,B.G; Por uma nova ótica e uma ética na abordagem da violência contra as mulheres nas relações conjugais. In: GROSSI, P.K; (org.) Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

Ip.. INSTITUTO PATRÍCIA GALVÃO. Dossiê violência contra as Mulheres. Disponível em: <http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/dossie/>. Acesso em 10 abril 2017.

JOSSO, M. C. A transformação de si a partir da narração de histórias de vida. Revista PUC/RS. Porto Alegre, v. 63, n. 3, p. 413-438, set/dez. 2007.

KASTRUP, V. Um mergulho na experiência: uma política para a formação dos profissionais de saúde. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.; HENZ, A. O. A Clínica Comum: Itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec Editora. 2013

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. Fractal, Revista de Psicologia, v. 25 – n. 2, p. 263-280, Maio/Ago. 2013.

LOPES, G.P; DIEHL, R. INTERVIR. In: FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C.; (org.). Pesquisar na diferença: um abecedário. Porto Alegre: Sulina, 2012.

MACHADO, P.X. Encontros: Algumas Problematizações. In: ZIEGELMANN, L. ROCH, C.F. CORPOVIDA: tecendo uma clínica contemporânea. Porto Alegre: Editora Nossa Senhora da Conceição S.A., 2008.

MERHY, E. E. Ver a si no ato de cuidar. In: CAPOZZOLO, A. A.; CASETTO, S. J.;

HENZ, A. O. A Clínica Comum: Itinerários de uma formação em saúde. São Paulo: Hucitec Editora. 2013

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p.29-74.

PULGA. V. L. A Educação Popular em Saúde como referencial para as nossas práticas na saúde. II Caderno de Educação Popular em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. II Caderno de educação popular em saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014

ROLNIK, S. Cartografia Sentimental: Transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Editora Sulina, 2011.

SCHRAIBER, L. B. Violência contra as mulheres e políticas de saúde no Brasil: o que podem fazer os serviços de saúde? Revista USP. São Paulo, set/nov 2001. n. 51, p. 104-113.

SCHRAIBER, L. B.; OLIVEIRA, A. F. P.; FRANÇA-JÚNIOR, I.; PINHO, A. A. Violência Contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. Revista de Saúde Pública, vol. 36, n. 4. São Paulo, p. 470-477, Ago. 2002.

TELES, M.A.A. Uma breve história do feminismo no Brasil. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.

VINCENSI, J.G; GROSSI, P.K; Rompendo o silêncio: estratégias para enfrentamento das mulheres frente a violência intrafamiliar. In: GROSSI, P.K; (org.) Violências e Gênero: coisas que a gente não gostaria de saber. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2012.

WASELFISZ, J. J. Mapa da violência 2015: Homicídio de mulheres no Brasil. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. Ministério das Mulheres, da Igualdade Racial e dos Direitos Humanos. Brasília, 2015.

ANEXO I

Normas da revista Trabalho, Educação e Saúde

Forma e preparação de manuscritos

A revista publica contribuições inéditas nas seguintes seções:

Ensaio: A convite da editoria. Produção textual de amplo alcance teórico-analítico, não conclusivo e não exaustivo.

Artigo: Apresentação de resultado de pesquisa de natureza empírica ou conceitual. Tamanho entre 4.000 e 7.000 palavras, sem contar referências bibliográficas, figuras e notas.

Debates: Discussão sobre temas específicos, tanto encomendados pelos editores a dois ou mais autores, quanto advindos de colaboradores. Tamanho: até 5.000 palavras, incluindo referências bibliográficas, figuras e notas.

Entrevistas: Opinião ou posição de entrevistado qualificado nas áreas de conhecimento da revista.

Resenhas: Crítica de livro relacionado aos campos de confluência da revista, publicado ou traduzido nos últimos três anos. Esta contribuição deve ser enviada para o email da revista (revtes@fiocruz.br). Tamanho: até 1.500 palavras.

Manuscritos destinados às seções Artigos e Ensaio devem ser elaborados conforme instruções a seguir e submetidos pelo sistema online de avaliação (<http://www.sistemas.epsjv.fiocruz.br/revtes>).

Apresentação do manuscrito

Colaborações devem ser digitadas no Word, na fonte Times New Roman, em corpo 12, em espaço duplo. Artigos, ensaios e debates devem ainda conter um resumo em português e em inglês (abstract) de, no máximo, 200 palavras, e título em inglês, além do título na língua original. Os manuscritos podem ser apresentados em português, espanhol, inglês e francês. O título deve ser conciso e representativo do conteúdo do texto. O(s) autor(es) deve(m) indicar se a pesquisa é financiada, se é resultado de dissertação de mestrado ou tese de doutorado, se foi aprovada por Comitê de Ética da área e se há conflitos de interesse.

Palavras-chave: Mínimo de três e máximo de cinco palavras-chave descritoras do conteúdo do trabalho, apresentadas na língua original, em espanhol (*palabras clave*) e em inglês (*keywords*).

Figuras: Tabelas, quadros, diagramas, fotografias, gráficos e ilustrações não devem ultrapassar o máximo de seis por artigo, salvo exceções específicas ao campo temático do manuscrito, caso em que o autor deverá manter uma comunicação prévia com os editores. Todas as figuras, com exceção de fotografias, devem ser numeradas e ter título, estando apenas as iniciais do título em maiúsculas. As referências devem ser feitas por números (ex. Gráfico 3) e não por expressões como “a figura abaixo”.

Notas: As notas devem vir ao fim do texto, sucintas e numeradas de forma consecutiva. Não devem ser utilizadas para referências bibliográficas.

Grifos: Solicita-se a não utilização de sublinhados e negritos. As aspas simples podem ser usadas para chamar a atenção para um item particular do texto. Palavras de outras línguas, que não o português, devem ser italicizadas, assim como títulos de obras mencionadas.

Citações: Citação no corpo do texto deve vir marcada com aspas duplas, com sobrenome do autor, ano e página, como no exemplo (Bourdieu, 1983, p. 126); citação com autor incluído no texto deve vir Gramsci (1982); citação com autor não incluído no texto será (Frigotto e Ciavatta, 2001). No caso de citação com mais de três autores, somente o sobrenome do primeiro deverá aparecer no texto, como em Spink et al. (2001). Se a citação exceder três linhas, deverá vir com recuo à esquerda equivalente a um parágrafo, em corpo 11.

Referências: Para elaboração das referências, *Trabalho, Educação e Saúde* adota a norma NBR 6023, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Todas as referências citadas, inclusive nas notas, nos quadros e nas figuras, deverão compor as referências bibliográficas ao fim do texto, em ordem alfabética, sem numeração de entrada e sem espaço entre elas. Nas referências serão citados, no máximo, até três autores com todos os nomes. No caso de mais de três autores, citar apenas o primeiro, seguido da expressão et al. O primeiro nome dos autores deve ser escrito por extenso nas referências. Diferentes títulos de um mesmo autor publicados no mesmo ano deverão ser distinguidos, adicionando-se uma letra (a, b, c...) em minúscula após a data, tanto nas citações no corpo do texto quanto na lista de referências bibliográficas.

