



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
***CAMPUS* PASSO FUNDO**
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ATENÇÃO BÁSICA

GABRIELI ESCOBAR FERRON

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

PASSO FUNDO

2018

GABRIELI ESCOBAR FERRON

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Residência, apresentado ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, Área de Concentração: Atenção Básica da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista.

Orientadora: Profa. Dra. Vanderléia Laodete Pulga
Coorientadora: Me. Fabiana Schneider

PASSO FUNDO

2018

GABRIELI ESCOBAR FERRON

**VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER:
NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA
ATENÇÃO BÁSICA 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 pela conclusão da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade.

Este trabalho de conclusão da residência foi defendido e aprovado pela banca em:

____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Vanderleia Laodete Pulga (UFFS)
Orientadora

Me. Fabiana Schneider – Prefeitura de Marau/RS
Co-orientadora

Me. Jeanice Fernandes (UFFS)

Prof. Me. José Ribamar Saraiva (UFFS)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por iluminar o meu caminho e por me permitir ser tão feliz.

Aos meus pais Edmilson e Maria Teresa, por todo o amor e confiança que me impulsionam a buscar o melhor de mim.

Ao meu amor Anderson, pelo companheirismo, apoio e cuidado, e por acreditar nos meus sonhos!

As minhas queridas colegas e amigas para a vida toda, Alessandra, Daniele, Andressa, Marina e Gabriela. Palavras não descrevem tudo o que representam para mim, e toda a alegria e cumplicidade que marcaram estes dois anos. Vocês são pessoas incríveis e profissionais maravilhosas! Muita luz no caminho de vocês!

A minha preceptora Fabiana e a minha orientadora Vanderléia, pela amizade construída e por todo o apoio e conhecimento compartilhado nestes dois anos. Muito obrigada!

A equipe da ESF Santa Rita, que nestes dois anos foi minha segunda família, por ter me recebido de braços abertos e por me ensinar que é possível SIM fazer um ótimo trabalho em equipe e um SUS de qualidade. Lembrarei de vocês com imensa gratidão! Vocês são demais!

As mulheres do grupo de artesanato, pelo desafio que é participar deste grupo, por me ensinarem tanto com suas histórias de vida e por alegrarem ainda mais minhas tardes de terça-feira.

A todos que de uma forma ou outra tiveram comigo ao longo destes dois anos. Muito obrigada! Termina a residência com a certeza de que me tornei uma profissional mais competente e uma pessoa melhor!

RESUMO

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, do tipo pesquisa-ação. O objetivo foi analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade neste processo, a partir da perspectiva das mulheres que frequentam o grupo de artesanato de uma ESF do município de Marau/RS. Foram realizadas duas oficinas terapêuticas com o grupo em questão, no período entre julho e novembro de 2017. Participaram das oficinas 12 mulheres, e suas falas foram compreendidas com base na análise de conteúdo. Observou-se que as mulheres vivenciam diferentes situações de violência, apesar de muitas vezes não se darem conta devido à grande naturalização desta pela sociedade, que ainda mantém vivo o patriarcado e o machismo. O trabalho com o grupo de artesanato por meio das oficinas terapêuticas se mostrou como importante dispositivo de escuta e promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher. Atenção Básica. Gênero e Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher.

ABSTRACT

ABSTRACT: This is an exploratory qualitative research. The aim was to analyze the process of community acceptance of violence against women and victim blaming, identifying the influence of society in this process from the perspective of women attending a craft group of FHS in the city of Marau / RS. Two therapeutic workshops were held at the quoted group, between July and November 2017. 12 women got involved at the workshops, and their speeches were analyzed based on content analysis. It was observed that those women experienced different situations of violence, though often not realizing due to the large naturalization of it by society, which still keeps alive the patriarchy and chauvinism. Working with the craft group through therapeutic workshops showed itself as an important listening and health promotion device.

Key words: Violence Against Women. Primary Care. Gender and Health. Comprehensive health care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO Erro! Indicador não definido.	
2	DESENVOLVIMENTO Erro! Indicador não definido.	
2.1	DIAGNÓSTICO Erro! Indicador não definido.	
2.1.1	O município de Marau/RS como cenário de prática da residência multiprofissional	
	Erro! Indicador não definido.	
2.1.2	Sistema e rede de saúde local e regional	Erro! Indicador não definido.
2.1.3	Participação social da unidade de saúde	Erro! Indicador não definido.
2.1.4	Estrutura da ESF Santa Rita	Erro! Indicador não definido.
2.1.5	O processo de trabalho na ESF	Erro! Indicador não definido.
2.1.6	População da ESF Santa Rita	Erro! Indicador não definido.
2.2	ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO	20
2.2.1	Justificativa	20
2.2.2	Problema	Erro! Indicador não definido.
2.2.3	Objetivo geral	Erro! Indicador não definido.
2.2.4	Objetivos específicos	Erro! Indicador não definido.
2.2.5	Referencial teórico-conceitual	Erro! Indicador não definido.
2.2.5.1	A Violência contra a mulher como fenômeno na Saúde Coletiva	Erro! Indicador não definido.
2.2.5.2	Naturalização da violência contra as mulheres e a sua reprodução.....	23
2.2.5.3	A Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher	24
2.2.6	Metodologia	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.1	Instrumento de pesquisa: Oficinas terapêuticas	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.2	Critérios de inclusão	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.3	Critérios de exclusão	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.4	Organização e análise dos dados e das informações	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.5	Análise do conteúdo	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.6	Procedimentos relativos à ética de pesquisa junto a seres humanos	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.7	Análise crítica de riscos e benefícios	Erro! Indicador não definido.
2.2.6.8	Medidas de proteção à confidencialidade	Erro! Indicador não definido.

2.2.6.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisaErro! Indicador não definido.

2.2.6.10 Termo de consentimento livre esclarecidoErro! Indicador não definido.

2.2.6.11 Socialização dos resultadosErro! Indicador não definido.

2.2.7 Recursos financeirosErro! Indicador não definido.

2.2.8 CronogramaErro! Indicador não definido.

2.3 EXECUÇÃO, AVALIAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DO REFERENCIAL TEÓRICO DEFINIDOErro! Indicador não definido.

2.3.1 O grupo como dispositivo de cuidado mútuoErro! Indicador não definido.

2.3.2 A representação social do papel da mulher: Uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos filhos e aos cuidados de saúde da famíliaErro! Indicador não definido.

2.3.3 Corpo, Sexualidade e Naturalização da ViolênciaErro! Indicador não definido.

CONSIDERAÇÕES FINAISErro! Indicador não definido.

REFERÊNCIASErro! Indicador não definido.

APÊNDICE IErro! Indicador não definido.

APÊNDICE IIErro! Indicador não definido.

APÊNDICE IIIErro! Indicador não definido.

APÊNDICE IVErro! Indicador não definido.

ANEXO IErro! Indicador não definido.

1. INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 preconiza a “Saúde como direito de todos e dever do Estado”, através do 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, acordados pela Constituição (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE).

Desse processo nasce o Sistema Único de Saúde (SUS) na luta contra a ditadura, no início da década de 70, perpassando momentos marcantes como a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que pode ser considerada o marco institucional deste movimento, que buscava transformações no setor saúde para melhorar a qualidade de vida das populações. A Constituição de 1988 e a criação do SUS são o resultado da Reforma Sanitária, com a universalização do direito à saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ).

Com a intenção de assegurar a todo cidadão brasileiro o direito ao acesso integral, universal e gratuito a ações e serviços de saúde, o SUS é um dos maiores sistemas públicos universais de saúde do mundo (BARBOSA, 2013), realizando em média 2,8 milhões de atendimentos por ano e beneficiando mais de 180 milhões de brasileiros (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ).

A principal porta de entrada do SUS é a Atenção Básica. Caracterizada por ações de saúde individuais e coletivas, engloba a “promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2012, p.19), buscando uma atenção integral ao usuário que impacte em sua saúde e em sua autonomia.

Desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade, a Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários, e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde, ordenando os fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações (OPAS, 2011). É responsável pelo uso e racionalização de todos os recursos, básicos e especializados, voltados para a promoção, proteção e recuperação da saúde (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica tem sob sua responsabilidade um território adscrito, e, por isso, está muito perto da vida das pessoas, levando em consideração a dinamicidade existente nestes espaços e permitindo a criação de vínculos. O sujeito é visto em sua singularidade e em seu contexto, buscando uma atenção integral que dê conta de suas necessidades de saúde (BRASIL,

2012). A Atenção Básica é responsável por abordar os problemas de saúde mais comuns dentro de sua população adscrita, maximizando a saúde e o bem-estar (STARFIELD, 2002).

Com o objetivo de reorganizar a Atenção Básica, o Ministério da Saúde criou a Estratégia Saúde da Família (ESF), uma proposta que visa alcançar os objetivos de universalização, equidade e integralidade, preconizados pelo SUS (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013). Além disso, é tida como estratégia para expandir, qualificar e consolidar a Atenção Básica (BRASIL, 2012).

As ações e serviços de saúde ofertados pela ESF vão além da assistência médica, estando baseados nas necessidades da população percebidas a partir dos vínculos estabelecidos entre os usuários do serviço e os profissionais de saúde. A atenção à saúde na ESF é centrada na família, que é compreendida a partir de seu ambiente físico e social. Esta questão leva os profissionais a entrar em contato com o contexto das populações, ampliando sua compreensão do processo saúde-doença, e reconhecendo a necessidade de intervenções além das práticas curativas (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Faz-se necessária, então, a atualização e a qualificação dos profissionais para atuarem de acordo com o paradigma da saúde coletiva e da saúde da família, onde a análise do cotidiano possa ser vista como objeto da intervenção. A formação de profissionais de saúde, comprometidos com a construção do SUS, deve seguir preceitos que compreendam o indivíduo como agente no processo de promoção, prevenção e recuperação da saúde, tendo como eixo a sua capacitação para identificar no território de atuação a realidade a ser trabalhada, seguindo os princípios da ética profissional e do SUS.

Nessa perspectiva, o município de Marau é campo de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade¹ desde 2013, primeiramente como campo de prática do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), e a partir de 2016 da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS). Contando com 100% de cobertura do Programa Estratégia Saúde da Família (ESF), atende a população a partir de 12 unidades de saúde, das quais, 2 se tornaram especificamente campo de prática: a ESF São José Operário, e a ESF Santa Rita, na qual a residente está inserida.

1 A Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade iniciou em 2012 através da adesão da Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS (SMS) a um edital do Grupo Hospitalar Conceição (GHC), com 2 vagas para os núcleos profissionais: Enfermagem, Farmácia e Psicologia. A partir de 2016 a Universidade Federal da Fronteira Sul, em parceria com o GHC e a SMS/Marau, apresentou a proposição de assumir esse Programa de Residência Multiprofissional em Marau junto ao Ministério da Educação e à Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde que aprovou esse pleito.

As demandas de saúde da ESF Santa Rita são variadas. Por se tratar de um território que abriga empresas de porte médio e grande, a rotatividade de moradores é alta, como consequência da procura por emprego nestas empresas. Por este motivo, o vínculo com algumas famílias fica prejudicado, fazendo com que importantes demandas não cheguem até a ESF. Pode-se dizer que a convivência doméstica destas famílias também é fragilizada, uma vez que, os horários de trabalho nestas empresas muitas vezes não permitem que os pais convivam com os filhos, sendo que, em alguns casos, estes não conseguem se encontrar em casa durante o dia. Doenças ocupacionais e problemas relacionados ao uso abusivo de álcool e drogas são outras demandas presentes.

A violência contra a mulher é também uma grande demanda no território, apesar de muitas vezes não chegar à ESF como tal. Fica-se sabendo de casos por meio de especulações de vizinhos, comentários de pacientes, e, na minoria das vezes, pela fala da própria vítima.

Essas situações são complexas e percebe-se que estas mulheres buscam formas alternativas de suporte, constituindo uma rede de cuidado, intencional ou não, das quais os grupos terapêuticos da ESF Santa Rita/Marau-RS parecem estar fazendo parte.

Todavia, questiona-se até que ponto estas mulheres reconhecem as situações pelas quais passam como de fato sendo situações de violência contra elas.

Além disso, há um desafio aos profissionais das equipes de saúde da família tanto no reconhecimento, como nas formas de abordagem e cuidado integral à saúde dessas mulheres que sofrem situações de violência.

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 sequência, 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 dos dados em categorias de análise reflexiva sobre os resultados obtidos.

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

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 DIAGNÓSTICO

2.1.1 O Município de Marau/RS como Cenário de Prática da Residência Multiprofissional em Saúde

O município de Marau-RS foi emancipado em 28 de fevereiro de 1955; sua população era constituída majoritariamente por imigrantes italianos, encontrando na agricultura sua principal atividade econômica. Nas últimas décadas, a economia se diversificou, devido ao aparecimento de indústrias, inicialmente relacionadas ao setor frigorífico e posteriormente se expandindo para os setores metal-mecânico e couro. Também houve o fortalecimento do setor terciário, com a cidade se tornando referência microrregional para o comércio e prestação de serviços. O crescimento econômico ocasionou uma forte migração, e conseqüentemente um alto crescimento demográfico, que hoje é um dos maiores do Estado. Diante disso, afirma-se que a população marauense atual é bastante diversificada, com moradores oriundos de várias regiões do Estado, do País e até de outros Países.

O município de Marau-RS está localizado na região do Planalto Médio, na região da produção. Seu território faz limites com os municípios de Passo Fundo, Mato Castelhano, Vila Maria, Camargo, Soledade, Nicolau Vergueiro, Ernestina e Ibirapuitã. Possui um clima classificado como temperado, com altitude de 650 m e uma área territorial total de 649,3 m² (PLANO MUNICIPAL, 2014).

A população atual do município é de 40.174 habitantes, distribuindo-se 86,7% urbana e 13,2% rural (IBGE, 2015). Embora tenha uma expectativa de vida acima da média do Estado (74,64 anos contra 75,9 anos), o contingente de pessoas com mais de 60 anos é menor que a média (10,9% contra 13,6%), resultado da migração de trabalhadores jovens de outros municípios. A população conceituada como jovem (15 a 24 anos) representa 17,59%, sendo maior que o percentual de 16,39% encontrada no Estado. A população considerada jovem-adulta (15 a 59 anos) representa 68,97% da população, percentual abaixo da média Estadual, que é de 76,37% da população (IBGE, 2010).

2.1.2 Sistema e Rede de Saúde local e regional

A nível macrorregional, o município de Marau pertence a 6ª Coordenadoria Estadual de Saúde. Já a nível municipal, se organiza através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (inaugurada em 1988). Hoje, o município presta atendimento à população em 12 ESF (correspondente a 100% de cobertura), um Posto de Saúde Central e um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), cadastrados junto ao CNES (Cadastro Nacional Estabelecimentos).

O município possui algumas peculiaridades na área da saúde, como por exemplo, três ESF são mistas (compostas por duas equipes) e duas estruturas físicas para uma equipe de Estratégia de Saúde da Família. Todas as ESF funcionam diariamente de segunda à sexta-feira das 07h30minh às 11h30minh e das 13h às 17h proporcionando os seguintes atendimentos: Consultas médicas; Consultas odontológicas; Consultas psicológicas; Consultas de enfermagem; Assistência farmacêutica; Atendimento ambulatorial; Visitas domiciliares; Atividades coletivas (grupos de gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos, grupo de artesanato, grupo de mulheres, ente outros); Imunizações; Vigilância Epidemiológica; Limpeza, desinfecção e esterilização de instrumental; Planejamento familiar; Pré-natal e puericultura; Notificações; Coleta citopatológica; Administração de medicamentos; Saúde bucal curativa e preventiva, entre outras.

Quanto ao Posto de Saúde Central, está localizado junto a SMS e fornece atendimentos especializados, tais como: consultas pediátricas; consultas ginecológicas e obstétricas; e consultas com especialista em saúde mental.

A assistência Farmacêutica de Marau disponibiliza 182 medicamentos da lista básica na farmácia municipal, contando também com dispensação de medicamentos fornecidos pelo Estado do Rio Grande do Sul (RS).

Ainda, o município conta com o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), que tem como objetivo apoiar as equipes de ESF, e além disso aumentar a resolutividade das equipes, ampliando as possibilidades de ações a serem desenvolvidas.

No que tange a assistência hospitalar, o município tem como referência o Hospital Cristo Redentor (HCR), que pode ser acessado em casos de emergência, por indicação dos profissionais das ESF pela necessidade de internação hospitalar ou para realização de procedimentos. Além disso, o município possui convênio com os seguintes hospitais: Hospital Ortopédico de Passo Fundo (HO), IOT (Instituto de Ortopedia e Traumatologia), Hospital São Vicente de Paulo (HSVP) e Hospital da Cidade (HC). A SMS também possui contratos com o HCR, HC, HSVP, Centro de Diagnóstico (CD) e diversos laboratórios de análises clínicas para a realização de exames. Quanto aos casos que demandam atenção especializada de alta complexidade, os pacientes são encaminhados para grandes centros de referência do Estado

conforme fluxo de atendimento estabelecido pela SMS e 6ª CRS (PLANO MUNICIPAL, 2014).

2.1.3 Participação social da unidade de saúde

O controle social na ESF Santa Rita, unidade em que a pesquisadora-residente está inserida, se dá através de três espaços: o Conselho Local de Saúde (CLS) (mensalmente na própria ESF) que conta com a participação da equipe de saúde e da comunidade; Conselho Municipal de Saúde (mensalmente na SMS); e o orçamento participativo (realizado pela prefeitura municipal, tendo como local os bairros).

Quanto à educação em saúde, a ESF oferece os seguintes grupos: grupo de mulheres, gestantes, tabagismo, hipertensos e diabéticos, artesanato e de caminhada. Desenvolve atividades nas escolas pertencentes ao território de abrangência, por meio de atividades de prevenção em saúde.

Além disso, a equipe da ESF participa das feiras de saúde promovidas pelo município e realiza anualmente um brechó de roupas (por meio de doações), com o objetivo de arrecadar fundos para auxiliar nas atividades desenvolvidas com a comunidade ao longo do ano.

2.1.4 Estrutura da ESF Santa Rita

A estrutura física da ESF é composta por 01 consultório médico com sanitário, 01 consultório de enfermagem, 01 consultório odontológico com área para escovário, 01 consultório da psicologia, 01 cozinha, 02 sanitários para usuários, 01 sala de reuniões, 01 sala de recepção, 01 sala de esterilização e estocagem, 01 almoxarifado, 01 área para estocagem de material de limpeza, 01 área para abrigo de material sólido, 01 sala de utilidade, 01 área para compressor e bomba a vácuo, estando de acordo com o previsto na RDC nº 50, de fevereiro de 2002. Entretanto, alguns itens previstos na Resolução não estão presentes na ESF, tais como: de 01 a 03 salas de espera para pacientes e acompanhantes, 01 sala de recepção, lavagem e descontaminação, 02 salas de procedimentos (existe somente com 01). Há, ainda, 01 sala de vacinas, 01 sala onde ocorre dispensação de medicamentos que não são exigidas pela presente Resolução.

Além disso, a ESF conta com a atuação de equipe multiprofissional exigida pela legislação, conforme Portaria nº 2488, de 2011. Sendo eles:

A enfermeira, que realiza atividades referentes à atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas, consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares e encaminha os usuários para outros serviços quando necessário. Realiza atividades programáticas e de atenção à demanda espontânea; planeja e avalia ações desenvolvidas pelas ACS juntamente com a equipe; realiza ações de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos necessários. No município, o enfermeiro não prescreve medicações, entretanto sabe-se que esta é uma prática reconhecida e prevista pela legislação (mediante protocolo assistencial assegurado por lei municipal).

Já a técnica em enfermagem realiza procedimentos, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, ações de educação em saúde, participa do gerenciamento de insumos e também realiza ações de educação permanente e educação em saúde.

A ESF conta com duas médicas, sendo que uma destas é profissional efetiva da prefeitura (concurso público) e outra contratada através do Programa Mais Médicos (entretanto, a legislação preconiza apenas um profissional médico por ESF). As médicas atuantes na ESF Santa Rita realizam ações de atenção à saúde da população adstrita, consultas clínicas, procedimentos ambulatoriais, atividades em grupo, atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, encaminhamento de usuários a outros pontos da rede de atenção à saúde (quando necessário, mantendo o acompanhamento) indica, quando necessário, internação hospitalar ou domiciliar, realiza e participa de atividades de educação permanente e educação em saúde e participa do gerenciamento dos insumos.

Ainda, a ESF conta com 100% de cobertura de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) totalizando cinco profissionais. As ACS trabalham com adstrição de famílias, cadastram os usuários de sua microárea, orientam as famílias quanto à utilização dos serviços, realizam atividades programadas, acompanham as famílias por meio de visitas domiciliares, desenvolvem ações que integrem a equipe de saúde e a população, ações de promoção e educação em saúde, prevenção das doenças e agravos, vigilância à saúde e acompanhamento dos participantes do Programa Bolsa Família. Ademais, no município de Marau-RS, as ACS realizam também na área de abrangência da ESF ações de controle a Dengue, ação esta respaldada pela Portaria vigente em situações de surtos e epidemias.

No que tange a equipe de Saúde Bucal (SB), a ESF conta com uma cirurgiã dentista que realiza atenção em saúde bucal, procedimentos clínicos de saúde bucal, incluindo atendimentos de urgência, pequenas cirurgias ambulatoriais, realiza também atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; desenvolve ações referentes à saúde bucal com os demais

membros da equipe e ações de educação em saúde, além de realizar supervisão do Técnico em Saúde Bucal e participar do gerenciamento dos insumos.

A equipe de SB da ESF também conta com uma técnica em saúde bucal, que realiza atenção em saúde bucal, coordena a manutenção e a conservação dos equipamentos odontológicos, desenvolve atividades de saúde bucal com os demais membros da equipe, apoia as atividades dos ACS na prevenção e promoção da saúde bucal, participa do gerenciamento dos insumos, realiza atividades programas e de atenção à demanda espontânea e realiza o acolhimento do paciente nos serviços de saúde bucal. Na ESF não há serviços de radiografia odontológica, desta forma, pacientes que necessitam deste serviço são encaminhados para serviços especializados que possuem convênio com o município.

A jornada de trabalho da equipe de SB é de apenas 20 horas semanais, e por isso, o trabalho de ações coletivas voltadas à promoção da saúde e de diagnóstico do perfil epidemiológico para planejamento e programação em saúde bucal, previstos pela Portaria, ficam prejudicados devido à crescente demanda para atendimentos clínicos e a reduzida carga horária de atuação na ESF.

A ESF conta com uma psicóloga e uma farmacêutica na composição de sua equipe mínima, com carga horária de 20 horas semanais cada, o que não é previsto pela Portaria. Ademais, a ESF conta ainda com a atuação de residentes do Programa Multiprofissional em Saúde, com ênfase em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), sendo duas enfermeiras, duas psicólogas e duas farmacêuticas. Os profissionais residentes atuam numa jornada de 60 horas semanais, sendo 40 horas de atividades em campo de prática, e 20 horas em atividades teóricas previstas pela matriz curricular da residência. Estes profissionais atuam junto aos demais profissionais da equipe, de forma a complementar o processo de trabalho e movimentar transformações *in loco*. Além disso, a ESF também é campo de imersão dos alunos da Graduação em Medicina da UFFS. Ainda, a ESF Santa Rita conta com a atuação de um agente administrativo e uma sanificadora. Na ESF ocorre a dispensação de medicamentos disponíveis na lista básica do município, composta por 182 medicamentos, selecionados a partir da Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME) e em consonância com as necessidades de saúde prioritárias do município. No que se refere a insumos, esses estão de acordo com as necessidades e demandas do dia a dia, tanto para procedimentos como para demais ações.

2.1.5 O Processo de Trabalho na ESF

O município de Marau-RS conta com o auxílio do prontuário eletrônico do paciente (PEP), exercido através do programa G-MUS. O mesmo possibilita registros e evoluções clínicas de acompanhamento dos pacientes, facilitando o cuidado integral e transversal preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quanto às formas de acesso ao serviço, objetivando unificar a forma de agendamento do município, foi implementado o método de fichas pela manhã e agendamentos para grupos de risco à tarde, para consultas médicas e atendimento odontológico. Em relação as consultas de enfermagem (principalmente para coleta de exame citopatológico), estas são agendados no primeiro dia útil de cada mês. Para realização de Testes Rápidos, a dupla responsável pelo acolhimento do turno realiza o teste no mesmo momento, ou caso isso não seja possível, agenda um horário. Ademais, o atendimento as demandas espontâneas do dia é realizado por uma dupla de profissionais, um da enfermagem e outro da farmácia ou psicologia, e ainda não possuem classificação de risco. Fato este, que tem gerado discussões na equipe, já que poderia estar sendo utilizando uma classificação de risco para fins de organização do processo de trabalho, conforme preconizado nos Cadernos de Atenção Básica (CAB) nº 28 (Acolhimento à demanda espontânea – Queixas mais comuns na (AB). Volumes I e II) (BRASIL, 2011; 2012).

Para respaldar e orientar os atendimentos, os diversos profissionais da ESF utilizam inúmeros protocolos e cadernos de AB, tais como: CAB32, Pré-natal de baixo risco; CAB26, Saúde Sexual e reprodutiva; CAB18, HIV/AIDS e Hepatites e outros; CAB21 Vigilância; CAB37 Hipertensão; CAB 28 Acolhimento à demanda espontânea; CAB 35 Estratégias para o cuidado das pessoas com Doença Crônica, entre outros. Também, com o intuito de melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos, no ano de 2011, a ESF Santa Rita aderiu ao Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade de Atenção Básica (PMAC) e desde então vem trabalhando para adequar as ações desenvolvidas e as estruturas disponíveis, a fim de qualificar a assistência ofertada aos usuários.

No que diz respeito à vigilância em saúde, são realizadas ações de acompanhamento, busca ativa, notificações e discussão dos casos em equipe. As reuniões de equipe são realizadas semanalmente com duração de 2 horas, tratando-se de um importante momento respaldado e assegurado enquanto parte do processo de trabalho da unidade.

Por conseguinte, são realizadas visitas domiciliares rotineiramente pelas ACS e também pela equipe, principalmente aos pacientes idosos, acamados, portadores de necessidades especiais, pacientes com dificuldade de locomoção, paciente com dificuldades de adesão ao tratamento, puérperas e recém-nascidos. Ações estas previstas pelas legislações da AB.

2.1.6 População da ESF Santa Rita

Inicialmente, o território da ESF Santa Rita foi formado por famílias do interior que se mudaram para a área urbana a fim de trabalhar na BRF (Brasil Foods), empresa frigorífica instalada no território. Devido a este fato, a população do território cresceu progressivamente nos últimos anos, integrando também imigrantes de outras regiões que também vieram em busca de trabalho.

No ano de 2003, inaugurou-se no território a ESF Santa Rita, que compreende a equipe nº 04 do município de Marau. Atendendo a população adstrita no território e atuando em consonância com os princípios e diretrizes previstas pelo SUS.

O território abrangido pela ESF é dividido em 05 micro áreas, sendo que, em cada uma delas existe uma ACS atuante.

Atualmente, a ESF é responsável pelo atendimento de 1.479 indivíduos, provenientes de 564 famílias. Dentre essa população, 54 são crianças menores de 02 anos, 176 são idosos e 15 gestantes. Ainda, soma-se 272 indivíduos são hipertensos e 57 diabéticos (dados advindos do levantamento realizado pelas Agentes Comunitárias de Saúde da ESF no ano de 2016).

Entretanto, dados do IBGE do ano de 2010 apontam que a população atendida pelo território abrangente da ESF Santa Rita seria de 3.364 pessoas, sendo 1.716 homens, 1.648 mulheres num total de 1.163 domicílios (IBGE, 2010).

Devido à alta rotatividade de moradores do território (consequência da procura por emprego nas empresas da área), entende-se que, é difícil fazer um levantamento adequado da população adstrita. Dessa forma, os números do levantamento do IBGE, do cadastramento das ACS e do sistema G-MUS são divergentes e não refletem fidedignamente a realidade da população assistida pela ESF, fato que muitas vezes dificulta o planejamento e organização das ações desenvolvidas.

Entre as principais dificuldades vivenciadas pelos indivíduos do território, citam-se: drogas, alcoolismo, violência contra a mulher, doenças ocupacionais e problemas relacionados à saúde mental. Posto isso, entende-se que a população adstrita possui demandas diversificadas, tornando-se essencial a atuação multidisciplinar para a qualificação da assistência ofertada.

2.2. ESCOLHA E PLANEJAMENTO DA INTERVENÇÃO

2.2.1 Justificativa

A violência contra a mulher, além de ser um problema de saúde pública, que por si só justificaria a necessidade de reflexão sobre o tema, é também uma grande demanda da ESF Santa Rita. É grande o número de mulheres que trazem como queixa questões relacionadas à violência, apesar deste não ser o principal motivo que lhes fazem procurar ajuda. Todavia, têm-se percebido que existe, na fala de muitas mulheres, situações de violência, que nem sempre são percebidas pelas mesmas como tal.

Além disso, apesar da grande incidência de casos de violência contra a mulher no território, e da preocupação dos profissionais com esta questão, são poucas as ações na ESF direcionada ao cuidado destas mulheres. Elas são avaliadas quanto aos seus sintomas clínicos, e encaminhadas pelos profissionais da equipe para acompanhamento com a Psicologia. Ademais, o assunto não faz parte das pautas de discussões da equipe, exceto quando diz respeito a algum caso específico.

Frente a estas questões, e ao fato da violência contra a mulher não ter sido tema de nenhum trabalho na ESF Santa Rita, faz-se necessário refletir sobre novas possibilidades de atenção à saúde para estas mulheres. E, também oferecer, além do acompanhamento psicológico, outros caminhos de cuidado, uma vez que, nem todos reconhecem o espaço do atendimento individual com a Psicologia como necessário e/ou estão dispostos a fazê-lo, pelos mais diversos motivos.

O Grupo de Artesanato, que acontece semanalmente na ESF, pode ser compreendido como uma possibilidade alternativa de cuidado para estas mulheres. Este grupo é composto por mulheres que através do artesanato expressam o que sentem e trazem suas vivências relacionadas a conflitos familiares e situações de violência não reconhecidas como tal.

Assim, a presente proposta de pesquisa se justifica pela falta de ações e de discussões sobre o assunto na ESF Santa Rita, na qual a residente está inserida, e pela relevância deste, enquanto traz sofrimento psíquico para as vítimas, e significativa demanda de trabalho para a equipe de saúde.

2.2.2 Problema

A partir do relato das mulheres participantes do grupo de artesanato da ESF Santa Rita, na cidade de Marau (RS), percebe-se diversas situações de violência a que estas estão submetidas, das mais variadas formas. Todavia, percebe-se certa naturalização desta violência, demonstrada pelo não reconhecimento destas de ser ou já ter sido vítima de violência contra a mulher. Assim, entende-se que é necessário realizar um trabalho na ESF para que estas mulheres possam reconhecer a violência que sofrem, contribuindo para a desnaturalização deste fenômeno.

2.2.3 Objetivo geral

Analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade neste processo, a partir da perspectiva das mulheres que frequentam o grupo de artesanato na ESF Santa Rita.

2.2.4 Objetivos específicos

- Identificar as situações de violência que as mulheres sofrem no cotidiano e a capacidade de reconhecimento dessas situações como violências;
- Analisar a potencialidade do grupo de artesanato da ESF como dispositivo de cuidado integral à saúde.
- Refletir sobre o tema da violência contra a mulher e diferentes possibilidades de cuidado com a equipe da ESF.

2.2.5 Referencial teórico conceitual

2.2.5.1 A Violência contra a mulher como fenômeno na Saúde Coletiva

Historicamente a igualdade de direitos vem sendo negada às mulheres. No que diz respeito à privilégios, benefícios e reconhecimento social, os homens sempre estiveram em vantagem. As mulheres, por sua vez, tiveram suas identidades marcadas por uma cidadania de “segunda categoria” (p.8), que lhes foram atribuídas por uma cultura patriarcal, que sempre a definiu e lhe conferiu algum valor a partir de sua relação com o homem. Mesmo que, a cada

dia, se torne mais perceptível o quanto as possíveis razões dessa superioridade são frágeis e insustentáveis, a libertação radical deste pensamento ainda não foi alcançada (GEBARA, 2000).

Apesar dos direitos conquistados até então e da aparente valorização, as mulheres continuam sendo vítimas de violência de todas as formas e em todos os espaços. O peso do patriarcado, vigente desde os povos primitivos, ainda é extremamente grande no que diz respeito à subordinação das mulheres aos homens. Apesar da diferença no grau de domínio de um sobre o outro, a natureza do fenômeno continua a mesma; “apresenta a legitimidade que lhe atribui sua naturalização” (SAFFIOTI, 2009, p.6). Entende-se, nesta pesquisa, o conceito de violência contra a mulher segundo o descrito pelo Conselho Nacional de Justiça

“É qualquer conduta - ação ou omissão - de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial. Essa violência pode acontecer tanto em espaços públicos como privados”. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA).

A diferença de gênero constituiu-se, através dos séculos, como fator de discriminação para o feminino, desencadeando relações desiguais de poder na família e no trabalho, e modos de inserção social preconceituosos e desfavorecidos (PULGA-DARON, 2009). Os atributos ligados ao universo masculino são glorificados e baseados em uma ideologia que naturaliza o controle do homem sobre a sociedade de forma geral (DATAFOLHA; INSTITUTO BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2016).

“Neste regime, as mulheres são objetos da satisfação sexual dos homens, reprodutoras de herdeiros, de força de trabalho e de novas reprodutoras. Diferentemente dos homens como categoria social, a sujeição das mulheres, também como grupo, envolve prestação de serviços sexuais a seus dominadores” (SAFFIOTI, 2009, P.10).

O resultado da convivência com esta discriminação, é uma sociedade com suas mulheres sofrendo todo tipo de violência.

Nesse sentido, cabe destacar que a violência contra as mulheres se expressa em agressões físicas, emocionais, psicológicas, familiar e intra-familiar, assédio sexual, assédio moral, violência sexual, estupro, violência patrimonial, dentre outras formas de violação da dignidade e vida das mulheres. Essas diversas formas de violência a que as mulheres são submetidas no seu cotidiano produzem adoecimento, marcas físicas e psíquicas, que lhes faz procurar os serviços de saúde para um alívio na dor ou sofrimento. Nessa busca, nem sempre

as mulheres têm consciência de que são violentadas e os serviços de saúde percebem que se trata de uma situação de violência.

2.2.5.2 Naturalização da violência contra as mulheres e a sua reprodução

Segundo Waiselfisz (2015), só no ano de 2013, 4.762 mulheres foram vítimas de violência no Brasil. A taxa de feminicídios foi de 5,82 óbitos por 100 mil mulheres, do ano 2009 a 2011, e estima-se que ocorrem, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia (GARCIA et al.).

A pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016) mostrou que 85% das mulheres brasileiras afirmam ter medo de sofrer violência sexual, enquanto 42% dos homens concordam com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”. Pensamentos como estes são corriqueiros, uma vez que, a sociedade culpabiliza as mulheres pelas atitudes dos homens: as vítimas são responsáveis pela violência que sofrem. Segundo números do ano de 2014, uma mulher no mundo é estuprada a cada 11 minutos. Considerando que um grande número de mulheres que sofre violência sexual não registra denúncia na polícia, este número deve ser ainda maior.

Segundo Saffioti (2009), no que diz respeito à educação as mulheres também são prejudicadas e negligenciadas enquanto profissionais: elas têm menor acesso à educação adequada, ao mercado de trabalho e a justa remuneração. A diferença é tamanha, que os salários das trabalhadoras brasileiras representam de 60% a 64% dos salários dos trabalhadores brasileiros.

Em contrapartida ao que se espera dos homens, as mulheres vistas como dignas de admiração são aquelas que se auto sacrificam, que são submissas aos homens e que são boas mães e esposas. A partir do momento que a mulher foge a estes ideais, que são determinados por um sistema machista e patriarcal, sem, em nenhum momento, escutar a voz das mulheres, a violência contra ela passa a ser socialmente tolerada. O homem se sente autorizado, então, a praticá-la, como forma de punir e corrigir a conduta transgressora feminina (WAISELFISZ, 2015).

A naturalização desta violência é tão grande, que ela acaba se repetindo nos locais que deveriam ser de acolhimento e atendimento. Inúmeros profissionais destas áreas estratégicas repetem a mesma “lógica justificadora” e culpabilizam a própria mulher pelo motivo que lhe fez procurar ajuda (PULGA-DARON, 2009). Nos serviços de saúde, por exemplo, as mulheres

são responsáveis por 67% dos calmantes dispensados (SAFFIOTI, 2009). Outras possibilidades de cuidado poderiam e deveriam estar sendo ofertadas no lugar desta medicalização, já que, apenas supermedicalizando os seus sofrimentos, repete-se a violência e a culpabilização.

O preconceito e o pouco conhecimento dos profissionais sobre o assunto são os fatores responsáveis pela falta de estratégias de enfrentamento desta violência para as mulheres, uma vez que, este dificilmente é um assunto que faz parte da pauta de discussões das equipes de saúde (PULGA-DARON, 2009).

Os estudos apontam a necessidade de ações específicas e intersetoriais no campo da saúde para a compreensão, desnaturalização e cuidado integral às mulheres vítimas de violência como estratégias de acolhimento e cuidado das mesmas.

2.2.5.3 A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

A saúde da mulher passou a fazer parte das políticas nacionais de saúde no início do século XX. Porém, era limitada as demandas de gravidez e parto. A partir da década de 30 foram elaborados programas materno-infantis, que continuaram a apresentar uma visão restrita sobre a mulher, desta vez, baseada na sua condição orgânica e no seu papel de mãe e doméstica.

O movimento de mulheres, com importante atuação na saúde, contribuiu para introduzir na agenda política nacional questões relacionadas as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre homens e mulheres, aos problemas associados a reprodução e a sexualidade, e a sobrecarga de trabalho das mulheres. Estas questões, até então, não faziam parte do debate nacional, por serem consideradas restritas ao espaço privado.

As mulheres, organizadas, reivindicaram sua condição de sujeito de direitos, com necessidades que vão além da gestação e do parto, demandando um cuidado que influenciasse na melhoria das condições de saúde ao longo de todos os ciclos de vida.

Em 1984 o Ministério da Saúde apresenta o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), rompendo com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres, até então em vigor.

Trabalhar a saúde integral da mulher é reconhecer a desigualdade de gênero tão enraizada na sociedade brasileira, que coloca a mulher em uma posição de subalternidade em relação ao homem. Todavia, para que isto ocorra...

“É necessário intervir no modelo vigente de atenção à saúde mental das mulheres, visando a propiciar um atendimento mais justo, mais humano, eficiente e eficaz, em que a integralidade e as questões de gênero sejam

incorporadas como referências na formação dos profissionais que atendem a esse grupo populacional e podem intervir positivamente nessa realidade” (BRASIL, 2004, p. 46).

Para que os profissionais possam compreender as reais necessidades das mulheres que procuram um serviço de saúde, é necessário que passem a incorporar em sua prática a concepção de que a saúde mental destas mulheres é determinada, em grande parte, pelas questões de gênero, associadas as condições socioeconômicas e culturais. Só assim, o SUS será capaz de ofertar um atendimento realmente integral.

2.2.6 Metodologia

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, que se caracteriza pelo aprofundamento no mundo dos significados das ações e relações humanas, com um nível de realidade que não pode ser quantificado (MINAYO, 2012). É uma pesquisa exploratória, em relação aos objetivos, em que, segundo Gil (2008), busca discutir e transformar conceitos e ideias, buscando uma visão global sobre determinado fato. Em relação aos procedimentos técnicos, é uma pesquisa-ação, em que o contato direto com o campo é privilegiado (GIL, 2002), assim como a interação entre pesquisador e participantes como afirma Thiollent (1986):

“Um dos principais objetivos dessas propostas consiste em dar aos pesquisadores e grupos de participantes os meios de se tornarem capazes de responder com maior eficiência aos problemas das situações em que vivem, em particular sob forma de diretrizes de ação transformadora. Trata-se de facilitar a busca de soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído” (THIOLLENT, 1986, p.8).

A pesquisa, embora reconhecida como uma prática teórica, vincula pensamento e ação. A investigação está, portanto, relacionada a “interesses e circunstâncias socialmente condicionadas” (MINAYO, 2012, p. 17), resultado de determinada inserção no real.

Assim, para embasar esta pesquisa será utilizado o referencial teórico e documental que aborda: a violência contra a mulher como fenômeno na saúde coletiva; a naturalização da violência e a Política Nacional de Atenção a Mulher.

2.2.6.1 Instrumento de pesquisa: Oficinas terapêuticas

Oficinas terapêuticas são espaços de encontro de vidas de pessoas em sofrimento psíquico, que, através da arte, promovem a expressão da liberdade, o exercício da cidadania e a convivência com os diferentes (VALLADARES, et al., 2003).

- Serão realizadas duas oficinas terapêuticas com as mulheres que frequentam o grupo de artesanato na ESF Santa Rita (APÊNDICE I).
- O Grupo de Artesanato é composto por 12 mulheres. Foi escolhido, em detrimento de outros que também acontecem na ESF, por contar com a participação de mulheres de diferentes faixas etárias. Também, pelo fato da pesquisadora-residente estar mais próxima e ter maior vínculo, uma vez que, está na coordenação do grupo há um ano. Importante salientar que, para a temática em estudo, é importante haver uma proximidade prévia entre sujeito e pesquisador, por tratar-se de um tema que suscita emoções e sentimentos relativos à experiência com a violência.
- Além do artesanato produzido pelas mulheres, diferentes ações em saúde são realizadas no Grupo de Artesanato, por meio de rodas de conversa e dinâmicas de grupos. Os assuntos abordados são sugeridos pelas próprias mulheres participantes, ou trazidos pelos membros da equipe de saúde. Assim, as mulheres já estão habituadas ao tipo de atividade proposta pelas oficinas terapêuticas deste projeto.

2.2.6.2 Critérios de inclusão

- Participar do grupo de artesanato da ESF Santa Rita, há, pelo menos, um ano.

2.2.6.3 Critérios de exclusão

- Ser menor de 18 anos.

Descrição do processo inicial de convite às mulheres para participar da pesquisa e da obtenção e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE): em um encontro do grupo de artesanato, a residente convidará todas as mulheres do grupo para participar da pesquisa e tomará conhecimento do interesse de cada uma delas. Será agendado um dia e horário para a oficina, levando em consideração a disponibilidade da maioria. Em um primeiro momento, o TCLE será apresentado e as possíveis dúvidas sanadas. Após, será assinado em duas vias.

2.2.6.4 Organização e análise dos dados e das informações

Os dados serão levantados a partir da realização de duas oficinas terapêuticas. Estas serão gravadas em áudio, mediante a concordância das participantes e, após, serão transcritas na íntegra, de forma digitalizada. Tanto as gravações como as suas transcrições serão armazenadas em arquivos digitais, no computador pessoal da residente, em que somente ela tem acesso, e serão mantidas por um período de cinco anos. As participantes terão seus nomes resguardados, sendo usado codinomes para representá-las.

2.2.6.5 Análise de Conteúdo

Como forma de análise dos dados, será utilizado Análise de Conteúdo. Segundo Minayo (2012), a Análise de Conteúdo tem duas funções: a primeira seria encontrar respostas para as perguntas formuladas, e a segunda descobrir o que está por trás do que está sendo comunicado. As duas funções se complementam e podem ser aplicadas tanto na pesquisa qualitativa quanto na quantitativa. As três fases de realização da análise são:

- 1ª fase - Pré análise: organização do material e definição de unidades de registro, de contexto, trechos importantes e categorias, a partir dos objetivos e questões de estudo da pesquisa. Leitura exaustiva do material.
- 2ª fase - Exploração do material: momento de aplicação do que foi definido na fase anterior. Necessidade de inúmeras leituras de um mesmo material.
- 3ª fase - Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: tentativa de desvendar o conteúdo subjacente ao manifesto.

2.2.6.6 Procedimentos relativos à ética de pesquisa junto a seres humanos

Este projeto de pesquisa seguirá a Resolução 466/2012, e será encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal da Fronteira Sul. A pesquisa somente terá início após a aprovação do projeto.

2.2.6.7 Análise crítica de riscos e benefícios

Uma vez que, toda pesquisa oferece riscos e benefícios aos seus participantes, pode-se dizer que o risco desta pesquisa foi dimensionado como médio, e está relacionado ao desconforto psíquico das mulheres participantes em relembrar e reviver situações de violência

que possivelmente lhes causaram sofrimento. Como forma de minimizar estes riscos, será oferecido acompanhamento psicológico para as mulheres que, porventura, venham a se sentir abaladas psicologicamente após participar desta experiência. Este será oferecido na própria ESF, pelo SUS, e será realizado pela Psicóloga preceptora do local.

O benefício direto diz respeito à oportunidade de poder ressignificar experiências e conceitos relacionados a todas as formas de violência sofridas ao longo da vida, e o indireto, ao fato de contribuir com uma discussão maior que envolve a luta pelos direitos das mulheres e a sua valorização.

2.2.6.8 Medidas de proteção à confidencialidade

As participantes terão seus nomes preservados, sendo usado codinomes para identificá-las. Estas informações, relativas a confidencialidade dos nomes e das informações, estão descritas no TCLE (APÊNDICE II). Os dados coletados serão armazenados em segurança pela residente durante cinco anos, em seu computador pessoal. Os resultados serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas, mantendo sempre o sigilo dos dados pessoais.

2.2.6.9 Critérios para suspender ou encerrar a pesquisa

Será considerado como critério para suspender ou encerrar a pesquisa, a recusa de todas as mulheres do grupo de artesanato da ESF Santa Rita, em participar da pesquisa.

2.2.6.10 Termo de consentimento livre esclarecido

Somente participarão da pesquisa as mulheres do grupo de artesanato da ESF Santa Rita que aceitarem, após leitura e explicação dos objetivos do TCLE. Estas assinarão, então, o TCLE em duas vias, sendo que, uma ficará consigo, e a outra será arquivada. Será explicado oralmente que elas poderão interromper ou desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

2.2.6.11 Socialização dos resultados

Será organizado uma devolutiva dos resultados para as mulheres participantes. Esta acontecerá na ESF Santa Rita, na cidade de Marau/RS, mesmo local em que as oficinas terapêuticas serão realizadas. As mulheres serão convidadas a participar deste encontro, que acontecerá no horário do Grupo de Artesanato. Os resultados serão expostos por meio de apresentação de slides, e no fim será realizado uma roda de conversa para que as participantes possam expressar suas opiniões, percepções e sentimentos. O mesmo processo de devolutiva

dos resultados também será organizado para a equipe de trabalho da ESF Santa Rita. Ambos serão agendados para o 1º semestre de 2018.

Os resultados ainda serão socializados por meio de eventos e/ou publicações científicas, garantindo sempre o sigilo dos dados pessoais.

2.2.7 Recursos financeiros

Ítem	Valor
- Material de artesanato para as oficinas	R\$130,00
-Material de escritório	R\$30,00
-Custo com impressões	R\$20,00
-Gravador	R\$350,00
TOTAL GERAL	R\$530,00

O projeto será financiado pela residente, autora deste projeto.

2.2.8 Cronograma

	1º semestre Mar-Ago/2016	2º semestre Set/2016- Fev/2017	3º semestre Mar- Ago/2017	4º semestre Set/2017- Fev/2018
Diagnóstico do território	X	X	X	
Elaboração do projeto		X		
Revisão de literatura	X	X	X	X
Submissão ao Comitê de Ética em Pesquisa			X	
Convite as participantes			X	
Oficinas Terapêuticas			X	X

Análise e interpretação			X	X
Elaboração do artigo				X

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

No percurso formativo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade, um dos dispositivos pedagógicos é a realização de um Projeto de Pesquisa-Intervenção com base nas necessidades da equipe de saúde local. O Projeto foi desenvolvido após a aprovação no Comitê de Ética da UFFS e pactuado também em reunião de equipe.

A metodologia adotada para esta pesquisa foi a qualitativa exploratória, do tipo pesquisa-ação, em que o contato direto com o campo é privilegiado (GIL, 2002), assim como a interação entre pesquisador e participantes. Esta metodologia tem como objetivo “facilitar a busca de soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído” (THIOLLENT, 1986, p.8).

Como instrumento de pesquisa optou-se pelas oficinas terapêuticas, que segundo Valladares et al. (2003) são espaços de encontro de vidas de pessoas em sofrimento psíquico, que, através da arte, promovem a expressão da liberdade, o exercício da cidadania e a convivência com os diferentes. Estas oficinas, com o número de duas, foram realizadas com as mulheres que frequentam o grupo de artesanato de uma ESF do município de Marau/RS, na qual a pesquisadora-residente está inserida, e os dados foram levantados no período de julho a novembro de 2017.

O grupo em questão é composto por 12 mulheres. Foi escolhido, em detrimento de outros que também acontecem na ESF, por contar com a participação de mulheres de diferentes faixas etárias. As principais características deste grupo são mulheres com faixa etária entre 18 a 70 anos de idade, a maioria tem nível de escolaridade de primeiro grau incompleto, integrantes de famílias de condições sócio-econômicas de baixa renda, com média de 2 filhos cada mulher, sendo uma apenas não ter filhos.

Outro aspecto considerado para a escolha deste grupo de mulheres para a realização da pesquisa foi o fato da pesquisadora-residente estar mais próxima e ter maior vínculo, uma vez que, exercia o papel de coordenação do grupo há um ano.

Este vínculo com a pesquisadora-residente e o vínculo criado entre as próprias mulheres permitiu que, ao longo dos encontros do grupo, estas se sentissem acolhidas para compartilhar trechos de suas vidas. Entre conquistas e dificuldades, muitas falas traziam situações de violência dos mais variados tipos, situações que não pareciam causar nenhum espanto ou

sentimento de desconforto em quem contava, ou em quem ouvia. Foi então que surgiu a ideia de desenvolver a pesquisa sobre a naturalização da violência contra a mulher.

Para esta temática, o fato de haver uma proximidade prévia entre sujeito e pesquisador é um importante fator, pois este é um tema que pode vir a suscitar diferentes emoções e sentimentos relativos às experiências de violência vivenciadas.

Além do artesanato produzido pelas mulheres, diferentes ações em saúde são realizadas neste grupo, por meio de rodas de conversa e dinâmicas de grupos. Os assuntos abordados são sugeridos pelas próprias mulheres participantes ou trazidos pelos membros da equipe de saúde. Assim, as mulheres já estão habituadas a atividades como as propostas para esta pesquisa.

Participaram das oficinas terapêuticas as mulheres que já frequentavam o grupo de artesanato há, pelo menos, 1 ano, e as maiores de 18 anos.

Os objetivos da pesquisa assim como os riscos e os benefícios em participar dela foram explanados para as participantes, e em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias. As oficinas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

As oficinas terapêuticas foram organizadas da seguinte forma: a primeira teve como objetivo refletir a respeito de letras de músicas que trazem explicitamente questões de violência contra a mulher e que não são reconhecidas como tal, demonstrando o quanto a sociedade naturaliza e contribui na reprodução desta cultura de violência.

Para isto, foram escolhidas músicas conhecidas popularmente, como “Um tapinha não dói”, “Malandramente”, “Ajoelha e Chora” e “Baile de favela”. As músicas foram ouvidas enquanto as mulheres acompanhavam com a letra da música impressa. Após esta primeira reflexão, as mulheres foram então convidadas a repensar suas histórias de vida por meio da expressão artística de dois momentos importantes, um positivo e um negativo. No final, cada uma apresentou o material por si construído.

A segunda oficina terapêutica teve como objetivo refletir sobre como o corpo da mulher é marcado pela visão preconceituosa e violenta da sociedade, que faz, muitas vezes, de seu corpo um objeto e o quanto esta visão influencia suas percepções sobre os seus próprios corpos.

Para isto, as participantes foram convidadas a confeccionar uma boneca representando a si mesma, com o auxílio de linha, agulha, tecidos e enchimento, material custeado pela própria residente-pesquisadora. Em seguida, cada uma foi convidada a responder as seguintes perguntas: quais os caminhos percorridos pela boneca, quais as suas características e quais os motivos para se orgulhar dela. Após todas responderem, foi conversado a respeito das questões que emergiram dessa construção.

Assim, a partir das falas das mulheres nestas duas oficinas terapêuticas foi possível fazer a análise de conteúdo e as referidas categorizações para dar conta dos objetivos da pesquisa desenvolvida. Como forma de desidentificação das participantes, seus nomes foram substituídos pela letra “P” de participante, seguido de um número aleatório.

A presente pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos, está de acordo a Resolução 466/2012 e tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, com o número 2.148.314.

Os principais elementos de reflexão a partir do processo de investigação e interação com as mulheres possibilitado no desenvolvimento desse projeto de pesquisa-intervenção, foi possível identificar as seguintes categorias temáticas: a) O grupo como dispositivo de cuidado mútuo; b) A reprodução social do papel da mulher: Uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos filhos e aos cuidados de saúde da família; c) Corpo, Sexualidade e Naturalização da Violência. Essas temáticas se entrelaçam entre si e desafiam a construção de estratégias de integralidade, a intersectorialidade da atenção à saúde e o papel dos profissionais e das equipes na Atenção Primária à Saúde.

2.3.1 O grupo como dispositivo de cuidado mútuo

Segundo Zimmerman e Osório (1997) todos os grupos exercem uma função psicoterápica, até mesmo os que não são de natureza especificamente terapêutica. O grupo de artesanato que acontece na ESF é, a princípio, um grupo de convivência, em que as mulheres participantes compartilham entre si os seus saberes sobre o fazer artesanato e aprendem juntas o que ainda não sabem. Há, todavia, elementos importantes que compõe e justificam o grupo que ultrapassam o fazer artesanato, e que estão relacionados a esta função psicoterápica descrita pelos autores.

Existe, no grupo, uma preocupação coletiva em terminar o artesanato no mesmo dia em que foi iniciado, para poder levá-lo para casa. Este “levar para casa” significa tornar visível para os familiares uma produção sua e ser reconhecida por isto, que é uma atividade diferente das suas habituais, que incluem o cuidado com os filhos e com a casa. Além de proporcionar momentos como estes, que reforçam a capacidade de se reinventar nas mulheres, as oficinas terapêuticas demonstraram que o grupo também funciona como um dispositivo de cuidado mútuo, como nos depoimentos que seguem:

“P1: Fazia tempo que tu não vinha né P2?

P2: Pois é, na outra semana eu fui pra fora ajudar o meu marido, aí não pude vim...

E a P11, não veio?

P3: A P11. não veio hoje

P2: Eu achei que ela vinha, faz tempo que não vejo ela...

P4: Acho que ela não veio semana passada também

P2: Aquele dia que a gente fez a flor ela também não veio! Será que aconteceu alguma coisa?

P4: Se ela não “vié” hoje, depois vou passar lá na casa dela!”

O grupo é tido pelas mulheres como um compromisso que é levado a sério. Sendo assim, quando uma participante falta, surge a preocupação sobre os possíveis motivos que não lhe permitiram comparecer naquele dia. O cuidado de uma com a outra também está presente quando alguma mulher precisa levar os filhos pequenos juntos.

“P6: P1 Tu “vai” cortando aqui pra mim que eu vou cuidar um pouco da nenê pra P5 conseguir terminar o dela...

P7: Depois eu troco também!

P4: Eu também!”

Este ambiente de trocas, de afetos e de cuidado mútuo que compõe o grupo de artesanato demonstra o papel que este ocupa na vida das participantes. O potencial preventivo dos grupos, segundo Dias, Silveira e Witt (2009) vem da possibilidade de pessoas em situações semelhantes compartilharem suas experiências comuns. É possível reconhecer nas histórias de vida das mulheres participantes fatos que se repetem, como a rotina de trabalho doméstico, a responsabilidade exclusiva pelos cuidados com os filhos, a dependência financeira do companheiro e o pequeno tempo destinado para cuidar de si.

Esta realidade compartilhada é, talvez, o que as encoraje a falar de si, sobre suas conquistas, suas dificuldades e seus sofrimentos. O grupo se torna tão importante à medida que permite e proporciona estes movimentos, de crescer psicologicamente com as experiências emocionais que acontecem nas inter-relações (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Frente a rotina de trabalho massiva e não reconhecida das mulheres e a desvalorização do seu papel na sociedade, ela vem buscando acolimento em diversos lugares. Um deles, é a unidade de saúde. Neste local, todavia, o que muitas encontram é a prescrição de medicamentos como forma única de cuidado. De acordo com Saffioti (2009), as mulheres são responsáveis por 67% da dispensação de calmantes nos serviços de saúde; não obstante, pesquisas indicam que mulheres que vivem em situação de violência, mesmo que sem “diagnóstico formal”, recebem maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes (SCHRAIBER et al., 2000).

A maior responsabilidade dos serviços de saúde está no ato de reconhecer e acolher as mulheres vítimas de violência antes que ocorrem sequelas ou incidentes mais graves

(BECCON, 2018). Entretanto, este continua sendo um desafio, pois muitos profissionais são próprios reprodutores de violência, não acolhendo a vítima, e ainda a culpabilizando pela violência que sofreu.

Segundo Waiselfisz (2015), só no ano de 2013, 4.762 mulheres foram vítimas de violência no Brasil. A taxa de feminicídios foi de 5,82 óbitos por 100 mil mulheres, do ano 2009 a 2011, e estima-se que ocorrem, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia (GARCIA et al.). Ainda, a pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016) mostrou que 85% das mulheres brasileiras afirmam ter medo de sofrer violência sexual.

O medo e o sofrimento não cabem em um diagnóstico. Tampouco se tem como meios. Contudo, poderão aparecer no corpo, de diversas formas, como manifestações das feridas da alma (SAFFIOTI, 2009). A medicalização não cessará com o medo e o sofrimento, e repetirá a mesma lógica de violência, não acolhendo, não ouvindo e não possibilitando o pensar sobre. Frente a necessidade de novas formas de cuidado...

“Conclui-se que a possibilidade de detecção de casos, seu acolhimento e alguma resposta do serviço, requer especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência contra mulheres possa emergir, seja enquanto a criação de canais de comunicação, em que o relato pode ser pronunciado pelas mulheres e ouvido pelo serviço, seja enquanto criação de possibilidades de escuta” (SCHRAIBER et al., 2000, p.9).

Os grupos de convivência que acontecem nas ESFs, de forma geral, são importantes dispositivos de cuidado a serem explorados pelos profissionais como tal. O grupo de artesanato em questão se constituiu, com as oficinas terapêuticas, como o importante canal de comunicação citado por Schraiber et al (2000), à medida que possibilitou a criação de um ambiente de acolhimento e estava disponível para realmente ouvir as histórias destas mulheres que não tinham sido contadas em nenhum outro momento.

O funcionamento do grupo permite estes compartilhamentos, e auxilia na promoção da compreensão de diferentes realidades enfrentadas pelos participantes (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). O vínculo que se cria no grupo impulsiona a criação de uma rede de amizades fora do ambiente da unidade de saúde, reforçando o bem-estar e a auto-estima.

“P5: E tu A. tem que idade?

P4: 42!

P1: Não dá pra dizer né, A. tá interona!”

“P7: Eu gosto de fazer artesanato, pena que eu não sou tão talentosa assim...”

P8: Claro que tu “é”, olha só o que tu “tá” fazendo...”

Além de oportunizar o aprendizado sobre determinado assunto ou tarefa e dividir informações, o trabalho com grupos amplia as perspectivas de análise e intervenção dos participantes “tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade” (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 223/224).

Para que esta reflexão fosse possível, um dos dispositivos centrais utilizados nessa pesquisa foi a escuta das histórias de vida das participantes. A relação de confiança que existe no grupo permitiu que as mulheres se sentissem seguras e acolhidas para contar trechos de suas histórias. O ato de contar a sua história permite que as mulheres percebam a sua condição de vida e se reconheçam nas histórias das outras. Este movimento permite a ressignificação das próprias vidas, abrindo caminhos de libertação e de rompimento dos ciclos de reprodução de violência geracionais.

“P3: Na verdade todas essas bonecas são guerreiras né, sofremos pra tudo que é lado... Eu passei as minha... As minha batalha! Sempre tem as lutas na vida da gente! Não adianta, tem que ter força, por mais que, por tudo que tu passar, tem que ter força e seguir em frente, lutar, vencer! As vezes a gente tem aquele tempo, que dá vontade de largar tudo e sumir do mundo, mas... para e pensa, não é assim! É só um tempo!”

“P4: Eu tive depressão profunda... Já fui até internada no hospital lá... mas hoje eu “tô”, graças a Deus eu “tô” aqui! [...] Ah, tanta coisa... Por causa que assim, eu andava “meia” triste, porque eu perdi o meu pai, meu sobrinho, mas... tive força pra recomeça! Eu andava de cabeça baixa, agora eu levantei a cabeça!”

“P6: A minha boneca ainda é nova! Mas ela já percorreu caminhos de filho, de casa, de trabalho... É uma boneca guerreira!”

“P8: Que motivos que eu tenho? Pergunta difícil... eu acho que... que ela é assim, que se for ver de um certo... ela é batalhadora, o que ela quer ela vai e corre atrás!”

“P2: Eu “sô” sofrida, desde pequeninha, com 45 dias minha mãe morreu, eu tinha 45 dias... eu passei por 3 famílias antes de casar... Foi grande a minha história, se fosse olha dava um livro! A mãe morreu de hemorragia e o pai, ele só sabia “bebê” e “faze” filho! Daí a mãe morreu ele começou a largar nós. Nós “tava” em 5, ele largou “tudo” os “filho”... Foi sofrido! Eu me orgulho né, de “tá” aqui ainda... Porque eu sempre tive força, a depressão me “pegô” uma vez, mas não deixei “toma” conta, consegui “dá” a volta!”

Apesar de diferentes, as histórias destas mulheres - assim como as de tantas outras - envolvem lutas diárias, grande fardo de responsabilidades, abandono e sofrimento. Situações

de violência de diferentes formas estão presentes em todas elas. Porém, o elemento constante dessas histórias é a superação! Mesmo com todas as dificuldades encontradas no caminho, o “seguir em frente “ e o “levantar a cabeça” estão presentes nestas mulheres, como uma força impulsionadora para a vida, já que as responsabilidades, a casa, os filhos, continuam, sempre, lhes esperando.

Assim, o grupo de mulheres se constitui como um dispositivo de cuidado mútuo e de potência para os profissionais de saúde contribuírem na identificação, no cuidado, no vínculo e na construção de estratégias de promoção, educação, cuidado em saúde; promoção da autonomia, protagonismo e superação de situações de violência que adoecem, se reproduzem e levam à morte. Pode ser também um impulsionador de reflexões na formação de profissionais de saúde inseridos no SUS e na potencialização das ações em rede, tão necessárias para a efetivação da integralidade e intersetorialidade.

2.3.2 A reprodução social do papel da mulher: Uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos filhos e aos cuidados de saúde da família

A diferença de gênero constituiu-se, através dos séculos, como fator de discriminação para o feminino, desencadeando relações desiguais de poder na família e no trabalho e modos de inserção social preconceituosos e desfavorecidos. A cultura patriarcal é responsável pela divisão sexual e intelectual do trabalho, impondo diferentes papéis para mulheres e homens. As primeiras se responsabilizam pela área de serviços e representações, enquanto os espaços de decisões continuam sendo ocupados por homens (PULGA-DARON, 2009).

P9: O trabalho da casa tudo de responsabilidade da mulher...

P10: E era assim antigamente, as nossas avós, tataravós, e tem uns “lugar” que continua tudo igual!

P9: É complicado isso daí!

P2: Como se os “homem” não “morasse” na mesma casa que a mulher né?”.

“P5: Hoje fiz o serviço todo correndo pra “dá” tempo de vim! Mas mesmo assim as “roupa” ficaram sem “dobra” e a cama do nenê sem “arruma”!”

P1: Mas isso dá pra fazer depois né?

P5: É, eu não gosto, mas que dá, dá! Antes ou depois sou eu que vou “te” que “faze” mesmo!”

É notável que, para as mulheres do grupo, a responsabilidade pelo serviço doméstico é única e exclusiva delas. A falta de tempo e espaço para si é, todavia, uma realidade compartilhada por inúmeras mulheres que se sentem sufocadas pelo cotidiano de trabalho que

lhes toma todo o tempo e as energias. Entretanto, é por meio deste que muitas encontram condições mínimas de sobrevivência e de proteção, mesmo quando junto a seus companheiros (GEBARA, 2000).

Segundo Saffioti (2009), no que diz respeito à educação, as mulheres também são prejudicadas e negligenciadas: elas têm menor acesso à educação adequada, ao mercado de trabalho e a justa remuneração. A diferença é tanta que os salários das trabalhadoras brasileiras representam de 60% a 64% dos salários dos trabalhadores brasileiros. Esta variação salarial é somente um dos fatores que caracterizam a dificuldade da mulher em participar do mundo dos negócios, somando a ele a intimidação física, o assédio sexual e a desqualificação intelectual, que independem da classe social (PORTO, 2004).

A dificuldade de acesso ao mercado de trabalho é mais uma forma da sociedade hierarquizada e machista silenciar e oprimir as mulheres, tornando-as ainda mais submissas ao domínio masculino (PORTO, 2004).

Associado a esta dificuldade, a baixa escolaridade e a responsabilidade pelos cuidados com os filhos dificultam ainda mais a busca por emprego, prendendo a mulher ao serviço da casa (GEBARA, 2000). Serviço este necessário e digno, porém não reconhecido e que não permite a mulher aprender novos afazeres e conhecer outras realidades para além dos muros da sua residência. A mulher continua então, repetindo todos os dias a mesma atividade, o mesmo modo de vida, que reproduz a mesma cultura de violência em que está inserida.

É sabido que mudanças estão acontecendo em relação a inserção da mulher no mercado de trabalho e na educação superior. Todavia, o perfil das mulheres vítimas de violência continua incluindo condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade, com tempo médio de oito anos de estudos, assim como histórico de violência na infância e sofrida pela mãe (BECCON, 2018). Esta, então, parece não ser uma realidade para as mulheres participantes da pesquisa.

Em contrapartida ao que se espera dos homens, as mulheres vistas como dignas de admiração são aquelas que se auto sacrificam, que são submissas aos homens e que são boas mães e esposas (WAISELFISZ, 2015). Por muito tempo a mulher aceitou este papel sem questionar, pois afinal, foi educada para isto, para ser a responsável pela família e por manter a sua honra (PULGA-DARON, 2009).

A divisão social do trabalho em uma sociedade patriarcal como esta, deixa às mulheres única e exclusivamente, como no trabalho doméstico, a responsabilização pela criação e cuidados com os filhos (GEBARA, 2000). Mais uma vez, estas assumem este papel como um “destino herdado”, que passa de geração em geração. “ No fundo, a maioria das mulheres está

convencida de que a responsabilidade maior para com os filhos é dela, muito embora, uma ou outra vez, falem da responsabilidade dos homens como pais” (GEBARA, 2000, p.55).

“P4: O que que ela tinha?

P3: Dor de ouvido... Passei umas noite acordada com ela que olha... Não quero nem lembrar!”

“P5: Mês que vem tenho que levar a nenê tomar vacina dos 4 meses... acho que são 4 vacinas... vai dar uma caminhadinha!

P1: Mas tu não pode ir de caminhando com dois nenê mulher?! É muito longe! Por que tu não pega um ônibus?

P5: Mas ônibus roda a cidade toda, daí não vale a pena, e táxi é muito caro... Eu vou de a pé mesmo!

P1: E tu não pode combinar com teu marido um dia pra ele te levar?

P5: Mas é que ele trabalha né, não tem como!

P7: Mas que dê um jeito um dia!”

É sabido que os papéis feminino e masculino, no que diz respeito a criação dos filhos, estão sofrendo mudanças, e que do pai está sendo cobrado maior participação. Todavia, pesquisas demonstram que os papéis tradicionais, do pai como provedor do lar e da mãe como responsável pelas tarefas domésticas, continuam sendo os mais retratados, principalmente em famílias menos favorecidas educacional e financeiramente² (DESSEN; OLIVEIRA, 2013), como é o caso das mulheres do grupo. Os próprios filhos, quando questionados, relatam que o pai é mais distante no que se refere a cuidado, atenção e orientação do que a mãe, que está mais próxima ao que esperam dela (GOETZ; VIEIRA, 2009).

Além da responsabilidade pelo cuidado com os filhos, à mulher também é reservado o cuidado com os netos e sobrinhos e aos familiares enfermos. A mulher é tida como a figura cuidadora da família. Na pesquisa realizada ficou evidente essa tarefa como natural para as mulheres.

“P3: A., ela é tua neta né?

P4: Sim, é filha da minha filha!

P5: Ela levou o gurizinho de volta né?

P4: Levou!

P1: E vai ficar contigo essa mesmo?

2 Além deste aspecto, cabe destacar que atualmente vem crescendo o número de mulheres chefes de família em que são as responsáveis pelo cuidado com os filhos e tarefas domésticas, ao mesmo tempo em que precisam trabalhar fora de casa para viabilizar o sustento da família.

P4: Essa é minha! Se eu levei ela lá ontem no pai dela e a vó dela, a outra, e eles não quiseram nem ver!

P3: Nem ver ela?

P4: Sim, eu peguei e agora não vou dar mais! Vai ficar comigo!

P5: E como que ela te chama?

P4: Me chama de mãe, vó, mas quando ela ficar mais grandinha já vai ficar sabendo que eu sou vó!”

“P8: E a nona como que tá?

P4: Tá bem. Tava dormindo quando eu sai...

P12: Quem é a nona P4?

P4: É a mãe do meu marido! Sobrou pra mim né? Ontem ela disse que fazia 3 dias que ela não tomava banho, aí eu tive que rir, eu disse nona, a senhora “acabo” de “sai” do banho, mas ela não “acredito”!”

“P2: E fora o resto que a gente passou na vida né, a sogra se quebrou ficou um ano se arrastando no chão que nem nenê, não podia caminhar mais, aí acho que de tanto eu forçar pra erguer ela que deu o câncer... Pelo menos o doutor disse que foi de tanto a gente se incomodar, de tanto que sofria pra erguer ela pra cima... É que era só eu e o marido, ele tinha que trabalhar, era eu que me virava... Ela ficou meio perdida das ideia, eu tinha que faze sopa pra ela... passei um ano fazendo sopa no fogão, e ela atirava tudo no chão... Eu sei o que eu já passei...”

Ao serem convidadas a expressar um momento marcante positivo de suas vidas, a grande maioria das mulheres retratou o nascimento dos filhos.

“P1: Eu coloquei como marcante né, que foi o nascimento dos meus filhos.

P3: Positivo é o nascimento dos meus filhos, que nem a P1 falou.

P11: Eu também é o nascimento das minhas filhas.

P12: Eu é o nascimento da minha filha, minha princesinha né?!

P9: Ah eu, meus quatro filhos, cinco com o E. que eu to criando como se fosse meu filho, que eu amo eles de todo o meu coração e isso é verdade.

P7: Pra mim, a minha boa foi o X. né, meu filho.

P8: Então eu o meu positivo, foi o nascimento da minha nenê”

Por outro lado, a única participante do grupo que não tem filhos, ao refletir sobre momentos marcantes...

“P2: É pra falar sobre a família né? Eu não tive filhos, daí não sei o que fazer na folha!”

A fala destas participantes demonstra o quão a vida das mulheres está entrelaçada com a maternidade, e somente parece fazer sentido quando se alcança o tão almejado “título de mãe”.

Seus momentos positivos são, em sua grande maioria, relacionados aos filhos; a vida profissional ou os sonhos pessoais em nenhum momento são mencionados, assim como o relacionamento com o companheiro.

O nascimento dos filhos é o grande acontecimento da vida destas mulheres, sua grande conquista. A justificativa para isto pode estar relacionada ao fato de que por meio dos filhos elas podem ser reconhecidas socialmente, já que não encontrariam este reconhecimento por outras vias (MURARO, 1990). Como os filhos são de responsabilidade da mãe, ter um filho com características prestigiadas pela sociedade é sinal de um bom trabalho. Esta relação se evidenciou nas respostas das mulheres aos motivos que tinham para se orgulhar delas mesmas.

“P5: Pelo sonho que eu realizei, meu sonho era ter meus filho! É o que eu mais queria te na vida eu tenho hoje! Eu realizei o meu sonho!”

“P8: Eu sou uma... mãezonha eu não sou, mas sou uma mãe... Ainda tenho que evoluir muito, crescer muito...”

Ao aprofundar essa questão, a violência contra a mulher pode ser reproduzida de diferentes formas, do plano simbólico até a violência física (PORTO, 2004). A imposição de papéis sociais, como os discutidos anteriormente, de única responsabilidade pelos cuidados com a casa e com os filhos, se constitui também como violência contra a mulher. A perpetuação desta situação “vai destruindo a capacidade produtiva da mulher, seu desenvolvimento (em termos de educação e trabalho), sua qualidade de vida e sua auto-estima” (PULGA-DARON, 2009, p.28). Além disso, também compromete o padrão de subjetivação das futuras gerações.

Assim, é fundamental nos processos de formação dos profissionais de saúde a reflexão sobre as relações humanas nos contextos familiares, perpassando a análise de gênero, raça-etnia, geração, orientação sexual e a construção histórico-social-cultural e simbólica dessas relações e dos papéis de cada um (a). Cabe destacar que essas relações são relações de poder e de produção de saúde ou de adoecimento. Perceber, compreender, analisar e desnaturalizar esses processos de dominação, discriminação e violência contra as mulheres é um marcador importante para a construção de estratégias de educação, promoção e cuidado em saúde articulados com a construção de cultura de paz que seja potente para incidir num dos indicadores de morte que são as causas externas (onde a violência está fortemente presente).

2.3.3 Corpo, Sexualidade e Naturalização da Violência

A história da dominação masculina tem sua base no surgimento da família monogâmica e patriarcal, sendo, portanto, uma criação do homem a partir de uma visão androcêntrica do mundo. Houve um período, todavia, na pré-história, em que o domínio era do matriarcado (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015). Seu fim é datado por volta de 2000 a. C. A partir de então, e perdurando até os dias atuais, fundou-se o patriarcado – base do machismo - com a ideia de que o mundo passou a pertencer aos homens. A necessidade de caça favoreceu ao gênero masculino e, com elas, iniciou-se as relações de força e poder. A relação entre homens e mulheres passou a ser de dominação e violência (MURARO; BOFF, 2002).

Desde então, “toda uma construção histórica, cultural e social tem contribuído para a preservação e reprodução desse preconceito” (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015, p.94/95). A religião cristã teve importante papel na reprodução dessa estrutura social, pregando a submissão e obediência da mulher ao homem e a aceitação da ideologia da renúncia e sacrifício à mulher (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

Neste contexto de dominação e poder masculino, as mulheres tiveram seus corpos também governados e marcados por esta cultura. O corpo é a sede da sexualidade, do trabalho e de qualquer outra atividade humana; é na sua materialidade que se cruzam os poderes, os saberes e os prazeres (MURARO, 1983).

Caminoti (2013) salienta que, se há algum tipo de controle sobre os corpos é porque existe interesse. Controlado pela sociedade, o corpo da mulher tornou-se alvo deste interesse – coletivo - ao longo dos séculos. A mulher, contudo, por muito tempo não teve autonomia alguma sobre seu próprio corpo. Hoje, ainda, a exposição do corpo feminino gera discussões e polêmicas. A fala das mulheres participantes ao serem questionadas sobre os órgãos sexuais de suas bonecas, que representavam a si mesmas e que não estavam presentes em nenhuma das construções feitas por elas, demonstra o quanto este corpo continua sendo objeto de controle.

“P1: Tão escondidos!

P8: Eu até pensei em fazer, mas daí pensei assim, não, vai ficar muito vulgar a boneca com peito!

P5: Na boneca ia ficar estranho!

P1: A gente procura esconder né, não mostrar, não fazer, que nem a gente fez na boneca!

P8: Seria fora do normal pra mim colocar os peitinho...

P1: Sei lá, a gente pensa assim né... Não quis colocar o peito pra não mostrar, acho que é isso...

P6: Eu nem me lembrei do peito!

P11: Eu lembrei, mas pensei assim vai ficar muito vulgar...”

O discurso de que para serem respeitadas as mulheres não podem exibir o seu corpo é comum e vem ao encontro dos resultados da pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016), que mostraram que 42% dos homens entrevistados concordam com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”. Talvez este seja o motivo das mulheres não “se arrisquem” a representar os seus corpos como realmente o são, corpos adultos sexuados. A negação da sexualidade deixa claro o quanto as mulheres têm seus corpos violentados pela sociedade, que perpetua a ideia de que o respeito pelo corpo feminino é algo a ser conquistado pelos homens (CAMINOTI, 2013).

A partir do momento em que a mulher não “faz por merecer” o respeito do homem, a violência contra ela passa a ser socialmente tolerada. O homem se sente autorizado, então, a praticá-la como forma de punir e corrigir a conduta transgressora feminina (WAISELFISZ, 2015). Ou seja, além de não ter seu corpo respeitado, a mulher ainda é culpabilizada pela violência que sofre. Esta culpabilização se configura como uma nova violência, que infelizmente, se repete inclusive em locais que deveriam ser de acolhimento a estas mulheres (PULGA-DARON, 2009).

A violência contra a mulher personificada no assédio ao seu corpo e à sua sexualidade está tão difundida na cultura que passou a fazer parte de “hits” musicais, que discriminam e depreciam a mulher, propagando, inclusive, a ideia de que apanhar faz parte da sexualidade erótica (PULGA-DARON, 2009).

P3: É, às vezes, a gente canta e não se dá por conta né, aí quando tu vai olhar a letra...

P12: Eu nunca tinha prestado atenção nessa música... sempre dancei e nunca tinha prestado atenção.

P1: Mas se tu parar, e analisar e prestar atenção na letra, tu vai ver que né...

P5: E tem muita música que traz a violência né?!

P6: É triste realmente de ver né, quando a gente para pra pensar!

P8: Eu jamais tipo, parei pra pensar... pensar na letra!

P10: E a sociedade aceita que isso seja divulgado né?!

P7: É que as coisas são postas e a gente aceita na realidade, isso aí a gente aceita, a gente nunca parou pra pensar nas letras, a gente aceita e canta junto e dança! A gente nunca para pra pensa, são postas e a gente simplesmente aceita e... como se fosse a coisa mais natural, mais comum...”

Músicas são uma forma de expressão artística da sociedade. Letras de músicas que ofendem a mulher, e a colocam em um lugar de submissão e inferioridade em relação ao homem são comuns e encontradas em diferentes estilos musicais. Estas são tão difundidas, que são

conhecidas e cantadas por todos, sem, muitas vezes - como afirmado pelas mulheres - se dar conta do que está sendo fomentado, devido à grande naturalização desta violência. É a dominação masculina encontrando na sociedade, ainda hoje, meios para a sua reprodução (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

A sexualidade das mulheres também é alvo de discriminação da sociedade, representada nas letras de músicas. Esta é exposta e tida como objeto de prazer. Em contrapartida, o fato da mulher sentir desejo ou tomar a iniciativa não são considerados de forma positiva, sendo a mulher forçada a “pagar” por isto. Muraro (1990) refere que até pouco tempo atrás, a mulher digna de admiração era a considerada passiva e sexualmente frígida, já que o sexo era considerado algo imoral, assim como o desejo, que era “coisa de homem ou de prostituta” (p. 41). Este não parece ser um pensamento deixado totalmente no passado!

A dominação histórica do masculino está tão naturalizada e presente na linguagem cotidiana, que passa a ser aceita como normal por homens e mulheres, que nem mais percebem quando está sendo praticada, o que é muito grave (MURARO; BOFF, 2002).

“Assim, a dominação masculina acaba sendo incorporada pelo senso comum como algo natural, considerando que as próprias mulheres acabam incorporando essa relação de poder em sua vida como algo que é irreversível, porque está naturalizado na sociedade, e não percebendo sua condição de dominada, a mulher acaba reproduzindo essa forma de violência” (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015, p.93).

Submersas na cultura patriarcal, as mulheres acabam se tornando, em muitos casos, as guardiãs deste sistema que tanto as oprime, e importantes executoras da ordem masculina (GEBARA, 2000).

P10: Eu só digo uma coisa amigas, as mulheres se prestam a fazer isso também!

P3: Mas um dia elas vão ficar velhas, e depois? Será que elas vão ficar assim?

P10: Também tem as que vão, se vendem, porque querem dinheiro e não querem trabalhar também, não é? Tem também umas que eles mexem e que elas gostam! Saem de casa com aquela roupa que é pra eles “mexer” mesmo!

P9: Parece que tem mulheres, que Deus do céu né, parece tudo mesmo da mulher!

P8: Essa saia que tu “fez” tá muito aberta P6, tu exagerou, tá igual uma “pirigueti”!

P9: Que nem hoje o meu filho já leva a namorada né, pra dormir lá em casa, mas eu no meu caso não sei se eu vou deixar a minha nenê “faze” o mesmo, quando “cresce”...

P5: Só que ela que é mulher, ela que deveria se cuidar... fazer o que né?!”

O julgamento ao comportamento de outras mulheres, a crítica à forma de vestir, a diferença nas regras entre filhas e filhos, são exemplos da forma como muitas mulheres reproduzem a dominação que sofrem em suas demais relações. Muitas são vítimas e vitimizam

seus filhos e filhas. A repetição se dá pela falta do “se dar conta”, devido à grande naturalização desta dominação que se constitui também como violência contra a mulher.

Assim, muitas mulheres iniciaram suas histórias de violência na infância, na forma como eram tratadas pelo pai, o que se repetiu após com o marido. Portanto, não sabem e não conhecem uma outra forma de se relacionar. Desta forma, mais importante do que a fuga a um papel masculino autoritário e opressor, é necessário a fuga a este modelo de família, na qual a lei masculina, executada inclusive pelas mulheres, impera (GEBARA, 2000).

Para isto, em um primeiro momento, é necessário que se fale e se reflita sobre as diversas formas de violência e questioná-las para que não sejam reproduzidas como algo natural.

O processo de desnaturalização da violência é determinante para que as mulheres possam reconhecer em suas histórias de vida e no seu cotidiano as diversas formas de violência a que são submetidas a fim de assumir movimentos de libertação e superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da violência contra a mulher caminha muito próxima à história da sociedade moderna. Sendo assim, influenciou e continua influenciando diretamente a vida das mulheres em todos os seus aspectos: escolarização, profissionalização, inserção e papel social e relacionamentos.

A fala das mulheres nas oficinas terapêuticas demonstrou o quanto estas ainda vivenciam situações de violência. A naturalização desta violência, todavia, impede que muitas se deem conta de que continuam vítimas desta sociedade que, apesar de mostrar sinais de evolução, ainda mantém vivo o patriarcado e o machismo. O fato do Brasil ser signatário de todos os acordos internacionais de enfrentamento a violência contra a mulher, e mesmo assim continuar com os maiores índices é um exemplo disso (BECCON, 2018).

O trabalho com o grupo de artesanato por meio das oficinas terapêuticas se mostrou como importante dispositivo de escuta e de promoção da saúde. Falar sobre violência contra a mulher e sobre o quanto o próprio corpo e a sexualidade são influenciados pela sociedade que a oprime e discrimina, permitiu ampliar o olhar dos participantes para questões de vida e de saúde, e assim, incitar movimentos de libertação. Além disso, falar sobre o assunto significa chamar a atenção da sociedade para uma violência velada, que ocorre todos os dias e que se finge não enxergar.

Os grupos de convivência e de educação em saúde fazem parte das atribuições do profissional da atenção básica. Apesar disso, o trabalho em grupo é, tantas vezes, deixado de lado frente à grande demanda de atendimentos individuais. Dias, Silveira e Witt (2009) referem que poucas são as publicações sobre o tema, mesmo com tantas possibilidades de abordagens por diferentes profissionais.

O encontro semanal do profissional com os participantes do grupo fortalece o vínculo entre serviço e usuário e permite que as abordagens sejam feitas de acordo com o contexto e a necessidade dos usuários. O profissional da atenção básica precisa usar sua técnica para pensar novos processos de cuidado, acolhendo as diferenças, colocando-se mais próximo e disponível aos usuários (CAMPOS, 2005), para dar conta de demandas como esta, da violência contra a mulher.

Frente aos alarmantes índices de violência contra a mulher, faz-se necessário que este seja um assunto ainda mais discutido e trabalhado pelas equipes de saúde. É essencial que homens e mulheres se reconheçam como parte deste processo, e encontrem no coletivo força

para resistir a dominação e opressão, criando novas identidades femininas e masculinas (GEBARA, 2000).

Por fim, cabe destacar que essa reflexão traz uma parte das construções feitas com as mulheres, pois a potência dos projetos de pesquisa-intervenção está na possibilidade de construir autonomia e protagonismo com os participantes.

Construir redes integrativas e intersetoriais de cuidado às mulheres vítimas de violência se constitui como um desafio aos profissionais de saúde, assim como contribuir para que cada mulher se reconheça na sua potência de vida e de força para superação.

Outro desafio é como contribuir para que os agressores se reconheçam como humanos e possam superar o machismo, as formas violentas de encarar a vida e possam também se libertar e construir relações saudáveis e pautadas no respeito e na amorosidade.

Para enfrentar situações de violência é necessário a implementação de Políticas Públicas para as Mulheres, o fortalecimento de medidas previstas na Lei Maria da Penha, a construção da Rede Lilás, a efetiva implantação do SUS com políticas e ações tanto na Saúde da mulher, como na saúde do homem, da criança e adolescente, dos idosos, na saúde mental, do trabalhador (a), nas ações clínicas de cuidado, na incorporação desses desafios no acolhimento e cuidado humanizado, com a participação ativa dos usuários e com fortalecimento das equipes de saúde e intersetoriais.

Os processos formativos, de educação em saúde, em especial a educação permanente e popular, de promoção à saúde e de atenção integral, precisam ampliar as ferramentas de diagnóstico e de cuidado, incorporando novas tecnologias leves como as oficinas terapêuticas, práticas integrativas, populares, comunitárias de abordagem e cuidado.

A saúde é expressão de vida, dignidade, respeito, autonomia, protagonismo e felicidade humana!

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS DO DIAGNÓSTICO

BARBOSA, Estela Capelas. C.25 anos do sistema único de saúde: conquistas e desafios. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 85-102, Jul./ Dez. 2013. Disponível em: <<http://www.revistargss.org.br/ojs/index.php/rgss/article/view/51>>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: **Senado Federal**, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso: 11 Dez. 2017.

BRASIL. Decreto Nº 7.508, de 28 de Junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19/09/1990, 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 da União**, 2011. Disponível em :< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 11 Dez. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Ministério da Saúde. **O SUS**. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_sus20anos/sus.html>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Ministério da Saúde. **SUS**. Disponível em: <<http://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Cidades: informações completas**. 2015. Disponível em: < <http://cod.ibge.gov.br/4HS>>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Distribuição da população**. 2010. Disponível em: < http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431180>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, p. 158-164, Set. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000700020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE 2014-2017. Município de Marau, Rio Grande do Sul. 2014.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Ministério da Saúde/ Unesco, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 04 Ago. 2016.

REFERÊNCIAS DO PROJETO

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 01 Dez. 2017.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Formas de violência**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>. Acesso em: 01 Dez. 2017.

DATAFOLHA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais**. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/percepcao-violencia-mulheres-b.pdf>>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagar cia.pdf>. Acesso em: 11 Dez. 2017.

GEBARA, Ivone. **A mobilidade da senzala feminina: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo**. São Paulo: Paulinas, 2000.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 6. Ed., 2008.

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

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. 32ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.

Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução Nº466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/reso466.pdf>>. Acesso em: 22 dez. 2017.

PULGA-DARON, Vanderléia Laodete Pulga. **Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta**. 2009.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Série estudos e ensaios/Ciências sociais/**FLACSO** – Brasil, Jun. 2009. Disponível em: <<http://www.ssp.rs.gov.br/upload/arquivos/201611/01115825-20121031105350ontogenese-e-filogenese-do-genero.pdf>>. Acesso em: 17 Dez. 2017.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1986.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 17 Dez. 2017.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Flacso Brasil, Brasília, 1ª ED, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 17 Dez. 2017.

REFERÊNCIAS DO ARTIGO

BECCON, Janaína Matheus Collar. **Violência doméstica contra a mulher: o encontro da revisão bibliográfica e da cartografia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CAMINOTI, Jacqueline Medeiros. Os usos e abusos do corpo feminino: os casos de denúncia de crimes sexuais na capital do Espírito Santo entre os anos de 2006 e 2007. In: XXVII Simpósio Nacional de História, 2013, Natal. **Anais...** Natal: ANPUH, 2013. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371323738_ARQUIVO_OSUSOSEAB_USOSDOCORPOFEMININOFINAL.pdf>. Acesso em 16 jan. 2018.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Set. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jan. 2018.

DATAFOLHA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais**. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/percepcao-violencia-mulheres-b.pdf>>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

DESSEN, Maria Auxiliadora; OLIVEIRA, Maíra Ribeiro de. Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai "real" e "ideal" na perspectiva materna. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 184-192, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722013000100020&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 10 Jan. 2018.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagar_cia.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2018.

GEBARA, Ivone. **A mobilidade da senzala feminina: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo**. São Paulo: Paulinas, 2000.

GOETZ, Everley Rosane; VIEIRA, Mauro Luís. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 195-203, jun. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000200007&lng=p t&nrm=iso>. acesso em 10 jan. 2018.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

MURARO, Rose Marie. **Os seis meses em que fui homem**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1990.

MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983.

PORTO, Janice Regina Rangel. **Violência contra a mulher: expectativas de um acolhimento humanizado**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PULGA-DARON, Vanderléia Laodete. **Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta**. 2009.

RODRIGUES, Maria Elizabeth; NASCIMENTO, Geraldo Barbosa; NONATO, Eunice M. Nazareth. A dominação masculina e a violência simbólica contra a mulher no discurso religioso. **Identidade!**, São Leopoldo, v. 20, n. 1, p. 78-97 - jan.-jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.est.edu.br/identidade>>. Acesso em 16 jan. 2018.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. Série estudos e ensaios/Ciências sociais/**FLACSO** – Brasil, Jun. 2009. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf>. Acesso em: 01 Mar. 2017.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 3-15, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015: homicídio de mulheres no Brasil**. Flacso Brasil, Brasília, 1ª ED, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 22/12/2016.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

APÊNDICE I

OFICINA TERAPÊUTICA Nº 1

Objetivos: Refletir a respeito de letras de músicas que trazem explicitamente questões de violência contra a mulher e que não são reconhecidas como tal, demonstrando o quanto a sociedade naturaliza e contribui com esta violência. A partir desta primeira reflexão, repensar a história de vida das mulheres, por meio da expressão artística de momentos importantes.

Material: Data show, pen drive, caixas de som, lápis de cor, canetas, giz de cera, músicas (“Um tapinha não dói”, “Malandramente”, “Ajoelha e Chora”, “Baile de favela”).

Metodologia: Ao entrarem na sala em que serão realizadas as oficinas, as mulheres encontrarão em cima da mesa central papéis com as letras das músicas. As músicas serão colocadas para tocar, e as mulheres poderão acompanhar com a letra da música. Após, será feito uma roda de conversa, em que serão discutidas as impressões das mulheres sobre o material apresentado. A partir desta reflexão, as mulheres serão convidadas a pensar sobre as suas vidas e a expressar em uma folha de papel, da forma como preferirem, dois momentos marcantes de suas vidas, um positivo e o outro negativo. Por fim, todas apresentarão o material que produziram.

OFICINA TERAPÊUTICA Nº 2

Objetivo: Refletir sobre como o corpo da mulher é marcado pela visão preconceituosa e violenta da sociedade, que faz, muitas vezes, de seu corpo um objeto, e o quanto esta visão influencia suas percepções sobre os seus próprios corpos.

Material: Tecido, agulha, linha, fibra para enchimento, miçangas.

Metodologia: As mulheres serão convidadas a confeccionar uma boneca, representando a si mesma. Em um segundo momento, se a boneca confeccionada não for sexuada, isto é, não tiver órgãos sexuais, as mulheres serão novamente convidadas a, então, colocá-los na boneca. Por fim, cada participante apresentará sua boneca.

APENDICE II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

TÍTULO DA PESQUISA: “Violência contra a mulher: naturalização, culpabilização e possibilidades de cuidado na atenção básica”

Prezada participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Violência contra a mulher: naturalização, culpabilização e possibilidades de cuidado na atenção básica”.

Desenvolvida por Gabrieli Escobar Ferron, residente de Psicologia da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Campus Passo Fundo, sob orientação do (a) Professor (a) Dr. Vanderléia Laodete Pulga.

O objetivo central do estudo é analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade neste processo, a partir da perspectiva das mulheres que frequentam o grupo de artesanato na ESF Santa Rita.

O convite a sua participação se deve ao fato de você fazer parte do Grupo de Artesanato da ESF Santa Rita há, pelo menos, um ano.

Sua participação não é obrigatória e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como desistir da colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação e sem nenhuma forma de penalização. Você não será penalizada de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desista da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Você não receberá remuneração e nenhum tipo de recompensa nesta pesquisa, sendo sua participação voluntária.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Qualquer dado que possa identificá-la será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar da pesquisadora informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em estar presente em dois encontros de oficinas terapêuticas, em que serão discutidas letras de músicas e confeccionado uma boneca de tecido. Estes serão realizados na ESF Santa Rita, na cidade de Marau/RS, em horário a ser agendado a partir da disponibilidade das participantes. Os dois encontros serão gravados em áudio, e terão duração de aproximadamente 2 horas.

Os encontros serão gravados em áudio somente para a transcrição das informações e somente com a sua autorização. As gravações ficarão sob responsabilidade da pesquisadora residente por um período não inferior a 5 anos.

O benefício relacionado com a sua colaboração nesta pesquisa diz respeito a oportunidade de poder resignificar experiências e conceitos relacionados a todas as formas de violência sofridas ao longo da vida, e contribuir com uma discussão maior que envolve a luta pelos direitos das

mulheres e a sua valorização.

A participação na pesquisa poderá causar riscos, como desconforto psíquico em relembrar e reviver situações de violência que possivelmente lhes causaram sofrimento. Como forma de minimizar estes riscos, será oferecido acompanhamento psicológico para as mulheres que, porventura, venham a se sentir abaladas psicologicamente após participar desta experiência. Este será oferecido na própria ESF, pelo SUS, e será realizado pela Psicóloga preceptora do local.

Ao final da pesquisa, será organizado uma devolutiva dos resultados obtidos com todas as mulheres participantes, que acontecerá na ESF Santa Rita, na cidade de Marau/RS, no horário do Grupo de Artesanato. Os resultados serão apresentados por meio de apresentação de slides, e no fim será realizado uma roda de conversa. Estes também serão divulgados em eventos e/ou publicações científicas mantendo sigilo dos dados pessoais.

Caso concorde em participar, uma via deste termo ficará em seu poder e a outra será entregue ao pesquisador. Não receberá cópia deste termo, mas apenas uma via. Desde já agradecemos sua participação!

Marau, _____ de 2017

Assinatura do Pesquisador Responsável

Contato do Pesquisador Responsável: (54) 991069111

E-mail: gabrieli_ferron@hotmail.com

Endereço: Rua Sananduva, 135, Vera Cruz – Passo Fundo/RS

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS:

Tel e Fax - (0XX) 49- 2049-3745

E-Mail: cep.uffs@uffs.edu.br

http://www.uffs.edu.br/index.php?option=com_content&view=article&id=2710&Itemid=1101&site=proppg

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

Nome completo do (a) participante: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE III

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, o representante legal da Secretaria Municipal de Saúde de Marau/RS envolvida no projeto de pesquisa intitulado: “Violência contra a mulher: naturalização, culpabilização e possibilidades de cuidado na atenção básica”, 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.

DOUGLAS KURTZ

GABRIELI ESCOBAR FERRON

Marau, _____ de

APÊNDICE IV

VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER: NATURALIZAÇÃO, CULPABILIZAÇÃO E POSSIBILIDADES DE CUIDADO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Gabrieli Escobar Ferron

Vanderléia Laodete Pulga

Fabiana Schneider

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória, do tipo pesquisa-ação. O objetivo foi analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade neste processo, a partir da perspectiva das mulheres que frequentam o grupo de artesanato de uma Estratégia de Saúde da Família do município de Marau/RS. Foram realizadas duas oficinas terapêuticas com o grupo em questão, no período entre julho e novembro de 2017. Participaram das oficinas 12 mulheres, e suas falas foram compreendidas com base na análise de conteúdo. Observou-se que as mulheres vivenciam diferentes situações de violência, apesar de muitas vezes não se darem conta devido à grande naturalização desta pela sociedade, que ainda mantém vivo o patriarcado e o machismo. O trabalho com o grupo de artesanato por meio das oficinas terapêuticas se mostrou como importante dispositivo de escuta e promoção da saúde.

Palavras-chave: Violência Contra a Mulher; Atenção Básica; Gênero e Saúde; Assistência Integral à Saúde da Mulher.

ABSTRACT: This is an exploratory qualitative research. The aim was to analyze the process of community acceptance of violence against women and victim blaming, identifying the influence of society in this process from the perspective of women attending a craft group of FHS in the city of Marau / RS. Two therapeutic workshops were held at the quoted group, between July and November 2017. 12 women got involved at the workshops, and their speeches were analyzed based on content analysis. It was observed that those women experienced different situations of violence, though often not realizing due to the large naturalization of it by society, which still keeps alive the patriarchy and chauvinism. Working with the craft group through therapeutic workshops showed itself as an important listening and health promotion device.

Key words: Violence Against Women; Primary Care; Gender and Health; Comprehensive health care.

INTRODUÇÃO

Esta reflexão apresenta o processo e os resultados de uma pesquisa-intervenção realizada junto ao Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade Federal da Fronteira Sul (RMSFC-UFFS) em parceria com o município de Marau, em uma Estratégia de Saúde da Família (ESF) onde o referido programa acontece, decorrência de uma análise sobre questões e temas relevantes para a qualificação do cuidado integral em saúde da família e comunidade deste município.

A cidade de Marau, localizada no interior do estado do Rio Grande do Sul, é campo de prática da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade pela Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) – campus Passo Fundo, sendo esta pesquisa parte integrante das atividades obrigatórias deste programa.

Nos atendimentos psicológicos realizados durante a Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade junto a uma ESF, assim como na participação em grupos de educação em saúde, foi possível identificar que um número significativo de mulheres que buscam o atendimento à saúde tem em suas trajetórias de vida as marcas da violência contra a mulher.

Assim, ao analisar historicamente percebe-se que a igualdade de direitos vem sendo negada às mulheres. Estas tiveram suas identidades marcadas por uma cidadania de “segunda categoria” (p.8), que lhes foram atribuídas por uma cultura patriarcal, que sempre as definiu e lhes conferiu algum valor a partir de sua relação com o homem (GEBARA, 2000).

Apesar dos direitos conquistados até então e da aparente valorização, as mulheres continuam sendo vítimas de violência de todas as formas e em todos os espaços. O peso do patriarcado, vigente desde os povos primitivos, ainda é extremamente grande no que diz respeito à subordinação das mulheres aos homens. Apesar da diferença no grau de domínio de um sobre o outro, ao longo do tempo, a natureza do fenômeno continua a mesma; “apresenta a legitimidade que lhe atribui sua naturalização” (SAFFIOTI, 2009, p.6).

A compreensão deste fenômeno tem diversas abordagens teórico-conceituais. Nesta pesquisa, entende-se como conceito de violência contra a mulher o descrito pelo Conselho Nacional de Justiça:

“É qualquer conduta - ação ou omissão - de discriminação, agressão ou coerção, ocasionada pelo simples fato de a vítima ser mulher e que cause dano, morte, constrangimento, limitação, sofrimento físico, sexual, moral, psicológico, social, político ou econômico ou perda patrimonial”. (CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA).

Essas diversas formas de violência a que as mulheres são submetidas no seu cotidiano produzem adoecimento, sofrimento e marcas físicas e psíquicas. São estas marcas que lhes fazem procurar os serviços de saúde para um alívio na dor ou sofrimento. Nessa busca, nem sempre estas mulheres têm consciência de que são violentadas e, nos serviços de saúde, também os profissionais nem sempre percebem que se trata de uma situação de violência (PORTO, 2004).

Todavia, a Atenção Básica em Saúde se mostra como importante dispositivo para mudar esta realidade. Pensada para estar mais próxima à vida das pessoas, tem sob sua responsabilidade um território adscrito, o que permite maior conhecimento sobre a dinamicidade do espaço e a criação de vínculos (BRASIL, 2012). Esta proximidade permite que a equipe de saúde tenha conhecimento e consiga abordar as necessidades de saúde mais comuns dentro da sua população (STARFIELD, 2002).

A Atenção Básica acolhe diariamente mulheres que utilizam frequentemente o serviço e que são tidas como “poliqueixosas”, por suas inúmeras queixas crônicas e vagas, com resultados de exames normais (BRASIL, 2001). Assim, se configura como um potente espaço para criação de estratégias de acolhimento, identificação e atendimento às mulheres vítimas de violência (SCHRAIBER et al., 2002), oferecendo novas possibilidades de cuidado.

Deste modo, a pesquisa-intervenção desenvolvida teve como objetivo analisar o processo de naturalização da violência contra a mulher e culpabilização da vítima, identificando a influência da sociedade neste processo, a partir da perspectiva das mulheres que frequentam o grupo de artesanato de uma ESF do município de Marau/RS.

Além disso, buscou identificar as situações de violência que as mulheres sofrem no cotidiano e a capacidade de reconhecimento dessas situações como violências, analisar a potencialidade do grupo de artesanato que participa dessa ESF como dispositivo de cuidado integral à saúde e refletir sobre o tema da violência contra a mulher e diferentes possibilidades de cuidado com a equipe de saúde.

MÉTODO

A metodologia adotada para esta pesquisa foi a qualitativa exploratória, do tipo pesquisa-ação, em que o contato direto com o campo é privilegiado (GIL, 2002), assim como a interação entre pesquisador e participantes. Esta metodologia tem como objetivo “facilitar a busca de soluções aos problemas reais para os quais os procedimentos convencionais têm pouco contribuído” (THIOLLENT, 1986, p.8).

Como instrumento de pesquisa optou-se pelas oficinas terapêuticas, que segundo Valladares et al. (2003) são espaços de encontro de vidas de pessoas em sofrimento psíquico, que, através da arte, promovem a expressão da liberdade, o exercício da cidadania e a convivência com os diferentes. Estas oficinas, com o número de duas, foram realizadas com as mulheres que frequentam o grupo de artesanato de uma ESF do município de Marau/RS, na qual a pesquisadora-residente está inserida, e os dados foram levantados no período de julho a novembro de 2017.

O grupo em questão é composto por 12 mulheres. Foi escolhido, em detrimento de outros que também acontecem na ESF, por contar com a participação de mulheres de diferentes faixas etárias.

Outro aspecto considerado para a escolha deste grupo de mulheres para a realização da pesquisa foi o fato da pesquisadora-residente estar mais próxima e ter maior vínculo, uma vez que, exercia o papel de coordenação do grupo há um ano.

Este vínculo com a pesquisadora-residente e o vínculo criado entre as próprias mulheres permitiu que, ao longo dos encontros do grupo, estas se sentissem acolhidas para compartilhar trechos de suas vidas. Entre conquistas e dificuldades, muitas falas traziam situações de violência dos mais variados tipos, situações que não pareciam causar nenhum espanto ou sentimento de desconforto em quem contava, ou em quem ouvia. Foi então que surgiu a ideia de desenvolver a pesquisa sobre a naturalização da violência contra a mulher.

Para esta temática, o fato de haver uma proximidade prévia entre sujeito e pesquisador é um importante fator, pois este é um tema que pode vir a suscitar diferentes emoções e sentimentos relativos às experiências de violência vivenciadas.

Além do artesanato produzido pelas mulheres, diferentes ações em saúde são realizadas neste grupo, por meio de rodas de conversa e dinâmicas de grupos. Os assuntos abordados são sugeridos pelas próprias mulheres participantes ou trazidos pelos membros da equipe de saúde. Assim, as mulheres já estão habituadas a atividades como as propostas para esta pesquisa.

Participaram das oficinas terapêuticas as mulheres que já frequentavam o grupo de artesanato há, pelo menos, 1 ano, e as maiores de 18 anos.

Os objetivos da pesquisa assim como os riscos e os benefícios em participar dela foram explanados para as participantes, e em seguida o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi assinado em duas vias. As oficinas foram gravadas em áudio e transcritas na íntegra.

As oficinas terapêuticas foram organizadas da seguinte forma: a primeira teve como objetivo refletir a respeito de letras de músicas que trazem explicitamente questões de violência

contra a mulher e que não são reconhecidas como tal, demonstrando o quanto a sociedade naturaliza e contribui na reprodução desta cultura de violência.

Para isto, foram escolhidas músicas conhecidas popularmente, como “Um tapinha não dói”, “Malandramente”, “Ajoelha e Chora” e “Baile de favela”. As músicas foram ouvidas enquanto as mulheres acompanhavam com a letra da música impressa. Após esta primeira reflexão, as mulheres foram então convidadas a repensar suas histórias de vida por meio da expressão artística de dois momentos importantes, um positivo e um negativo. No final, cada uma apresentou o material por si construído.

A segunda oficina terapêutica teve como objetivo refletir sobre como o corpo da mulher é marcado pela visão preconceituosa e violenta da sociedade, que faz, muitas vezes, de seu corpo um objeto e o quanto esta visão influencia suas percepções sobre os seus próprios corpos.

Para isto, as participantes foram convidadas a confeccionar uma boneca representando a si mesma, com o auxílio de linha, agulha, tecidos e enchimento, material custeado pela própria residente-pesquisadora. Em seguida, cada uma foi convidada a responder as seguintes perguntas: quais os caminhos percorridos pela boneca, quais as suas características e quais os motivos para se orgulhar dela. Após todas responderem, foi conversado a respeito das questões que emergiram dessa construção.

Assim, a partir das falas das mulheres nestas duas oficinas terapêuticas foi possível fazer a análise de conteúdo e as referidas categorizações para dar conta dos objetivos da pesquisa desenvolvida. Como forma de desidentificação das participantes, seus nomes foram substituídos pela letra “P” de participante, seguido de um número aleatório.

A presente pesquisa seguiu todos os procedimentos éticos, está de acordo a Resolução 466/2012 e tem aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFFS, com o número 2.148.314.

DISCUSSÃO E RESULTADOS

A pesquisa-intervenção aconteceu com um grupo de mulheres de periferia urbana num município do interior gaúcho. As principais características deste grupo são mulheres com faixa etária entre 18 e 60 anos de idade, a maioria tem nível de escolaridade de primeiro grau incompleto, integrantes de famílias de condições sócio-econômicas de baixa renda, com média de 3 filhos cada mulher, sendo uma apenas a não ter filhos.

Os principais elementos de reflexão a partir do processo de investigação e interação com as mulheres possibilitado no desenvolvimento desse projeto de pesquisa-intervenção, foi possível identificar as seguintes categorias temáticas: a) O grupo como dispositivo de cuidado

mútuo; b) A reprodução social do papel da mulher: Uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos filhos e aos cuidados de saúde da família; c) Corpo, Sexualidade e Naturalização da Violência. Essas temáticas se entrelaçam entre si e desafiam a construção de estratégias de integralidade, a intersectorialidade da atenção à saúde e o papel dos profissionais e das equipes na Atenção Primária à Saúde.

O grupo como dispositivo de cuidado mútuo

Segundo Zimmerman e Osório (1997) todos os grupos exercem uma função psicoterápica, até mesmo os que não são de natureza especificamente terapêutica. O grupo de artesanato que acontece na ESF é, a princípio, um grupo de convivência, em que as mulheres participantes compartilham entre si os seus saberes sobre o fazer artesanato e aprendem juntas o que ainda não sabem. Há, todavia, elementos importantes que compõe e justificam o grupo que ultrapassam o fazer artesanato, e que estão relacionados a esta função psicoterápica descrita pelos autores.

Existe, no grupo, uma preocupação coletiva em terminar o artesanato no mesmo dia em que foi iniciado, para poder levá-lo para casa. Este “levar para casa” significa tornar visível para os familiares uma produção sua e ser reconhecida por isto, que é uma atividade diferente das suas habituais, que incluem o cuidado com os filhos e com a casa. Além de proporcionar momentos como estes, que reforçam a capacidade de se reinventar nas mulheres, as oficinas terapêuticas demonstraram que o grupo também funciona como um dispositivo de cuidado mútuo, como nos depoimentos que seguem:

“P1: Fazia tempo que tu não vinha né P2?

P2: Pois é, na outra semana eu fui pra fora ajudar o meu marido, aí não pude vim...

E a P11, não veio?

P3: A P11. não veio hoje

P2: Eu achei que ela vinha, faz tempo que não vejo ela...

P4: Acho que ela não veio semana passada também

P2: Aquele dia que a gente fez a flor ela também não veio! Será que aconteceu alguma coisa?

P4: Se ela não “vié” hoje, depois vou passar lá na casa dela!”

O grupo é tido pelas mulheres como um compromisso que é levado a sério. Sendo assim, quando uma participante falta, surge a preocupação sobre os possíveis motivos que não lhe permitiram comparecer naquele dia. O cuidado de uma com a outra também está presente quando alguma mulher precisa levar os filhos pequenos juntos.

“P6: P1 Tu “vai” cortando aqui pra mim que eu vou cuidar um pouco da nenê pra
P5 conseguir terminar o dela...
P7: Depois eu troco também!
P4: Eu também!”

Este ambiente de trocas, de afetos e de cuidado mútuo que compõe o grupo de artesanato demonstra o papel que este ocupa na vida das participantes. O potencial preventivo dos grupos, segundo Dias, Silveira e Witt (2009) vem da possibilidade de pessoas em situações semelhantes compartilharem suas experiências comuns. É possível reconhecer nas histórias de vida das mulheres participantes fatos que se repetem, como a rotina de trabalho doméstico, a responsabilidade exclusiva pelos cuidados com os filhos, a dependência financeira do companheiro e o pequeno tempo destinado para cuidar de si.

Esta realidade compartilhada é, talvez, o que as encoraje a falar de si, sobre suas conquistas, suas dificuldades e seus sofrimentos. O grupo se torna tão importante à medida que permite e proporciona estes movimentos, de crescer psicologicamente com as experiências emocionais que acontecem nas inter-relações (ZIMERMAN; OSÓRIO, 1997).

Frente a rotina de trabalho massiva e não reconhecida das mulheres e a desvalorização do seu papel na sociedade, ela vem buscando acalento em diversos lugares. Um deles, é a unidade de saúde. Neste local, todavia, o que muitas encontram é a prescrição de medicamentos como forma única de cuidado. De acordo com Saffioti (2009), as mulheres são responsáveis por 67% da dispensação de calmantes nos serviços de saúde; não obstante, pesquisas indicam que mulheres que vivem em situação de violência, mesmo que sem “diagnóstico formal”, recebem maior prescrição de analgésicos e tranquilizantes (SCHRAIBER et al., 2000).

A maior responsabilidade dos serviços de saúde está no ato de reconhecer e acolher as mulheres vítimas de violência antes que ocorrem sequelas ou incidentes mais graves (BECCON, 2018). Entretanto, este continua sendo um desafio, pois muitos profissionais são próprios reprodutores de violência, não acolhendo a vítima, e ainda a culpabilizando pela violência que sofreu.

Segundo Waiselfisz (2015), só no ano de 2013, 4.762 mulheres foram vítimas de violência no Brasil. A taxa de feminicídios foi de 5,82 óbitos por 100 mil mulheres, do ano 2009 a 2011, e estima-se que ocorrem, em média, 5.664 mortes de mulheres por causas violentas a cada ano, 472 a cada mês, 15,52 a cada dia, ou uma a cada hora e meia (GARCIA et al.). Ainda, a pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016) mostrou que 85% das mulheres brasileiras afirmam ter medo de sofrer violência sexual.

O medo e o sofrimento não cabem em um diagnóstico. Tampouco se tem como medíolos. Contudo, poderão aparecer no corpo, de diversas formas, como manifestações das feridas da alma (SAFFIOTI, 2009). A medicalização não cessará com o medo e o sofrimento, e repetirá a mesma lógica de violência, não acolhendo, não ouvindo e não possibilitando o pensar sobre. Frente a necessidade de novas formas de cuidado...

“Conclui-se que a possibilidade de detecção de casos, seu acolhimento e alguma resposta do serviço, requer especificidade de abordagem e cuidados próprios para que a violência contra mulheres possa emergir, seja enquanto a criação de canais de comunicação, em que o relato pode ser pronunciado pelas mulheres e ouvido pelo serviço, seja enquanto criação de possibilidades de escuta” (SCHRAIBER et al., 2000, p.9).

Os grupos de convivência que acontecem nas ESFs, de forma geral, são importantes dispositivos de cuidado a serem explorados pelos profissionais como tal. O grupo de artesanato em questão se constituiu, com as oficinas terapêuticas, como o importante canal de comunicação citado por Schraiber et al (2000), à medida que possibilitou a criação de um ambiente de acolhimento e estava disponível para realmente ouvir as histórias destas mulheres que não tinham sido contadas em nenhum outro momento.

O funcionamento do grupo permite estes compartilhamentos, e auxilia na promoção da compreensão de diferentes realidades enfrentadas pelos participantes (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009). O vínculo que se cria no grupo impulsiona a criação de uma rede de amigos fora do ambiente da unidade de saúde, reforçando o bem-estar e a auto-estima.

“P5: E tu A. tem que idade?

P4: 42!

P1: Não dá pra dizer né, A. tá interona!”

“P7: Eu gosto de fazer artesanato, pena que eu não sou tão talentosa assim...

P8: Claro que tu “é”, olha só o que tu “tá” fazendo...”

Além de oportunizar o aprendizado sobre determinado assunto ou tarefa e dividir informações, o trabalho com grupos amplia as perspectivas de análise e intervenção dos participantes “tanto sobre o próprio contexto quanto sobre o seu modo de vida e sobre sua subjetividade” (DIAS; SILVEIRA; WITT, 2009, p. 223/224).

Para que esta reflexão fosse possível, um dos dispositivos centrais utilizados nessa pesquisa foi a escuta das histórias de vida das participantes. A relação de confiança que existe no grupo permitiu que as mulheres se sentissem seguras e acolhidas para contar trechos de suas histórias. O ato de contar a sua história permite que as mulheres percebam a sua condição de

vida e se reconheçam nas histórias das outras. Este movimento permite a ressignificação das próprias vidas, abrindo caminhos de libertação e de rompimento dos ciclos de reprodução de violência geracionais.

“P3: Na verdade todas essas bonecas são guerreiras né, sofremos pra tudo que é lado... Eu passei as minha... As minha batalha! Sempre tem as lutas na vida da gente! Não adianta, tem que ter força, por mais que, por tudo que tu passar, tem que ter força e seguir em frente, lutar, vencer! As vezes a gente tem aquele tempo, que dá vontade de largar tudo e sumir do mundo, mas... para e pensa, não é assim! É só um tempo!”

“P4: Eu tive depressão profunda... Já fui até internada no hospital lá... mas hoje eu “tô”, graças a Deus eu “tô” aqui! [...] Ah, tanta coisa... Por causa que assim, eu andava “meia” triste, porque eu perdi o meu pai, meu sobrinho, mas... tive força pra recomeça! Eu andava de cabeça baixa, agora eu levantei a cabeça!”

“P6: A minha boneca ainda é nova! Mas ela já percorreu caminhos de filho, de casa, de trabalho... É uma boneca guerreira!”

“P8: Que motivos que eu tenho? Pergunta difícil... eu acho que... que ela é assim, que se for ver de um certo... ela é batalhadora, o que ela quer ela vai e corre atrás!”

“P2: Eu “sô” sofrida, desde pequeninha, com 45 dias minha mãe morreu, eu tinha 45 dias... eu passei por 3 famílias antes de casar... Foi grande a minha história, se fosse olha dava um livro! A mãe morreu de hemorragia e o pai, ele só sabia “bebê” e “faze” filho! Daí a mãe morreu ele começou a largar nós. Nós “tava” em 5, ele largou “tudo” os “filho”... Foi sofrido! Eu me orgulho né, de “tá” aqui ainda... Porque eu sempre tive força, a depressão me “pegô” uma vez, mas não deixei “toma” conta, consegui “dá” a volta!”.

Apesar de diferentes, as histórias destas mulheres - assim como as de tantas outras - envolvem lutas diárias, grande fardo de responsabilidades, abandono e sofrimento. Situações de violência de diferentes formas estão presentes em todas elas. Porém, o elemento constante dessas histórias é a superação! Mesmo com todas as dificuldades encontradas no caminho, o “seguir em frente” e o “levantar a cabeça” estão presentes nestas mulheres, como uma força impulsionadora para a vida, já que as responsabilidades, a casa, os filhos, continuam, sempre, lhes esperando.

Assim, o grupo de mulheres se constitui como um dispositivo de cuidado mútuo e de potência para os profissionais de saúde contribuírem na identificação, no cuidado, no vínculo e na construção de estratégias de promoção, educação, cuidado em saúde; promoção da autonomia, protagonismo e superação de situações de violência que adoecem, se reproduzem e levam à morte. Pode ser também um impulsionador de reflexões na formação de profissionais

de saúde inseridos no SUS e na potencialização das ações em rede, tão necessárias para a efetivação da integralidade e intersetorialidade.

A reprodução social do papel da mulher: Uma vida voltada ao trabalho doméstico, aos filhos e aos cuidados de saúde da família

A diferença de gênero constituiu-se, através dos séculos, como fator de discriminação para o feminino, desencadeando relações desiguais de poder na família e no trabalho e modos de inserção social preconceituosos e desfavorecidos. A cultura patriarcal é responsável pela divisão sexual e intelectual do trabalho, impondo diferentes papéis para mulheres e homens. As primeiras se responsabilizam pela área de serviços e representações, enquanto os espaços de decisões continuam sendo ocupados por homens (PULGA-DARON, 2009).

“P9: O trabalho da casa tudo de responsabilidade da mulher...

P10: E era assim antigamente, as nossas avós, tataravós, e tem uns “lugar” que continua tudo igual!

P9: É complicado isso daí!

P2: Como se os “homem” não “morasse” na mesma casa que a mulher né?”.

“P5: Hoje fiz o serviço todo correndo pra “dá” tempo de vim! Mas mesmo assim as “roupa” ficaram sem “dobra” e a cama do nenê sem “arruma”!

P1: Mas isso dá pra fazer depois né?

P5: É, eu não gosto, mas que dá, dá! Antes ou depois sou eu que vou “te” que “faze” mesmo!”

É notável que, para as mulheres do grupo, a responsabilidade pelo serviço doméstico é única e exclusiva delas. A falta de tempo e espaço para si é, todavia, uma realidade compartilhada por inúmeras mulheres que se sentem sufocadas pelo cotidiano de trabalho que lhes toma todo o tempo e as energias. Entretanto, é por meio deste que muitas encontram condições mínimas de sobrevivência e de proteção, mesmo quando junto a seus companheiros (GEBARA, 2000).

Segundo Saffioti (2009), no que diz respeito à educação, as mulheres também são prejudicadas e negligenciadas: elas têm menor acesso à educação adequada, ao mercado de trabalho e a justa remuneração. A diferença é tanta que os salários das trabalhadoras brasileiras representam de 60% a 64% dos salários dos trabalhadores brasileiros. Esta variação salarial é somente um dos fatores que caracterizam a dificuldade da mulher em participar do mundo dos negócios, somando a ele a intimidação física, o assédio sexual e a desqualificação intelectual, que independem da classe social (PORTO, 2004).

A dificuldade de acesso ao mercado de trabalho é mais uma forma da sociedade hierarquizada e machista silenciar e oprimir as mulheres, tornando-as ainda mais submissas ao domínio masculino (PORTO, 2004).

Associado a esta dificuldade, a baixa escolaridade e a responsabilidade pelos cuidados com os filhos dificultam ainda mais a busca por emprego, prendendo a mulher ao serviço da casa (GEBARA, 2000). Serviço este necessário e digno, porém não reconhecido e que não permite a mulher aprender novos afazeres e conhecer outras realidades para além dos muros da sua residência. A mulher continua então, repetindo todos os dias a mesma atividade, o mesmo modo de vida, que reproduz a mesma cultura de violência em que está inserida.

É sabido que mudanças estão acontecendo em relação a inserção da mulher no mercado de trabalho e na educação superior. Todavia, o perfil das mulheres vítimas de violência continua incluindo condições socioeconômicas desfavoráveis e baixa escolaridade, com tempo médio de oito anos de estudos, assim como histórico de violência na infância e sofrida pela mãe (BECCON, 2018). Esta, então, parece não ser uma realidade para as mulheres participantes da pesquisa.

Em contrapartida ao que se espera dos homens, as mulheres vistas como dignas de admiração são aquelas que se auto sacrificam, que são submissas aos homens e que são boas mães e esposas (WAISELFISZ, 2015). Por muito tempo a mulher aceitou este papel sem questionar, pois afinal, foi educada para isto, para ser a responsável pela família e por manter a sua honra (PULGA-DARON, 2009).

A divisão social do trabalho em uma sociedade patriarcal como esta, deixa às mulheres única e exclusivamente, como no trabalho doméstico, a responsabilização pela criação e cuidados com os filhos (GEBARA, 2000). Mais uma vez, estas assumem este papel como um “destino herdado”, que passa de geração em geração. “ No fundo, a maioria das mulheres está convencida de que a responsabilidade maior para com os filhos é dela, muito embora, uma ou outra vez, falem da responsabilidade dos homens como pais” (GEBARA, 2000, p.55).

“P4: O que que ela tinha?

P3: Dor de ouvido... Passei umas noite acordada com ela que olha... Não quero nem lembrar!”

“P5: Mês que vem tenho que levar a nenê tomar vacina dos 4 meses... acho que são 4 vacinas... vai dar uma caminhadinha!

P1: Mas tu não pode ir de caminhando com dois nenê mulher?! É muito longe! Por que tu não pega um ônibus?

P5: Mas ônibus roda a cidade toda, daí não vale a pena, e táxi é muito caro... Eu vou de a pé mesmo!

P1: E tu não pode combinar com teu marido um dia pra ele te levar?

P5: Mas é que ele trabalha né, não tem como!

P7: Mas que dê um jeito um dia!”

É sabido que os papéis feminino e masculino, no que diz respeito a criação dos filhos, estão sofrendo mudanças, e que do pai está sendo cobrado maior participação. Todavia, pesquisas demonstram que os papéis tradicionais, do pai como provedor do lar e da mãe como responsável pelas tarefas domésticas, continuam sendo os mais retratados, principalmente em famílias menos favorecidas educacional e financeiramente (DESSEN; OLIVEIRA, 2013), como é o caso das mulheres do grupo. Os próprios filhos, quando questionados, relatam que o pai é mais distante no que se refere a cuidado, atenção e orientação do que a mãe, que está mais próxima ao que esperam dela (GOETZ; VIEIRA, 2009).

Além da responsabilidade pelo cuidado com os filhos, à mulher também é reservado o cuidado com os netos e sobrinhos e aos familiares enfermos. A mulher é tida como a figura cuidadora da família. Na pesquisa realizada ficou evidente essa tarefa como natural para as mulheres.

“P3: A., ela é tua neta né?

P4: Sim, é filha da minha filha!

P5: Ela levou o gurizinho de volta né?

P4: Levou!

P1: E vai ficar contigo essa mesmo?

P4: Essa é minha! Se eu levei ela lá ontem no pai dela e a vó dela, a outra, e eles não quiseram nem ver!

P3: Nem ver ela?

P4: Sim, eu peguei e agora não vou dar mais! Vai ficar comigo!

P5: E como que ela te chama?

P4: Me chama de mãe, vó, mas quando ela ficar mais grandinha já vai ficar sabendo que eu sou vó!”

“P8: E a nona como que tá?

P4: Tá bem. Tava dormindo quando eu sai...

P12: Quem é a nona P4?

P4: É a mãe do meu marido! Sobrou pra mim né? Ontem ela disse que fazia 3 dias que ela não tomava banho, aí eu tive que rir, eu disse nona, a senhora “acabo” de “sai” do banho, mas ela não “acredito”!”

“P2: E fora o resto que a gente passou na vida né, a sogra se quebrou ficou um ano se arrastando no chão que nem nenê, não podia caminhar mais, aí acho que de tanto eu forçar pra erguer ela que deu o câncer... Pelo menos o doutor disse que foi de

tanto a gente se incomodar, de tanto que sofria pra erguer ela pra cima... É que era só eu e o marido, ele tinha que trabalhar, era eu que me virava... Ela ficou meio perdida das ideia, eu tinha que faze sopa pra ela... passei um ano fazendo sopa no fogão, e ela atirava tudo no chão... Eu sei o que eu já passei...”

Ao serem convidadas a expressar um momento marcante positivo de suas vidas, a grande maioria das mulheres retratou o nascimento dos filhos.

“P1: Eu coloquei como marcante né, que foi o nascimento dos meus filhos.

P3: Positivo é o nascimento dos meus filhos, que nem a P1 falou.

P11: Eu também é o nascimento das minhas filhas.

P12: Eu é o nascimento da minha filha, minha princesinha né?!

P9: Ah eu, meus quatro filhos, cinco com o E. que eu to criando como se fosse meu filho, que eu amo eles de todo o meu coração e isso é verdade.

P7: Pra mim, a minha boa foi o X. né, meu filho.

P8: Então eu o meu positivo, foi o nascimento da minha nenê”

Por outro lado, a única participante do grupo que não tem filhos, ao refletir sobre momentos marcantes...

“P2: É pra falar sobre a família né? Eu não tive filhos, daí não sei o que fazer na folha!”

A fala destas participantes demonstra o quão a vida das mulheres está entrelaçada com a maternidade, e somente parece fazer sentido quando se alcança o tão almejado “título de mãe”. Seus momentos positivos são, em sua grande maioria, relacionados aos filhos; a vida profissional ou os sonhos pessoais em nenhum momento são mencionados, assim como o relacionamento com o companheiro.

O nascimento dos filhos é o grande acontecimento da vida destas mulheres, sua grande conquista. A justificativa para isto pode estar relacionada ao fato de que por meio dos filhos elas podem ser reconhecidas socialmente, já que não encontrariam este reconhecimento por outras vias (MURARO, 1990). Como os filhos são de responsabilidade da mãe, ter um filho com características prestigiadas pela sociedade é sinal de um bom trabalho. Esta relação se evidenciou nas respostas das mulheres aos motivos que tinham para se orgulhar delas mesmas.

“P5: Pelo sonho que eu realizei, meu sonho era ter meus filho! É o que eu mais queria te na vida eu tenho hoje! Eu realizei o meu sonho!”

“P8: Eu sou uma... mãezonha eu não sou, mas sou uma mãe... Ainda tenho que evoluir muito, crescer muito...”

Ao aprofundar essa questão, a violência contra a mulher pode ser reproduzida de diferentes formas, do plano simbólico até a violência física (PORTO, 2004). A imposição de papéis sociais, como os discutidos anteriormente, de única responsabilidade pelos cuidados com a casa e com os filhos, se constitui também como violência contra a mulher. A perpetuação desta situação “vai destruindo a capacidade produtiva da mulher, seu desenvolvimento (em termos de educação e trabalho), sua qualidade de vida e sua auto-estima” (PULGA-DARON, 2009, p.28). Além disso, também compromete o padrão de subjetivação das futuras gerações.

Assim, é fundamental nos processos de formação dos profissionais de saúde a reflexão sobre as relações humanas nos contextos familiares, perpassando a análise de gênero, raça-etnia, geração, orientação sexual e a construção histórico-social-cultural e simbólica dessas relações e dos papéis de cada um (a). Cabe destacar que essas relações são relações de poder e de produção de saúde ou de adoecimento. Perceber, compreender, analisar e desnaturalizar esses processos de dominação, discriminação e violência contra as mulheres é um marcador importante para a construção de estratégias de educação, promoção e cuidado em saúde articulados com a construção de cultura de paz que seja potente para incidir num dos indicadores de morte que são as causas externas (onde a violência está fortemente presente).

Corpo, Sexualidade e Naturalização da Violência

A história da dominação masculina tem sua base no surgimento da família monogâmica e patriarcal, sendo, portanto, uma criação do homem a partir de uma visão androcêntrica do mundo. Houve um período, todavia, na pré-história, em que o domínio era do matriarcado (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015). Seu fim é datado por volta de 2000 a. C. A partir de então, e perdurando até os dias atuais, fundou-se o patriarcado – base do machismo - com a ideia de que o mundo passou a pertencer aos homens. A necessidade de caça favoreceu ao gênero masculino e, com elas, iniciou-se as relações de força e poder. A relação entre homens e mulheres passou a ser de dominação e violência (MURARO; BOFF, 2002).

Desde então, “toda uma construção histórica, cultural e social tem contribuído para a preservação e reprodução desse preconceito” (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015, p.94/95). A religião cristã teve importante papel na reprodução dessa estrutura social, pregando a submissão e obediência da mulher ao homem e a aceitação da ideologia da renúncia e sacrifício à mulher (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

Neste contexto de dominação e poder masculino, as mulheres tiveram seus corpos também governados e marcados por esta cultura. O corpo é a sede da sexualidade, do trabalho

e de qualquer outra atividade humana; é na sua materialidade que se cruzam os poderes, os saberes e os prazeres (MURARO, 1983).

Caminoti (2013) salienta que, se há algum tipo de controle sobre os corpos é porque existe interesse. Controlado pela sociedade, o corpo da mulher tornou-se alvo deste interesse – coletivo - ao longo dos séculos. A mulher, contudo, por muito tempo não teve autonomia alguma sobre seu próprio corpo. Hoje, ainda, a exposição do corpo feminino gera discussões e polêmicas. A fala das mulheres participantes ao serem questionadas sobre os órgãos sexuais de suas bonecas, que representavam a si mesmas e que não estavam presentes em nenhuma das construções feitas por elas, demonstra o quanto este corpo continua sendo objeto de controle.

“P1: Tão escondidos!

P8: Eu até pensei em fazer, mas daí pensei assim, não, vai ficar muito vulgar a boneca com peito!

P5: Na boneca ia ficar estranho!

P1: A gente procura esconder né, não mostrar, não fazer, que nem a gente fez na boneca!

P8: Seria fora do normal pra mim colocar os peitinho...

P1: Sei lá, a gente pensa assim né... Não quis colocar o peito pra não mostrar, acho que é isso...

P6: Eu nem me lembrei do peito!

P11: Eu lembrei, mas pensei assim vai ficar muito vulgar...”.

O discurso de que para serem respeitadas as mulheres não podem exibir o seu corpo é comum e vem ao encontro dos resultados da pesquisa realizada pelo Datafolha e pelo Instituto Brasileiro de Segurança Pública (2016), que mostraram que 42% dos homens entrevistados concordam com a afirmação: “Mulheres que se dão ao respeito não são estupradas”. Talvez este seja o motivo das mulheres não “se arrisquem” a representar os seus corpos como realmente o são, corpos adultos sexuados. A negação da sexualidade deixa claro o quanto as mulheres têm seus corpos violentados pela sociedade, que perpetua a ideia de que o respeito pelo corpo feminino é algo a ser conquistado pelos homens (CAMINOTI, 2013).

A partir do momento em que a mulher não “faz por merecer” o respeito do homem, a violência contra ela passa a ser socialmente tolerada. O homem se sente autorizado, então, a praticá-la como forma de punir e corrigir a conduta transgressora feminina (WAISELFISZ, 2015). Ou seja, além de não ter seu corpo respeitado, a mulher ainda é culpabilizada pela violência que sofre. Esta culpabilização se configura como uma nova violência, que infelizmente, se repete inclusive em locais que deveriam ser de acolhimento a estas mulheres (PULGA-DARON, 2009).

A violência contra a mulher personificada no assédio ao seu corpo e à sua sexualidade está tão difundida na cultura que passou a fazer parte de “hits” musicais, que discriminam e depreciam a mulher, propagando, inclusive, a ideia de que apanhar faz parte da sexualidade erótica (PULGA-DARON, 2009).

“P3: É, às vezes, a gente canta e não se dá por conta né, aí quando tu vai olhar a letra...

P12: Eu nunca tinha prestado atenção nessa música... sempre dancei e nunca tinha prestado atenção.

P1: Mas se tu parar, e analisar e prestar atenção na letra, tu vai ver que né...

P5: E tem muita música que traz a violência né?!

P6: É triste realmente de ver né, quando a gente para pra pensar!

P8: Eu jamais tipo, parei pra pensar... pensar na letra!

P10: E a sociedade aceita que isso seja divulgado né?!

P7: É que as coisas são postas e a gente aceita na realidade, isso aí a gente aceita, a gente nunca parou pra pensar nas letras, a gente aceita e canta junto e dança! A gente nunca para pra pensa, são postas e a gente simplesmente aceita e... como se fosse a coisa mais natural, mais comum...”

Músicas são uma forma de expressão artística da sociedade. Letras de músicas que ofendem a mulher, e a colocam em um lugar de submissão e inferioridade em relação ao homem são comuns e encontradas em diferentes estilos musicais. Estas são tão difundidas, que são conhecidas e cantadas por todos, sem, muitas vezes - como afirmado pelas mulheres - se dar conta do que está sendo fomentado, devido à grande naturalização desta violência. É a dominação masculina encontrando na sociedade, ainda hoje, meios para a sua reprodução (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015).

A sexualidade das mulheres também é alvo de discriminação da sociedade, representada nas letras de músicas. Esta é exposta e tida como objeto de prazer. Em contrapartida, o fato da mulher sentir desejo ou tomar a iniciativa não são considerados de forma positiva, sendo a mulher forçada a “pagar” por isto. Muraro (1990) refere que até pouco tempo atrás, a mulher digna de admiração era a considerada passiva e sexualmente frígida, já que o sexo era considerado algo imoral, assim como o desejo, que era “coisa de homem ou de prostituta” (p. 41). Este não parece ser um pensamento deixado totalmente no passado!

A dominação histórica do masculino está tão naturalizada e presente na linguagem cotidiana, que passa a ser aceita como normal por homens e mulheres, que nem mais percebem quando está sendo praticada, o que é muito grave (MURARO; BOFF, 2002).

“Assim, a dominação masculina acaba sendo incorporada pelo senso comum como algo natural, considerando que as próprias mulheres acabam incorporando essa relação de poder em sua vida como algo que é irreversível, porque está naturalizado na sociedade, e não percebendo sua condição de dominada, a mulher acaba reproduzindo essa forma de violência” (RODRIGUES; NASCIMENTO; NONATO, 2015, p.93).

Submersas na cultura patriarcal, as mulheres acabam se tornando, em muitos casos, as guardiãs deste sistema que tanto as oprime, e importantes executoras da ordem masculina (GEBARA, 2000).

P10: Eu só digo uma coisa amigas, as mulheres se prestam a fazer isso também!

P3: Mas um dia elas vão ficar velhas, e depois? Será que elas vão ficar assim?

P10: Também tem as que vão, se vendem, porque querem dinheiro e não querem trabalhar também, não é? Tem também umas que eles mexem e que elas gostam! Saem de casa com aquela roupa que é pra eles “mexer” mesmo!

P9: Parece que tem mulheres, que Deus do céu né, parece tudo mesmo da mulher!

P8: Essa saia que tu “fez” tá muito aberta P6, tu exagerou, tá igual uma “pirigueti”!

P9: Que nem hoje o meu filho já leva a namorada né, pra dormir lá em casa, mas eu no meu caso não sei se eu vou deixar a minha nenê “faze” o mesmo, quando “cresce”...

P5: Só que ela que é mulher, ela que deveria se cuidar... fazer o que né?!”

O julgamento ao comportamento de outras mulheres, a crítica à forma de vestir, a diferença nas regras entre filhas e filhos, são exemplos da forma como muitas mulheres reproduzem a dominação que sofrem em suas demais relações. Muitas são vítimas e vitimizam seus filhos e filhas. A repetição se dá pela falta do “se dar conta”, devido à grande naturalização desta dominação que se constitui também como violência contra a mulher.

Assim, muitas mulheres iniciaram suas histórias de violência na infância, na forma como eram tratadas pelo pai, o que se repetiu após com o marido. Portanto, não sabem e não conhecem uma outra forma de se relacionar. Desta forma, mais importante do que a fuga a um papel masculino autoritário e opressor, é necessário a fuga a este modelo de família, na qual a lei masculina, executada inclusive pelas mulheres, impera (GEBARA, 2000).

Para isto, em um primeiro momento, é necessário que se fale e se reflita sobre as diversas formas de violência e questioná-las para que não sejam reproduzidas como algo natural.

O processo de desnaturalização da violência é determinante para que as mulheres possam reconhecer em suas histórias de vida e no seu cotidiano as diversas formas de violência a que são submetidas a fim de assumir movimentos de libertação e superação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A história da violência contra a mulher caminha muito próxima à história da sociedade moderna. Sendo assim, influenciou e continua influenciando diretamente a vida das mulheres em todos os seus aspectos: escolarização, profissionalização, inserção e papel social e relacionamentos.

A fala das mulheres nas oficinas terapêuticas demonstrou o quanto estas ainda vivenciam situações de violência. A naturalização desta violência, todavia, impede que muitas se deem conta de que continuam vítimas desta sociedade que, apesar de mostrar sinais de evolução, ainda mantém vivo o patriarcado e o machismo. O fato do Brasil ser signatário de todos os acordos internacionais de enfrentamento a violência contra a mulher, e mesmo assim continuar com os maiores índices é um exemplo disso (BECCON, 2018).

O trabalho com o grupo de artesanato por meio das oficinas terapêuticas se mostrou como importante dispositivo de escuta e de promoção da saúde. Falar sobre violência contra a mulher e sobre o quanto o próprio corpo e a sexualidade são influenciados pela sociedade que a oprime e discrimina, permitiu ampliar o olhar dos participantes para questões de vida e de saúde, e assim, incitar movimentos de libertação. Além disso, falar sobre o assunto significa chamar a atenção da sociedade para uma violência velada, que ocorre todos os dias e que se finge não enxergar.

Os grupos de convivência e de educação em saúde fazem parte das atribuições do profissional da atenção básica. Apesar disso, o trabalho em grupo é, tantas vezes, deixado de lado frente à grande demanda de atendimentos individuais. Dias, Silveira e Witt (2009) referem que poucas são as publicações sobre o tema, mesmo com tantas possibilidades de abordagens por diferentes profissionais.

O encontro semanal do profissional com os participantes do grupo fortalece o vínculo entre serviço e usuário e permite que as abordagens sejam feitas de acordo com o contexto e a necessidade dos usuários. O profissional da atenção básica precisa usar sua técnica para pensar novos processos de cuidado, acolhendo as diferenças, colocando-se mais próximo e disponível aos usuários (CAMPOS, 2005), para dar conta de demandas como esta, da violência contra a mulher.

Frente aos alarmantes índices de violência contra a mulher, faz-se necessário que este seja um assunto ainda mais discutido e trabalhado pelas equipes de saúde. É essencial que homens e mulheres se reconheçam como parte deste processo, e encontrem no coletivo força

para resistir a dominação e opressão, criando novas identidades femininas e masculinas (GEBARA, 2000).

Por fim, cabe destacar que essa reflexão traz uma parte das construções feitas com as mulheres, pois a potência dos projetos de pesquisa-intervenção está na possibilidade de construir autonomia e protagonismo com os participantes.

Construir redes integrativas e intersetoriais de cuidado às mulheres vítimas de violência se constitui como um desafio aos profissionais de saúde, assim como contribuir para que cada mulher se reconheça na sua potência de vida e de força para superação.

Outro desafio é como contribuir para que os agressores se reconheçam como humanos e possam superar o machismo, as formas violentas de encarar a vida e possam também se libertar e construir relações saudáveis e pautadas no respeito e na amorosidade.

Para enfrentar situações de violência é necessário a implementação de Políticas Públicas para as Mulheres, o fortalecimento de medidas previstas na Lei Maria da Penha, a construção da Rede Lilás, a efetiva implantação do SUS com políticas e ações tanto na Saúde da mulher, como na saúde do homem, da criança e adolescente, dos idosos, na saúde mental, do trabalhador (a), nas ações clínicas de cuidado, na incorporação desses desafios no acolhimento e cuidado humanizado, com a participação ativa dos usuários e com fortalecimento das equipes de saúde e intersetoriais.

Os processos formativos, de educação em saúde, em especial a educação permanente e popular, de promoção à saúde e de atenção integral, precisam ampliar as ferramentas de diagnóstico e de cuidado, incorporando novas tecnologias leves como as oficinas terapêuticas, práticas integrativas, populares, comunitárias de abordagem e cuidado.

A saúde é expressão de vida, dignidade, respeito, autonomia, protagonismo e felicidade humana!

REFERÊNCIAS

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: **Ministério da Saúde**, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>> Acesso em: 11 Jul. 2016.

BECCON, Janaína Matheus Collar. **Violência doméstica contra a mulher: o encontro da revisão bibliográfica e da cartografia**. 2018. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

CAMINOTI, Jacqueline Medeiros. Os usos e abusos do corpo feminino: os casos de denúncia de crimes sexuais na capital do Espírito Santo entre os anos de 2006 e 2007. In: XXVII Simpósio Nacional de História, 2013, Natal. **Anais...** Natal: ANPUH, 2013. Disponível em: <http://www.snh2013.anpuh.org/resources/anais/27/1371323738_ARQUIVO_OSUSOSEAB_USOSDOCORPOFEMININOFINAL.pdf>. Acesso em 16 jan. 2018.

CAMPOS, Rosana Onocko. O encontro trabalhador-usuário na atenção à saúde: uma contribuição da narrativa psicanalítica ao tema do sujeito na saúde coletiva. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 573-583, Sept. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jan. 2018.

CONSELHO NACIONAL DE JUSTIÇA. **Formas de violência**. Disponível em: <http://www.cnj.jus.br/programas-e-acoas/lei-maria-da-penha/formas-de-violencia>. Acesso em 17 Jan. 2018.

DATAFOLHA; FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. **Percepção sobre violência sexual e atendimento a mulheres vítimas nas instituições policiais**. Set. 2016. Disponível em: <<http://www.forumseguranca.org.br/storage/download/percepcao-violencia-mulheres-b.pdf>>. Acesso em: 17 Jan. 2018.

DESSEN, Maria Auxiliadora; OLIVEIRA, Maíra Ribeiro de. Envolvimento paterno durante o nascimento dos filhos: pai "real" e "ideal" na perspectiva materna. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 26, n. 1, p. 184-192, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722013000100020&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 10 jan. 2018.

DIAS, Valesca Pastore; SILVEIRA, Denise Tolfo; WITT, Regina Rigatto. Educação em saúde: o trabalho de grupos em atenção primária. **Rev. APS**, v.12, n.2, p. 221-227, abr./jun. 2009.

GARCIA, Leila Posenato et al. **Violência contra a mulher: feminicídios no Brasil**. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/130925_sum_estudo_femicidio_leilagarcia.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2018

GEBARA, Ivone. **A mobilidade da senzala feminina: mulheres nordestinas, vida melhor e feminismo**. São Paulo: Paulinas, 2000.

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

GOETZ, Everley Rosane; VIEIRA, Mauro Luís. Percepções dos filhos sobre aspectos reais e ideais do cuidado parental. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 26, n. 2, p. 195-203, jun. 2009. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103166X2009000200007&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 10 jan. 2018.

MURARO, Rose Marie; BOFF, Leonardo. **Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças**. Rio de Janeiro: Sextante, 2002.

MURARO, Rose Marie. **Os seis meses em que fui homem**. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos, 1990.

MURARO, Rose Marie. **Sexualidade da mulher brasileira: corpo e classe social no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1983.

PORTO, Janice Regina Rangel. **Violência contra a mulher: expectativas de um acolhimento humanizado**. 2004. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PULGA-DARON, Vanderléia Laodete. **Um grito lilás: cartografia da violência às mulheres do campo e da floresta**. 2009.

RODRIGUES, Maria Elizabeth; NASCIMENTO, Geraldo Barbosa; NONATO, Eunice M. Nazareth. A dominação masculina e a violência simbólica contra a mulher no discurso religioso. **Identidade!**, São Leopoldo, v. 20, n. 1, p. 78-97 - jan.-jun. 2015. Disponível em: <<http://periodicos.est.edu.br/identidade>>. Acesso em 16 jan. 2018.

SAFFIOTI, Heleieth Iara Bongiovani. Ontogênese e filogênese do gênero: ordem patriarcal de gênero e a violência masculina contra mulheres. **Série estudos e ensaios/Ciências sociais/FLACSO – Brasil**, Jun. 2009. Disponível em: <http://flacso.redelivre.org.br/files/2015/03/Heleieth_Saffioti.pdf>. Acesso em: 01. Mar. 2017.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. A violência contra mulheres: demandas espontâneas e busca ativa em unidade básica de saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 9, n. 1-2, p. 3-15, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902000000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 Jan. 2018.

SCHRAIBER, Lilia B. et al. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. **Rev. Saude Publica**, v.36, n.4, p.470-7, 2002.

STARFIELD, Barbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério as Saúde/ Unesco, 2002. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001308/130805por.pdf>>. Acesso em: 04 Jan. 2018>.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez, Autores Associados, 1986.

VALLADARES, Ana Cláudia Afonso et al. Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen>>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

WASELFISZ, Julio Jacobo. **Mapa da Violência 2015**: homicídio de mulheres no Brasil. Flacso Brasil, Brasília, 1ª ED, 2015. Disponível em: <http://www.mapadaviolencia.org.br/pdf2015/MapaViolencia_2015_mulheres.pdf>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

ZIMERMAN, David E.; OSÓRIO, Luiz Carlos. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

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.

Artigos: 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.