



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL

Gabriele Ladislau de Azevedo

Violência de gênero e a Política de Saúde na atenção básica

Rio de Janeiro
2023

Gabriele Ladislau de Azevedo

VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A POLÍTICA DE SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
à Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro, como parte dos
requisitos necessários à obtenção do grau de
bacharel em Serviço Social

Orientador: Profª Rosana Morgado

Rio de Janeiro
2023

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer a minha família pelo apoio e suporte durante todo o processo da graduação, principalmente durante o período pandêmico.

Agradeço a equipe NASF do CMS Buá Boanerges (todos os profissionais que passaram pelo núcleo durante o período que estive presente) pela experiência incrível de estagiar na atenção básica, me proporcionando ensinamentos que foram além do estágio e que me motivaram a continuar.

Agradeço à minha orientadora, Rosana Morgado, pela paciência e cuidado durante o longo processo que foi o TCC.

E por fim, gostaria de agradecer a Tina por ser minha companheira até nos momentos mais difíceis.

“Eu não estou mais aceitando as coisas que eu não posso mudar. Eu estou mudando as coisas que não posso aceitar.” (Angela Davis)

RESUMO

Trabalho de conclusão de curso de graduação em Serviço Social, escrito a partir dos conhecimentos adquiridos ao longo da formação. Este trabalho tem como objetivos a análise da violência de gênero como um fenômeno social, intensificada pelo modo de produção capitalista, a articulação da relação entre violência de gênero e política de saúde, em especial na atenção básica e a identificação da atuação do Serviço Social na área da saúde. Para alcançar os objetivos propostos será apresentado através de três capítulos, o conceito de proteção social articulado com a categoria “Questão Social”, a formação das políticas sociais e sua contradição dentro do modo de produção capitalista. Assim como, a trajetória da política de saúde associada ao enfrentamento da violência de gênero, o desenvolvimento do Serviço Social no Brasil e a atuação das assistentes sociais na área da saúde. A metodologia utilizada foi a revisão bibliográfica e a vivência no campo de estágio, realizado no período de 2021 à 2022, registradas em diários de campo escritos durante o estágio de Serviço Social e nos relatórios apresentados para as disciplinas de Orientação e Treinamento Profissional - OTP. Visando proporcionar a apreensão da realidade no contexto da relação da prática profissional do Serviço Social e as políticas de saúde.

Palavras-chave: Violência de gênero. Política de Saúde. Serviço Social. Atenção Básica.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

AP - Área Programática

APS - Atenção Primária de Saúde

CAP - Coordenadoria de Atenção Primária

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CMS - Centro Municipal de Saúde

CRAM - Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centros de Referência Especializados em de Assistência Social

ESF - Estratégia de Saúde da Família

NASF - Núcleo Ampliado de Saúde da Família

OS - Organização de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPM - Plano Nacional de Política para as Mulheres

RAMSV - Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SADT - Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico

SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Subpav - Subsecretaria de Promoção da Saúde Atenção Primária e Vigilância de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	SAÚDE COMO PROTEÇÃO SOCIAL.....	11
2.1	“Questão Social” e Proteção Social.....	11
2.2	Histórico da Política Social de Saúde no Brasil.....	13
3	VIOLÊNCIA DE GÊNERO E SAÚDE.....	18
3.1	Gênero como categoria analítica.....	18
3.2	Violência de gênero e política social de saúde.....	21
4	VIOLÊNCIA DE GÊNERO E A EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	26
4.1	A organização da Atenção Básica de saúde e NASF.....	26
4.2	Serviço Social e o trabalho das assistentes sociais na política de saúde....	30
4.3	Violência de Gênero e a experiência de estágio.....	36
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
6	REFERÊNCIAS.....	45

1. Introdução

A presente monografia analisa a relação entre a violência de gênero e a Política de Saúde, especialmente na atenção básica. A metodologia utilizada foi a revisão de bibliografia sobre as categorias chaves para a construção do tema, tais como Gênero, Política Social de Saúde e Serviço Social.

A revisão de bibliografia está articulada com as vivências do campo de estágio, realizado no Centro Municipal de Saúde Bua Boanerges Borges da Fonseca (AP 5.1) na Zona Oeste do Rio de Janeiro, registrada em diários de campo escritos durante o estágio de Serviço Social e nos relatórios apresentados para as disciplinas de Orientação e Treinamento Profissional - OTP.

A partir dos anos de 1970 a categoria gênero é introduzida na literatura das ciências sociais sendo compreendida como um processo de construção social, ligado intrinsecamente às relações históricas e culturais de cada sociedade entre as diferenças impostas através dos papéis de gênero. Dessa maneira a categoria estrutura a organização da vida social e na medida que constrói níveis diferentes de poder entre os sujeitos sociais, contribui para a realização de formas violentas e de dominância.

A violência de gênero não é um fenômeno particular do modo de produção capitalista, entretanto, é a partir deste que ganha novas camadas e manifestações. Os papéis estabelecidos dentro da sociedade burguesa são demarcados pela divisão social do trabalho, conferindo ao homem o dever de prover e a mulher o de cuidar.

Com isso, definindo uma relação hierárquica de poder entre os gêneros, o que limita a posição da mulher de igualdade perante o homem. Em uma sociedade desigual as relações de poder irão refletir essa desigualdade, dando espaço para a exploração e a dominação dos seres sociais que se relacionam.

Segundo dados do Dossiê Mulher (2021) durante a pandemia¹, ao mesmo tempo em que os casos aumentaram, os números de boletins de ocorrência e a notificação de violência doméstica apresentaram queda. Seja pelo receio da vítima de se expor a uma situação de contágio e/ou a impossibilidade de sair de sua residência com a presença do autor da agressão.

A pandemia de covid-19 teve como consequência na vida social uma maior restrição de mobilidade, rebatendo diretamente na vivência das mulheres em situação de violência doméstica. Enquanto algumas precisaram realizar o isolamento social junto dos próprios autores de agressão, outras não tiveram a opção de se proteger do vírus pois fazem parte da classe que vive do trabalho e precisam se arriscar saindo de casa para garantir sua sobrevivência e de sua família.

Dada a divisão sociossexual e racial do trabalho em sua nova morfologia, as mulheres trabalhadoras brancas sofrem mais que os homens brancos (basta ver que os altos índices de violência doméstica e feminicídio se ampliam durante a pandemia), enquanto as trabalhadoras negras são ainda mais penalizadas que as brancas (veja-se o exemplo das trabalhadoras domésticas no Brasil, que totalizam 6,2 milhões, das quais 68% são negras). (ANTUNES, 2020)

Dessa forma, as preocupações inerentes à pandemia, como o luto, instabilidade, fome e desemprego, intensificaram a situação de violência que essas mulheres se encontravam, implantando diretamente na saúde, seja pelo risco do isolamento social com autores de agressão como também pelo risco de contágio.

As observações e experiência no cotidiano do estágio, realizado no Núcleo Ampliado de Saúde da Família - NASF da AP 5.1 no período de 2021 à 2022, possibilitaram o questionamento e a reflexão sobre a relação da política de saúde com o fenômeno da violência de gênero. A planilha de monitoramento da violência, organizada pela Coordenadoria de Saúde da AP 5.1 aponta dados escassos sobre a violência de gênero no território em relação às pesquisas sobre a temática no município do Rio de Janeiro.

¹ Pandemia de COVID-19 que iniciou-se no final do ano de 2019 e impactou o modo de vida em sociedade, assim como, intensificou as diferentes formas de violência de gênero, raça e classe. Resultando “uma massa de trabalhadores e trabalhadoras sem condições mínimas de sobrevivência, tangenciando ou vivenciando uma fome profunda e sendo enterrada, aos milhares, nos cemitérios.” (ANTUNES, 2020).

Neste sentido, a motivação desta investigação tem por objetivo propiciar e fomentar o debate e a análise crítica do tema, assim como as possibilidades para sua intervenção.

Os principais objetivos podem assim ser destacados:

- Analisar a violência de gênero como um fenômeno social, intensificado pelo modo de produção capitalista;
- Articular a relação entre violência de gênero e política de saúde, em especial na atenção básica;
- Identificar a atuação do Serviço Social na área da saúde;

A monografia está estruturada em três capítulos: o primeiro aborda o conceito de proteção social articulado com a categoria “Questão Social” buscando compreender a formação das políticas sociais e sua contradição dentro do modo de produção capitalista. Além disso, busca explicitar o desenvolvimento da saúde como uma política social do Estado brasileiro e sua trajetória que perpassa pelo período da ditadura militar até a formação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O segundo capítulo resgata o debate sobre a categoria gênero, suas definições e equívocos na literatura das ciências sociais, buscando a compreensão do fenômeno da violência de gênero. Articula os conceitos de poder e papéis de gênero a partir da visão da divisão sexual do trabalho na sociedade capitalista, pontuando seu impacto nas relações de gênero, raça e classe.

Por fim, o terceiro capítulo expõe a organização e os rebatimentos do neoliberalismo no SUS, destacando o nível da atenção básica de saúde. Assim como, traz a trajetória do serviço social como uma categoria profissional criada para administrar o consenso por meio das políticas sociais até seu amadurecimento com o estabelecimento de projeto ético-político voltado para a luta e defesa de direitos. Além de analisar a atuação dos assistentes sociais no âmbito da política de saúde e o enfrentamento da violência de gênero na atenção básica, articulado a experiência de estágio no núcleo ampliado de saúde da família (NASF).

2. Saúde como Proteção Social

2.1 Questão Social e Proteção Social

O tripé da Seguridade Social no Brasil estabelece a política de saúde como universal, diferenciando-a das políticas de previdência e assistência social que estão voltadas a uma camada específica da população. O Estado se responsabiliza por tratar algumas das manifestações da “Questão Social”, o Instrumento (de consenso) Política Social mostra-se como ideia de administrar e controlar as manifestações da “Questão Social” para além da violência.

A “Questão Social” só pode ser compreendida analisando duas dimensões: a econômica e a política. Netto (2001) no texto Cinco notas a propósito da “questão social” apresenta o Pauperismo, como um novo fenômeno na sociedade europeia do século XIX, vinculado ao modelo de produção capitalista no período concorrencial. Assim, a raiz da pobreza foi reformulada, nos modelos anteriores ao capitalismo é possível aferir que essa estava vinculada com a escassez ligada ao baixo desenvolvimento das forças produtivas, já com o advento do pauperismo, pela primeira vez na história ela passou a crescer na mesma proporção da capacidade de produção de riquezas sociais. Ou seja, a partir do avanço da produção na sociedade capitalista, a pobreza e a escassez deixaram de estar correlacionadas.

As forças produtivas no capitalismo estão desenvolvidas de modo que a exploração não afeta a quantidade de riqueza produzida, em vista disso, a exploração não pode ser usada como argumento para capacidade de produção. Assim a exploração e demais expressões da “Questão Social”, como a fome e a miséria, não são exclusivas do capitalismo, entretanto, possuem a particularidade da apropriação privada que condiciona sua existência.

A dimensão econômica da “Questão Social” encontra na teoria social de Marx, elaborada em 1867 em sua obra O capital, a forma de compreensão teórica para a análise da realidade social vivenciada na sociedade burguesa. A desigualdade está intrinsecamente pautada na relação capital-trabalho, através da apropriação das riquezas socialmente produzidas por uma pequena parte, os detentores dos meios de produção. As manifestações da “Questão Social” podem mudar de acordo com o

tempo ou o contexto histórico, contudo, assim como a desigualdade, sua raiz permanece resultado da apropriação.

Do Pauperismo à expressão “Questão Social” está relacionada a condição de aversão à ordem burguesa, através de lutas e ameaças às instituições vigentes. A dimensão política manifesta o caráter antagônico entre a classe trabalhadora e a dominante, as necessidades das classes não permitem uma colaboração, pois são essencialmente contrárias. A “Questão Social” só pode ser compreendida a partir desse movimento político que transforma a classe trabalhadora de classe em si para classe para si. Baseado nessa consciência política se nota que as expressões da “Questão Social” estão intrinsecamente ligadas ao modelo de produção capitalista. Logo, para a superação destas é necessário a superação da sociedade burguesa, sustentada na exploração e na apropriação privada.

Com a consolidação da ordem Burguesa e o fim de seu caráter revolucionário, a naturalização da “Questão Social” se fez necessária. Desse modo, os intelectuais conservadores a serviço do ideal burguês precisaram romper com o vínculo sociedade e economia, camuflando a ligação do pauperismo com o desenvolvimento capitalista. Reivindicando o mercado como regulador das relações sociais e com a competência de possibilitar a igualdade de oportunidades.

As expressões da “Questão Social” eram tratadas como inerentes da sociedade, e poderiam ser administradas ou amenizadas através de intervenção. Porém essas ações não poderiam afetar os fundamentos da sociedade burguesa, como a propriedade privada dos meios de produção, dessa forma, agindo através da violência e da coerção como forma de controle da ordem capitalista frente às diversas expressões da “Questão Social”.

É apenas no segundo estágio do capitalismo, chamado monopolista, que possibilita a criação de um mecanismo de intervenção que vai além da repressão. O Estado que anteriormente não deveria interferir nas questões econômicas, agora necessita adensar suas funções para a preservação e expansão do capital. Segundo Netto (1996) o Estado durante o período concorrencial tinha a função de garantir a propriedade privada, intervindo de maneira pontual e emergencial, já no momento histórico dos monopólios esta função se torna sistemática criando um novo modelo

interventivo que consiste em atender demandas políticas para assegurar as demandas econômicas.

[...] no capitalismo concorrencial, a intervenção estatal sobre as sequelas da exploração da força de trabalho respondia básica e coercitivamente às lutas das massas exploradas ou à necessidade de preservar o conjunto de relações pertinentes à propriedade privada burguesa como um todo — ou, ainda, à combinação desses vetores; no capitalismo monopolista, a preservação e o controle contínuos da força de trabalho, ocupada e excedente, é uma função estatal de primeira ordem: não está condicionada apenas àqueles dois vetores, mas às enormes dificuldades que a reprodução capitalista encontra na malha de óbices à valorização do capital no marco do monopólio. (Netto, 1996, p.22)

Assim, o Estado se responsabiliza por tratar algumas das manifestações da “Questão Social”, através do Instrumento (de consenso) política social, que tenta diminuir algum tipo de desigualdade e manejar a ordem Burguesa. Entretanto, é um equívoco compreender a categoria política social apenas como uma necessidade do movimento do capital. Segundo as autoras Behring e Boschetti (2007) a luta da classe trabalhadora é fundamental para tencionar e ampliar os direitos sociais, com isso a implementação das políticas sociais ocorre de maneiras divergentes, dependendo do movimento dos trabalhadores, do desenvolvimento das forças produtivas e da correlação de força dentro do Estado.

A análise da política social implica, assim, metodologicamente a consideração do movimento do capital e, ao mesmo tempo, dos movimentos sociais concretos que o obrigam a cuidar da saúde, da duração da vida do trabalhador, da sua reprodução imediata e a longo prazo. (Faleiros, 2009, p. 59)

Dessa forma, a política social demarca seu caráter contraditório, visto que, a mesma é um instrumento que não toca a raiz da “Questão Social” e tão pouco foi criada para isso, mas ao mesmo tempo é fruto da luta da classe trabalhadora organizada.

2.2 Histórico da Política Social de Saúde no Brasil

No contexto brasileiro a saúde como intervenção estatal começa a ser efetivada a partir da década de 1930, construindo uma trajetória que perpassa por períodos de modificações e embates até a inauguração de sua concepção como Seguridade Social. Durante o momento anterior à ação estatal, a saúde era pautada majoritariamente através da filantropia e da prática liberal, é apenas no século XIX que iniciativas são estabelecidas no campo da saúde pública, com o impacto das

transformações econômicas e políticas e a demanda do nascente movimento operário (Bravo, 2009). Desse modo, a saúde como expressão da “Questão Social” está ligada ao período histórico da emergência do trabalho assalariado e da organização de uma classe operária, articulada e consciente politicamente.

A conjuntura da década de 1930 foi marcada pelo processo de industrialização, pelo impacto do trabalho assalariado e pela necessidade de redefinição do papel do Estado. Essas circunstâncias possibilitaram a alteração do modo que às expressões da “Questão Social” eram enfrentadas pelo Estado, resultando na criação de políticas sociais. Segundo Bravo (2009, p. 91) “a política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária.” Priorizando à saúde pública, voltada para a criação de condições sanitárias, em detrimento da medicina previdenciária, situação que será invertida com a implementação da ditadura militar durante a década de 1960.

A Intervenção estatal sobre as expressões da “Questão Social” durante o período ditatorial, foi marcada pela repressão e pela assistência como forma de regulamentação diante a sociedade, controle das tensões sociais e legitimação do regime (Bravo, 2009). O modelo privado foi privilegiado, através da medicina previdenciária que tinha um direcionamento para a lucratividade e capitalização da medicina (Oliveira e Teixeira Fleury, 1986). Com o processo de redemocratização, as discussões sobre as condições de vida e saúde ganharam espaço na sociedade civil, deixando de ser interesse restrito aos técnicos. O movimento sanitário, de acordo com Bravo (2009) tinha como principais propostas:

a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (pg.96)

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986 representou um importante marco dentro da trajetória sobre a política de saúde, pois iniciou os debates com a participação de entidades de movimentos populares. Dessa forma, foi possível materializar o conceito ampliado de saúde, compreendendo sua esfera

para além da biológica. Com isso possibilitando a concepção de uma política “como direito social universal e atributos de cidadania”. (Cavalcanti e Zucco, 2006, pg.71)

Segundo Cavalcanti e Zucco (2006), a saúde nesse momento passa a ser definida como produto das condições de vida, abrangendo dessa forma todas esferas de uma totalidade, incluindo a relação que os homens estabelecem entre si e com a natureza. Com a compreensão ampliada de saúde, reconhece-se que o modo de organização das relações sociais e de produção impactam na vida em sociedade e também na saúde, “apreendida como dimensão essencial da qualidade de vida e recurso indispensável para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, como também, dialeticamente, é fruto desse desenvolvimento.”(Cavalcanti e Zucco, 2006, pg.70)

A Constituição Federal trouxe importantes inovações e transformações ao padrão de proteção social brasileiro, tendo por umas de suas maiores expressões a introdução do conceito de Seguridade Social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscava-se, em geral, romper com as percepções restritas em relação a cobertura (que era dirigida somente aos que possuíam vínculo empregatício formal) e afrouxar vínculos entre contribuições e benefícios, de modo que possibilitasse a criação de mecanismos mais solidários e redistributivos. Além disso, inaugurou a saúde como a única política social do tripé, que detinha caráter universal, introduzindo a noção de direitos sociais universais como parte da condição de cidadania.

Tais ganhos são resultado de uma mobilização, que se desenvolveu logo após o período ditatorial, e que compreendiam a sociedade como um bem público e coletivo, como parte dos direitos humanos e não como uma mercadoria. Assim, desenvolveu-se toda uma luta em busca da redemocratização da saúde e da construção de um Estado democrático social, contra o modelo de privatização dos serviços de saúde da Previdência Social adotados pela ditadura militar.

A luta pela Reforma Sanitária se insere no quadro mais geral da luta de classes no país e só pode ser efetivada em um Estado democrático. Entretanto, alguns avanços significativos ocorreram, que precisam ser elucidados, tais como: a modernização setorial, a realocação de despesas em favor do setor público e a colocação na cena política da noção de direito social universal, com a tematização, *Saúde: direito de todos e dever do Estado*. (Bravo, 2011, pg. 43)

A partir da Lei nº 8080 de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) foi regulamentado e se compromete como uma nova forma de atenção à saúde, na qual a visão de saúde avança, deixando de ser apenas considerada como a ausência de doença e se converte em uma concepção de saúde do sujeito em toda sua integralidade, desde o processo patológico/biológico até as questões psicológicas/emocionais e sociais. Sendo assim, o SUS vai nortear-se por três princípios fundamentais : a integralidade, a equidade e a universalidade.

No entanto, é importante destacar que ao mesmo tempo em que se constrói o SUS, dentro de um contexto de redemocratização do país (impulsionado pelos movimentos sociais), ganhava força um modelo de oposição, parametrado por ideais privatistas e neoliberais, que visava a maximização dos lucros e os interesses do capital. Assim, a Constituição Federal de 1988 e, por conseguinte, a Seguridade Social, é fruto da correlação de forças, tendo resultados híbridos e possibilitando a reorganização da relação entre o Estado e a sociedade por pressupostos distintos daqueles que forjaram o SUS e a Reforma Sanitária.

O Projeto de Reforma Sanitária está perdendo a disputa para o Projeto voltado para o mercado. Os valores solidários que pautaram as formulações da concepção de Seguridade Social, inscrita na Constituição de 1988, estão sendo substituídos pelos valores individualistas que fortalecem a consolidação do SUS para os pobres e a segmentação do sistema. (Bravo, 2009. pg.107)

Além disso, ao adentrar nos quadros neoliberais, a partir da década de 1990, o Brasil passa por uma série de reformas e reestruturações, que passarão a se basear na maximização dos lucros, na transferência de recursos ao capital estrangeiro em detrimento de condições dignas de trabalho e vida às classes populares. Desse modo, assiste-se a um processo de agudização da desigualdade social, acentuando os processos de precarização, subjugando a classe trabalhadora aos ditames do capital.

De acordo com Gazilia (2004), as medidas de ajuste estrutural, recomendadas pelas agências de crédito multilaterais, para o sistema de saúde são os serviços clínicos curativos mínimos essenciais. Logo, planeja reduzir a saúde pública ao atendimento de situações emergentes, de baixa qualidade, visto que, não há perspectiva de melhoria e ampliação. Enquanto desenvolve o setor privado o incentivando a assumir ações e serviços antes vinculados ao setor público.

As recomendações seguem três linhas gerais: a individualização, voltada para os riscos com objetivo de trazer a responsabilidade para o indivíduo, a focalização, que limita os benefícios para aqueles que estão em pior situação e a privatização², que desloca serviços públicos para a sociedade civil e mercantil (Gazilia, 2004). Essas propostas marcadas pelo ideário neoliberal foram pautas no decorrer da década de 1990 para reformas que “tenderam à combinação de estratégias de privatização dos sistemas permanentes de proteção social (saúde e previdência) e à seletividade de beneficiários em todas as áreas.” (Gazilia, 2004, p.186)

A partir da ofensiva neoliberal o princípio da universalidade da política social de saúde se apresenta como um campo em tensão, pois mesmo com a manutenção de sua forma institucional, na realidade encontra uma redução de recursos, precarizando e limitando seu acesso. Dessa forma, o princípio de acesso amplo e universal não representa a ampliação de cobertura e qualidade para população, perante a classe aliada ao capital, que busca cada vez mais a mercantilização do acesso à saúde.

² Os princípios de privatização, descentralização e focalização orientados às políticas sociais estão vinculados ao ideário do Estado neoliberal, porém vão de encontro com as conquistas da classe trabalhadora expressas na constituição de 1988 e são um fator para a barbarização das expressões da “Questão Social”.

3. Violência de Gênero e Saúde

3.1 Gênero como categoria analítica

A inserção do gênero como uma categoria analítica dentro do debate acadêmico iniciou-se na década de 1970, através de feministas norte-americanas, com a finalidade de analisar a relação entre os sexos e desassociar as diferenças sociais existentes com o determinismo biológico (ALMEIDA, 2007). Anteriormente, a visão sobre os sexos estava intrinsecamente ligada à biologia, a função social da mulher era a reprodução. Assim, a troca de terminologia do estudo dos “sexos” para o estudo de “gênero” implica um rompimento com essa perspectiva.

Desse modo, o gênero passa a ser compreendido como um processo de construção social, a diferença de papéis entre os gêneros está marcada através das relações históricas e culturais de cada sociedade. Ressaltando o aspecto relacional que entende que um estudo separatista não conseguiria compreender qualquer um dos sexos (SCOTT, 1995).

A categoria gênero se tornou uma pauta importante para análise social, instigando a busca pela teorização através de diferentes abordagens na literatura das ciências sociais. Scott (1995) afirma que parte dessas teorias resultaram numa visão reduzida da categoria gênero, se opondo ao caráter histórico e aos compromissos feministas.

A primeira abordagem limitante possui um viés descritivo, relatando os fenômenos sem a intenção de compreender suas causas e sua forma de desenvolvimento. O termo gênero dentro dessa perspectiva não visa um posicionamento sobre desigualdade e poder, torna-se sinônimo de mulher, “um conceito associado ao estudo de coisas relativas às mulheres” (SCOTT, 1995, p. 76).

A segunda abordagem é a causal que tenta teorizar sobre a natureza dos fenômenos e das realidades, trata-se de uma “forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas de homens e de mulheres.” (SCOTT, 1995, p. 75). Apesar da compreensão do fenômeno como social, o foco não está na busca pelas razões da construção de relações desiguais, nem seu funcionamento ou mudança.

De acordo com Scott (1995) é preciso uma explicação para a concepção de gênero atrelada ao significado, diferente das abordagens que visam uma causalidade geral e universal. Pois "o lugar da mulher na vida social humana não é, de qualquer forma direta, um produto das coisas que ela faz, mas do significado que suas atividades adquirem através da interação social concreta" (SCOTT, 1995, p.86). A busca do significado irá perpassar o sujeito individual, incluindo a organização social e suas interligações.

Para a autora, a categoria gênero possui duas proposições: uma como elemento constitutivo das relações sociais e outra como forma de dar significado às relações de poder. (SCOTT, 1995). A primeira proposição implica em quatro dimensões interrelacionadas, a dimensão dos símbolos culturais, a dimensão dos conceitos normativos, a dimensão concepção política (instituições/organização social) e a dimensão da identidade subjetiva. Tais dimensões impactam diretamente nas relações sociais construídas em determinada sociedade e são necessárias para a análise da categoria em sua totalidade e complexidade. Dessa forma:

A primeira parte da minha definição de gênero, então, é composta desses quatro elementos e nenhum dentre eles pode operar sem os outros. No entanto eles não operam simultaneamente, como se um fosse um simples reflexo do outro. De fato, é uma questão para a pesquisa histórica saber quais são as relações entre esses quatro aspectos. (SCOTT, 1995, p. 88)

O gênero também é capaz de dar significado às relações de poder, visto que, por meio desse campo o poder é articulado. O conceito de gênero estrutura as percepções e a organização de toda vida social, e na medida que são distribuídos poderes diferentes, seja de controle ou acesso, o gênero "torna-se implicado na concepção e na construção do próprio poder" (SCOTT, 1995, p.88).

A estruturação do poder através do gênero pode ser identificado na hierarquização da divisão social e sexual do trabalho, na separação e hierarquização entre esfera de produção e reprodução e entre esferas políticas/públicas e privadas (ALMEIDA, 2007).

A divisão sexual do trabalho é a forma de organização do trabalho social decorrente das relações sociais de gênero em determinada sociedade. Dentro da sociedade capitalista, os homens são destinados primariamente à esfera da produção, valorizada socialmente. Enquanto as mulheres são atribuídas a esfera da reprodução social, que é "compreendida como o complexo de atividades e relações

por meio das quais nossa vida e nosso trabalho são reconstituídos diariamente” (FEDERICI, 2019).

Segundo Kergoat (2000), a forma de divisão do trabalho possui dois princípios organizadores, o da separação e da hierarquização. A separação se baseia na segmentação de mulheres e homens, enquanto a hierarquização atribui valor maior de um trabalho ao outro.

Homens e mulheres formam dois grupos sociais envolvidos em uma relação social específica: a relação social de sexo. Estas possuem uma base material, no caso o trabalho, e se expressam por meio da divisão social do trabalho entre os sexos, chamada de divisão sexual do trabalho. (KERGOAT, 2000, p.67)

Dessa forma, a categoria analítica gênero é utilizada para pensar a construção dos sujeitos em diferentes sociedades, demarcando papéis, atributos e comportamentos para o gênero denominado masculino e para o feminino. Os papéis estabelecidos dentro da sociedade burguesa são demarcados pela divisão social do trabalho, dando ao homem o dever de prover e a mulher o de cuidar. Com isso, definindo uma relação hierárquica de poder entre os gêneros, o que retira da mulher a posição de igualdade perante o homem.

O poder dentro das relações sociais pode ser considerado macro, esse pertencente a figura do homem branco possuidor de grande concentração de riqueza, entretanto, as relações sociais também permitem a criação de pequenos poderes. Esse pequeno poder, ao contrário do macro, é mais comum e pode ser evidenciado nas relações de gênero e raciais (SAFFIOTTI, 1989). Quando um marido detém seu pequeno poder sobre sua mulher, o emprega para dominá-la utilizando a violência, seja ela física, mental, moral ou até mesmo patrimonial. O pequeno poder advindo de uma relação desigual oferece a esse homem o entendimento que é superior, dando-lhe uma sensação de plenitude ao exercer seu pequeno poder. Sobre isso Saffiotti (1989) relata:

Pequeno ou grande, o poder permeia todas as relações sociais, deteriorando-as. A rigor, relações de poder revelam a desigualdade social entre seus protagonistas. Crianças são consideradas socialmente inferiores a adultos, mulheres socialmente inferiores a homens, negros socialmente inferiores a brancos, pobres socialmente inferiores a ricos. (SAFFIOTTI, pg. 18)

Sendo assim, a sociedade também produz outros tipos de dominação que estão articulados, como em um nó, junto à questão de gênero. A socióloga Heleieth Saffioti (2015) vai definir que o gênero, a raça e a classe representam um nó estruturador da sociedade, sendo indissociáveis para a análise de um todo sobre as relações de poder. Desse modo, apesar da ênfase nas relações de gênero, a raça e a classe também constituem parte essencial para a compreensão do fenômeno. “Com efeito, ao longo da história do patriarcado, este foi-se fundindo com o racismo e, posteriormente, com o capitalismo, regime no qual desabrocharam, na sua plenitude, as classes sociais” (SAFFIOTI, 2000, p. 73).

A interseccionalidade é um conceito elaborado na década de 1980, através da feminista negra Kimberlé Crenshaw, que visa compreender que a diversidade de identidades de um sujeito, também irá refletir nas diferentes formas de opressão. Desse modo, instrumentalizando “os movimentos antirracistas, feministas e instâncias protetivas dos direitos humanos a lidarem com as pautas das mulheres negras” (AKOTIRENE, 2019, p.37).

Portanto, a interseccionalidade é um conceito importante dentro do debate de gênero, pois tratar dos direitos das mulheres, precisa levar em consideração não só as opressões de gênero que as atingem, mas também outras opressões, como o racismo e a opressão de classe. De maneira a impedir que “as vozes silenciadas e os corpos estigmatizados de mulheres vítimas de outras formas de opressão além do sexismo” (CARNEIRO, 2003, P.118) continuem no silêncio e na invisibilidade.

Identificar a sobreposição de opressões permite a possibilidade de uma análise da totalidade do sujeito, relevante para pensar a questão racial, de gênero, de classe e LGBTQIA+ no Brasil e os desafios para a adoção de políticas públicas que visem o enfrentamento dessas diversas formas de violência.

3.2 Violência de gênero e política social de saúde

O enfrentamento ao fenômeno da violência contra mulheres até a década de 80 no âmbito de políticas públicas era quase inexistente. Um dos primeiros marcos internacionais sobre os direitos humanos da mulher foi a convenção sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra a Mulher (1979)³ que

³ Brasil ratificou a convenção sobre a eliminação de todas as formas de discriminação contra a mulher em 1984.

visava garantir a igualdade de direitos entre homens e mulheres e reprimir quaisquer discriminações contra a mulher nos Estados-parte.

Desde meados dos anos 70, os movimentos feministas no Brasil se fortaleceram, marcados pela confluência das lutas, pela redemocratização do país e pelos direitos das mulheres, de maneira a reivindicar o enfrentamento dos diferentes tipos de violência contra mulheres.

Em 1985, é criado o Conselho Nacional dos direitos da mulher que promove políticas que visem assegurar as condições de liberdade e igualdade de direitos, assim como a participação em atividades políticas, econômicas e culturais. Desse modo, responsável pela formulação de “diretrizes e políticas em todos os níveis da administração pública, direta e indireta, com vistas à eliminação das discriminações contra a mulher” (ALMEIDA, 2007, p. 9).

A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher (1994), definiu o conceito de violência sendo qualquer ação ou conduta, baseada no gênero, que cause sofrimento físico, sexual ou psicológico (CAVALCANTI, 2016). Apenas em 2006 com a Lei Maria da Penha (lei nº 11.340/2006)⁴ que legislativamente define-se os cinco tipos de violência contra a mulher, sendo elas: física, sexual, psicológica, moral e patrimonial.

A violência física é uma das formas mais comuns e aparentes de violência contra a mulher, consiste no uso da força física ou de objetos para feri-la, ocasionando ferimentos ou até mesmo à morte. Segundo o Dossiê Mulher (2021), esta foi a forma de violência mais notificada no estado do Rio de Janeiro no ano de 2020. A média mensal de feminicídio⁵ atingiu o número de 23 casos, enquanto a de tentativa de homicídios registrou quase o dobro, com 45 casos, o registro também relata que o perfil das vítimas de feminicídio é formado por 55,1% de mulheres negras.

A violência sexual pode ser manifestada através do assédio sexual, atos obscenos, importunação sexual, estupro e tentativa de estupro. O registro dessa forma de violência apresenta um grande índice de subnotificação, desse modo, os números registrados representam apenas uma pequena parcela da realidade. O

⁴ A Lei Maria da Penha (Lei Nº 11.340, de 7 de Agosto de 2006) foi o principal marco legal de enfrentamento da questão no Brasil, cria mecanismos para coibir e prevenir a violência doméstica e familiar contra a mulher e estabelece medidas de assistência e proteção às mulheres em situação de violência doméstica e familiar.

⁵ Homicídios de mulheres por motivo de violência doméstica ou discriminação de gênero.

medo de sofrer represálias, a vergonha perante as instituições⁶, assim como, os sentimentos de culpa e humilhação podem ser considerados como alguns dos fatores para a baixa notificação de casos (Dossiê Mulher, 2021).

O segundo tipo de agressão mais registrado no estado do Rio de Janeiro, durante o período de 2020, foi a violência psicológica apontando cerca de 31,6% (Dossiê Mulher, 2021). Pode ser identificada como conduta que cause dano emocional, seja através de ameaças, constrangimento ou perseguição, gerando a diminuição da autoestima da mulher e prejuízos à sua saúde mental. Essa forma de agressão é passível de naturalização, que dificulta a percepção da situação de violência “a menos que este fenômeno se manifeste de modo mais explícito.” (Dossiê Mulher, 2021, p. 96).

De acordo com a Lei Maria da Penha (lei nº 11.340/2006) qualquer ação que configure calúnia, difamação ou injúria pode ser classificada como violência moral, ao ser incorporada na legislação manifesta-se como uma conquista pois auxilia na identificação de condutas violentas que antes estavam passíveis a invisibilização. O fato de não ser manifestada visualmente, assim como a violência psicológica, ocasiona inibição de seu reconhecimento por parte do sujeito em situação de agressão moral.

Por fim a violência patrimonial envolve condutas relacionadas à retenção, subtração e destruição de bens ou recursos, geralmente ligadas como forma de vingança ou coerção. Os dados indicam que cerca de 49,6% das mulheres que registraram dano, violação e supressão de documentos eram negras, e que 52,7% desses tipos de agressão foram ocasionados em suas residências (Dossiê Mulher, 2021).

Todas as formas de agressão contra mulher repercutem nos diferentes ciclos de vida, e são capazes de anular a autonomia, a potencialidade e a saúde das mulheres em situação de violência. O impacto desse fenômeno na saúde da mulher pode ser mensurado através de diversos sintomas, como “lesões, dores de cabeça, abuso de drogas e/ou álcool, asma, síndrome de intestino irritável, desordem de estresse pós-traumático, depressão, ansiedade” (CAVALCANTI, 2016, p.35). A

⁶ A falta de interesse dos profissionais em escutar e orientar, assim como, o uso da discriminação durante o atendimento são barreiras que manifestam a violência institucional. Desse modo, o acolhimento se destaca como ferramenta importante para a qualidade e humanização dos atendimentos, através de um conjunto de posturas que garanta a credibilidade e consideração à mulher em situação de violência sexual (CAVALCANTI, 2016).

saúde sexual e reprodutiva também é afetada ocasionando vulnerabilidade às mulheres atingidas, assim como, torná-las suscetíveis à gravidez indesejada, a infecções sexualmente transmissíveis (IST) e às complicações obstétricas.

A partir do reconhecimento do fenômeno da violência de gênero como interesse público, ocorre a possibilidade da criação de aparatos legais e da implementação de programas e ações a níveis federais, estaduais e municipais, que buscam a prevenção e o enfrentamento.

O Brasil elaborou três edições do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), sendo sancionados respectivamente nos anos de 2004, 2007 e 2013. Foram concebidos por meio dos debates e deliberações das conferências Nacionais de Políticas para Mulheres que os antecederam, desse modo, contribuindo sistematicamente para a construção das políticas públicas de gênero.

A partir de 2003, as políticas públicas para o enfrentamento à violência contra as mulheres são ampliadas e passam a incluir ações integradas, como: criação de normas e padrões de atendimento, aperfeiçoamento da legislação, incentivo à constituição de redes de serviços, o apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública. (SPM, 2011, p. 7)

O PNPM serviu de base para a estruturação da Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, sancionada em 2011, que estabelece os princípios e diretrizes de prevenção e combate à violência, assim como assistência e garantia de direitos. Se baseando nos "princípios da integralidade do atendimento, na conscientização e capacitação dos agentes públicos, na ampliação do acesso a justiça e no apoio a projetos educativos e culturais." (CAVALCANTI, 2016, p.37).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Ministério da saúde, 2004) retrata o compromisso com a implementação de ações no campo da saúde com objetivo de garantir os direitos das mulheres e reduzir a taxa de mortalidade relacionada a casos de violências doméstica e sexual. A Política desenvolveu ações que incluem: a atenção clínico-ginecológica, a assistência em planejamento familiar, atenção obstétrica e neonatal e a atenção às mulheres e adolescentes em situação de violência.

Para atender e estruturar as ações foi criada a Rede de Atendimento à Mulher em Situação de Violência (RAMSV), visando a ampliação e melhoria da qualidade do atendimento. Assim como, potencializando a "identificação e encaminhamentos

adequados das mulheres em situação de violência, além da integralidade e humanização da assistência” (CARNEIRO et al., 2022, p.4).

A articulação entre os serviços de assistência social, da justiça e da saúde é essencial para o desenvolvimento do trabalho em rede. No setor da saúde, a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha funções que vão além do atendimento e acompanhamento das mulheres em situação de violência de gênero. A partir disso, a atenção básica de saúde desenvolve a “reorganização do modelo de saúde quanto à oferta de atenção integral, humanizada, territorializada e contextualizada ao local onde mulheres em situação de violência estão inseridas.” (CARNEIRO et al., 2022, p.4).

4. Violência de gênero e a experiência de estágio na Atenção Básica de Saúde

4.1 A organização da Atenção Básica de saúde e NASF

O SUS se organiza através do modelo de atenção, que administra unidades de serviços de saúde, assim como, estabelecimentos, redes e sistemas. A forma de prestação de serviços parte da atenção à demanda espontânea, oferta de ações programáticas⁷ e vigilância da saúde, que contempla o território, as condições e modos de vida (PAIM, 2008).

O modelo de atenção é dividido em três níveis de cuidado: atenção de alta complexidade, atenção especializada e atenção básica, que interagem entre si por meio do funcionamento integrado. A implementação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) teve como finalidade a garantia da integralidade⁸ do cuidado, através de arranjos organizativos de ações e serviços de saúde integrados por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão (BRASIL, 2011).

O nível de atenção de alta complexidade, também conhecido como nível terciário, visa resolver 5% dos problemas de saúde (MENDES, 2011) por meio de procedimentos hospitalares e alguns ambulatoriais de alta complexidade que são categorizados pelo grande consumo de recursos financeiros. Apesar da baixa porcentagem, a atenção hospitalar ainda representa o centro do setor saúde, ressaltando um caráter hospitalocêntrico onde prevalece a hegemonia de práticas hospitalares e curativas em detrimento das práticas preventivas (BRAGA NETO; BARBOSA; SANTOS, 2008).

De acordo com Mendes (2011) a atenção especializada ou de média complexidade estabelece o foco nos centros de especialidades e serviços de apoio diagnóstico terapêutico (SADT), manejando cerca de 15% dos problemas de saúde. Os serviços dentro da atenção ambulatorial estão organizados na base da oferta disponível que não considera as necessidades da população ocasionando um

⁷ Programas que visam o controle de doenças e programas de atenção a grupos populacionais específicos (PAIM, 2008).

⁸ A integralidade pode ser construída tanto no âmbito das políticas públicas de saúde quanto por meio da intersetorialidade.

estrangulamento no sistema. As consequências dessa circunstância é “a ampliação da demanda para a alta complexidade, com graves prejuízos à população e repercussão nos custos do sistema” (GONÇALVES, 2014), além da demora ao acesso à saúde por parte dos usuários.

A Atenção Básica (AB) também nomeada como Atenção Primária de Saúde é a porta de entrada do SUS sendo a coordenadora do cuidado dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS), funciona como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (BRASIL, 2012). Segundo Mendes (2011), a Atenção Básica está organizada por meio das unidades básicas de saúde e na estratégia de saúde da família, com capacidade de atender aproximadamente 80% dos problemas comuns de saúde da comunidade.

O desenvolvimento desse nível de atenção tem como estratégia o exercício de práticas de cuidado e gestão com caráter democrático e participativo, através do trabalho em equipe voltado a populações de territórios definidos. Desse modo, a Atenção Básica “é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas” (BRASIL, 2012, p. 19). Se guiando pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, do controle social, da humanização⁹ e da equidade (BRASIL, 2012).

Conforme Giovanella e Mendonça (2008) a atenção primária possui sete atributos fundamentais para o planejamento e funcionamento do trabalho, sendo eles: o primeiro contato, a longitudinalidade, a abrangência ou integralidade, a coordenação, a orientação para a comunidade, a centralidade na família e a competência cultural. Esses atributos contribuem para a oferta de serviços regularmente, de maneira a estreitar a relação clínico-paciente independente da ausência ou da presença de doenças. Além de compreender a dinâmica familiar como ferramenta necessária para avaliação das necessidades e a importância da participação dos usuários nas decisões sobre sua saúde.

A estratégia de saúde da família (ESF) foi pensada como um mecanismo de “expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica que busca ampliar a

⁹ A humanização é retirada dos princípios na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017.

resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade” (BRASIL, 2012). A estrutura das equipes da saúde da família são formadas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS).

Assim, na trajetória de construção da Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, o modelo da Estratégia de Saúde da Família (ESF) é considerado prioritário para a consolidação e a ampliação da cobertura da APS no País, com as equipes de Saúde da Família. A APS é entendida como o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde. A ESF é desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território e por gestão qualificada e é conduzida por equipe multiprofissional, que assume responsabilidade sanitária local (BRASIL, 2012).

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) foram criados pelo Ministério da Saúde por meio da Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008. Com objetivo de ampliar as ações e as redes de serviços da atenção básica e contribuir para o fortalecimento de princípios como resolutividade, territorialização e regionalização. De acordo com a Pnab (Brasil, 2012), o NASF é composto por uma equipe multiprofissional, que deve atuar de maneira integrada, apoiando os profissionais das equipes de Saúde da Família e das equipes de Atenção Básica, compartilhando práticas e saberes em saúde com as equipes de referência apoiadas. Alguns exemplos de ações desenvolvidas pela equipe NASF são:

Discussão de casos, atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes etc. (BRASIL, 2012, p. 70)

O apoio matricial orienta o trabalho do NASF, objetivando o desvio da lógica do encaminhamento, visando a regulação de fluxo e reorientação das demandas para as áreas especializadas, além do estímulo aos profissionais trabalharem com outras razões e visões de mundo além das próprias de seu núcleo. O Apoio tem duas dimensões: Dimensão assistencial, que vai originar uma ação clínica direta

com os usuários e a Dimensão técnico-pedagógica: que vai gerar uma ação e apoio educativo com e para a equipe (BRASIL, 2010).

Desse modo, o matriciamento se apresenta como um arranjo preconizado para o trabalho compartilhado, que reduz a fragmentação da atenção e promove a construção e fortalecimento da rede de cuidados que aumente a qualidade e a resolutividade das ações em saúde (BRASIL, 2009b). Enquanto a lógica ambulatorial sistematiza uma ação sem adstrição de território e ligada a encaminhamentos, a lógica matricial reforça a ideia de equipe de referência no território e a discussão de caso.

Com o trabalho interdisciplinar do NASF o usuário é compreendido em sua totalidade, evitando uma visão fragmentada e recortada de sua realidade, assim abrangendo o conceito de saúde para além de um processo biológico. A atuação integrada permite a realização de discussões de casos, atendimentos compartilhados e a construção de projetos voltados para a qualificação e ampliação das intervenções no território.

Diante a atual conjuntura de crise (sanitária, política, econômica e ideológica), os governos municipais tomaram decisões de forma irresponsável e despreocupada com as classes populares, especialmente relativas à reorganização dos serviços de atenção primária à saúde, que provocou a reestruturação de equipes, a diminuição da rede socioassistencial, além de um processo de burocratização e da precarização do trabalho.

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 traz uma nova nomenclatura para o NASF que anuncia a introdução de outra concepção do trabalho. A renomeação do NASF para Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), demarca a perda da função de apoio e aumenta a cobertura para outras unidades básicas tradicionais, resultando numa maior dificuldade de operação na lógica de apoio matricial.

No ano de 2019 foi apresentado um novo modelo de financiamento através da Portaria nº 2.979 de 12 de novembro de 2019 que “extingue o PAB fixo e variável e a adota a captação ponderada, como critério para o repasse dos

recursos para custeio da atenção básica” (SALES *et al*, 2020, p.3). A revogação das equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), passam a ser de responsabilidade dos gestores municipais que podem decidir se haverá continuação ou não da atuação do NASF. Dessa forma, o novo modelo expressa ausência de medidas de valorização e estímulo à implantação dos referidos núcleos nos municípios.

Mediante a esse retrocesso o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2020) se posicionou contra o decreto e contra a possibilidade extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família, reafirmando a importância da equipe na atuação da Atenção Básica e como espaço de trabalho profissional de assistentes sociais.

4.2 Serviço Social e o trabalho das assistentes sociais na política de saúde

A construção do serviço social como profissão decorre da necessidade do Estado em responder as demandas da “Questão Social”, que está indissociável do modo de produção capitalista. Dessa forma, o serviço social emerge em conjunto da perspectiva conservadora (tanto laica como religiosa) com o objetivo de administrar as manifestações da “Questão Social” através controle social como forma de evitar o conflito.

No Brasil sua origem fundamentava-se no ideário católico, identificando a “Questão Social” como um problema de cunho moral e religioso, a atuação profissional estava voltada para a concepção de integração dos usuários a sociedade burguesa. A partir dos anos de 1940, o serviço social brasileiro se direciona ao modelo da teoria social positivista, que visa a tecnificação do trabalho como caráter modernizador. Dessa forma, o aperfeiçoamento dos instrumentos e técnicas de intervenção se tornam o foco para a ação profissional (YAZBEK, 2000).

O primeiro movimento que os assistentes sociais fazem para pensar a categoria, como no Seminário de Araxá e no documento de Sumaré¹⁰, não vai ter o

¹⁰ Ambos os documentos se encontram dentro do movimento de Teorização Social que teve como objetivo repensar o Serviço Social enquanto profissão e foi o início do processo de modernização, tanto no que diz respeito aos métodos quanto no que diz respeito à teoria. Apesar de não abandonar inicialmente os traços do serviço social tradicional, o movimento de renovação culminou, por fim, na

objetivo de debater os sentidos da profissão ou a sua razão de ser. Vai debater métodos e técnicas pensando em como dar uma maior cara de cientificidade à profissão, pois durante a ditadura se criaram muitos postos de trabalho sendo necessário dar uma resposta ao mercado de trabalho, dessa maneira se adequar às tendências sócio-políticas da ditadura.

Segundo Netto (2002) a renovação que ocorreu na profissão é dividida em três momentos: o primeiro momento com a modernização conservadora, o segundo com a reatualização do conservadorismo e o terceiro com a intenção de ruptura. Sendo os dois primeiros momentos ainda conservadores e o último estágio progressista.

O debate da modernização teve como direção a tentativa de criar métodos e técnicas de intervenção para o serviço social, ou seja, buscava uma teorização da profissão, sem se preocupar com o usuário dos serviços. Avança no pensamento positivista e no funcionalismo, sua renovação está vinculada ao sentido da laicização, do afastamento da igreja católica e do pensamento cristão, mas ainda sim conservador.

Já a reatualização do conservadorismo vai se atrelar ao debate da fenomenologia, ocasionando em uma diminuição do foco da técnica e método. A perspectiva fenomenológica vai trazer ao Serviço Social debates das vivências pessoais, ignorando qualquer concepção de classe, pois não se trata de diferenças de classe ou de transformação da sociedade, só de transformação do individual do sujeito.

A intenção de ruptura com o conservadorismo teve influência no movimento de Reconceituação do Serviço Social na América Latina, que permitiu uma nova visão sobre a prática profissional do assistente social. Através da análise crítica sobre a realidade social, objetivando a melhoria da prática no atendimento das manifestações da “Questão Social”. Dessa forma rompe-se com as práticas do Serviço Social tradicional, que tinha um caráter positivista, tecnicista e burocratizado.

ruptura com as perspectivas funcionalistas e fenomenológicas e na incorporação da atuação profissional com base em modelos metodológicos formulados a partir da leitura da realidade do cenário brasileiro.

O Movimento de Reconceituação revê criticamente as fronteiras das Ciências Sociais, deslegitimando o que era a base “científica” do Serviço Social, que seria a sociologia e a psicologia acadêmica. Assim como, realizar um afastamento sociopolítico do Serviço Social com as Igrejas, em sua maioria católicas e por último evidenciou o movimento estudantil, que foi determinante na crítica ao tradicionalismo no Serviço Social. De acordo com Netto (2005), o principal legado do movimento de Reconceituação foi à recusa do profissional do Serviço Social de ser um agente meramente técnico, executor de políticas sociais. A Reconceituação convencionou as bases para uma requalificação profissional, afastando a submissão que se expressava através da divisão de trabalho entre os cientistas sociais, considerados teóricos e os assistentes sociais, apontados como os profissionais da prática.

Segundo Netto (2005) a Reconceituação possibilita a conexão com o movimento da classe trabalhadora, assim como, proporciona aos assistentes sociais o reconhecimento do pertencimento a esta classe. Permite o redimensionamento da autoimagem dos profissionais do Serviço Social que passam a se identificar como mediadores do acesso a direitos.

A partir do entendimento de que o Serviço Social não está deslocado da realidade, o movimento de intenção de ruptura vincula os processos que ocorriam na conjuntura brasileira e a relação da profissão com as lutas dos trabalhadores. Desse modo, essa relação entre o Serviço Social e os movimentos sociais foi um elemento essencial para a ruptura com o conservadorismo. Duriguetto e Marro (2016) apontam quatro determinações sócioconjunturais e teórico-políticas que possibilitaram no final dos anos 70 e início da década de 80, uma relação do Serviço Social com os movimentos dos trabalhadores de forma mais orgânica.

A primeira foi a reinserção da classe operária no cenário político nacional, que marca um ponto importante com o “novo sindicalismo”, que diferente de um sindicato corporativista, tinha uma identificação de classe. Junto com os movimentos sociais repôs a dinâmica política de luta de classe e catalisou as demandas econômico-sociais. É nesse período que se intensifica o processo contra a ditadura, onde os assistentes sociais também se envolvem e participam desse movimento.

A segunda determinação foi à teoria marxiana e à tradição marxista, que no primeiro momento aparece com uma articulação enviesada, de um Marxismo sem Marx¹¹ ou de um “Marxismo Vulgar”, onde posturas voluntaristas e messiânicas atravessam a profissão. Apenas mais tarde houve a possibilidade do serviço social de fato encontrar-se com a Tradição Marxista¹² fincada no tripé: 1) método crítico dialético, 2) teoria do valor trabalho e 3) perspectiva da revolução. Através da crítica baseada no método de Marx pode haver a superação dos influxos teóricos mecanicistas, economicistas, além de combater as posturas geradas pela compreensão conservadora (NETTO, 1989). Dessa forma, reconhecendo dois caminhos para a prática profissional, o de reproduzir e se adequar ou o de aproveitar a contradição, expressada através do método crítico dialético, para tencionar a realidade social buscando uma ação profissional que não seja simplesmente a reprodução do instituído.

A terceira determinação está ligada a dimensão sócio-ocupacional, onde a partir desses espaços os assistentes sociais se deparam com demandas advindas das lutas do movimento social e sindical, como políticas e direitos, influenciando a categoria a rever novas formas para a ação profissional. E por último, a consolidação acadêmica e político-organizativa da profissão.

O projeto ético-político do Serviço Social amadurece¹³ e se afirma nesse contexto sócio-histórico e político de implantação do neoliberalismo no Brasil, que se caracterizou como um período de uma intensa perda de direitos, de privatizações das instituições públicas, desemprego massivo, redução dos movimentos sindicais e uma minimização do Estado. O ideário neoliberal acirrou cada vez mais as desigualdades sociais, desse modo, o Serviço Social na década de 90 se encontra

¹¹ Segundo Netto (1989), o pensamento marxista chegou ao Serviço Social de forma enviesada, ou seja, de forma fragmentada, com traduções que deixavam a desejar, aproveitando-se do rebatimento que tais pensamentos tiveram nas ciências sociais da década de 50. Que fragmentaram a interpretação da realidade de Marx, e passaram a interpretá-la como se o todo fosse à soma de partes. O serviço social captou “sínteses” dando margem ao ecletismo pelo desconhecimento da obra clássica de Marx.

¹² A tradição marxista é muito importante para o serviço social, pois ajuda na compreensão do significado da profissão, ilumina a intervenção profissional e dinamiza a produção teórica. Assim como também auxilia no entendimento do significado social da profissão e suas contradições, ou seja, sua origem reacionária e conservadora, focada na administração da “Questão Social” (NETTO, 1989).

¹³ Esse amadurecimento profissional com uma direção social e política, significa um posicionamento de resistência diante de um contexto do neoliberalismo, com um Estado máximo para o capital e mínimo para as políticas sociais. Porém a ruptura com o conservadorismo profissional que se deu em 1980, não quer dizer que esse conservadorismo tenha sido superado dentro da categoria.

confrontado com todas essas transformações sociais, precisando compreender e intervir nas novas configurações e manifestações da “Questão Social”.

A forma adotada pelo Estado para responder às demandas da “Questão Social” rebate diretamente no âmbito da prática profissional, visto que com os cortes e o planejamento da precarização dos espaços sócio-ocupacionais surgem novos desafios ao exercício profissional. Ou seja, a condição do neoliberalismo¹⁴ vai colocar ao assistente social uma série de desafios, pois as condições de seu trabalho vão estar atreladas a redução das políticas sociais e dos investimentos públicos (SANTOS, 2019).

No âmbito da saúde o impacto do ideário neoliberal proporcionou uma disputa entre dois projetos divergentes, sendo eles: o projeto da reforma sanitária e o projeto privatista. O Estado¹⁵ brasileiro tem priorizado responder às demandas do Capital, que buscam a focalização e o desfinanciamento da saúde pública indo contra o acesso universal defendido pela reforma sanitária (BRASIL, 2009a).

Esse modelo privatista impacta na ação profissional do assistente social seja pelas condições de trabalho precarizadas como também pela ampliação da demanda. Dessa forma, “as entidades do Serviço Social têm por desafio articular com os demais profissionais de saúde e movimentos sociais em defesa do projeto de Reforma Sanitária” (BRASIL, 2009a, p.12) pois as transformações na política social só poderão acontecer com a ampliação da luta pela democracia, dentro as esferas públicas do Estado.

A ação profissional do assistente social possibilita o enfrentamento das expressões da “Questão Social” repercutidas nos diferentes níveis de atenção à saúde, sendo gerida através do atendimento direto ao usuário, da gestão e planejamentos, da dimensão assistencial e do trabalho em equipe (BRASIL, 2009a).

Nos serviços e programas sociais de saúde, os profissionais desenvolvem atividades que compreendem o planejamento, a gestão, a execução e a

¹⁴ Esse contexto auxilia para o ressurgimento e fortalecimento do conservadorismo no Serviço Social, pois através dele alguns profissionais vão conseguir enxergar respostas imediatas para os desafios encontrados na conjuntura.

¹⁵ O Estado neoliberal tem como especificidade a adoção do Estado social sob regulação de mercado, de maneira que desloca a responsabilidade social do Estado para a sociedade civil, ou seja, cria-se a ideia de uma responsabilidade social das empresas e/ou do terceiro setor para suprir necessidades sociais antes postas no Estado.

avaliação da política em vigor. O desempenho das referidas atribuições dependerá da clareza da dimensão teórico-metodológica, técnico-operativa e ético-política do assistente social em cada um dos momentos mencionados da prestação da política de saúde. (CAVALCANTI; ZUCCO, 2006, p.78)

Dentro da Atenção Básica o profissional de serviço social pode integrar as equipes do NASF apresentando importante contribuição na articulação e formação de estratégias que visem efetivar o direito à saúde. A intervenção profissional deve ser pautada pelo conhecimento teórico-metodológico e técnico-operacional, aliado a uma consciência política que auxilie “desvendar adequadamente as tramas conjunturais e as forças sociais em presença propondo estratégias de intervenção na perspectiva da integralidade, interdisciplinaridade, intersetorialidade e controle social.” (NOTA TÉCNICA nº 5 DE 2016)

A área estratégica do serviço social dentro do NASF se constrói no espaço do território, marcado pela vivência em comunidade, pelos equipamentos sociais públicos e privados e pela representação do poder local que juntos formam a rede daquele território. A inserção do serviço social possibilita a compreensão e articulação de práticas que visem a totalidade dos sujeitos, que somados à interlocução da vivência da população e as demais categorias profissionais efetivam um modelo de atuação promotor de saúde e cidadania (BRASIL, 2010).

Segundo a nota técnica sobre a atuação do Assistente Social no NASF (2016), as atribuições do Serviço Social são:

a) participar de reuniões com profissionais das ESF, para levantamento das reais necessidades da população adscrita; - planejar ações e desenvolver educação permanente; - acolher os usuários e humanizar a atenção; - trabalhar de forma integrada com as ESF;

b) realizar visitas domiciliares necessárias; desenvolver ações intersetoriais; participar dos Conselhos Locais de Saúde; realizar avaliação em conjunto com as ESF e Conselho Local de Saúde do impacto das ações implementadas através de indicadores pré-estabelecidos;

c) desenvolver ações coletivas, utilizando os espaços públicos para fortalecimento da cidadania, trabalho comunitário e prevenção de violência, abuso de álcool e outras drogas;

d) desenvolver ações intersetoriais, mantendo a integração com a rede de suporte social, fortalecendo e implementando as ações na comunidade;

e) realizar ações preventivas e promocionais pertinentes à área, junto aos grupos programáticos desenvolvidos pelas ESF;

f) desenvolver ações de caráter social junto às ESF, elaborar processos de solicitação de procedimentos de média e alta complexidade;

g) integrar-se na rede de serviços oferecidos, realizando referência e contra referência, seguindo fluxo pré-estabelecido, mantendo vínculo com os pacientes encaminhados;

h) e realizar visitas domiciliares em conjunto com as ESF dependendo das necessidades.

As ações do assistente social dentro da Atenção Básica são fundamentadas no conhecimento dos problemas de saúde mais prevalentes da população, no conhecimento social e demográfico e na identificação das condições de vida que impactam a saúde da população. Dessa forma, visa uma prática profissional que tenha o propósito a garantia dos direitos sociais aos usuários e a criação de abordagens diante as diferentes formas de violência manifestadas no território.

4.3 Violência de Gênero e a experiência de estágio

O estágio supervisionado de Serviço Social foi realizado no período dos anos de 2021 e 2022 em uma unidade de atenção básica de saúde na área programática (AP) 5.1, que abrange parte da zona oeste do município do Rio de Janeiro, incluindo os bairros de: Bangu, Campo dos Afonsos, Deodoro, Gericinó, Jardim Sulacap, Magalhães Bastos, Padre Miguel, Realengo, Senador Camará e Vila Militar (Data Rio¹⁶).

¹⁶ Disponível em:

<<https://datario-pcrj.hub.arcgis.com/documents/PCRJ::regi%C3%B5es-de-planejamento-rp-regi%C3%B5es-administrativas-ra-e-bairros-do-munic%C3%ADpio-do-rio-de-janeiro/explore>>

O Centro Municipal de Saúde Buá Boanerges Borges da Fonseca se caracteriza como uma organização pública, vinculado ao Ministério da Saúde e administrado pela Organização de Saúde - Gnosis aprovada pela Lei nº 9.637 de 1998 (lei de regulamentação das OS), que gere os profissionais de nível superior e pela Empresa Pública Rio Saúde aprovada pela Lei 5.586/2013, que gere os profissionais de nível médio, vinculada à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro¹⁷.

A instituição faz parte da Atenção Primária à Saúde contando com Equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), Equipes da Atenção Básica (eAB), Equipes de Saúde Bucal e com a equipe do Núcleo Ampliado da Saúde da Família (NASF). A unidade é composta por sete equipes divididas em cinco de Estratégia de Saúde da Família e duas de Atenção Básica.

Essas equipes são formadas por médicos(as), enfermeiros(as), técnicos(as) de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS são divididos por territórios, entre eles: Newton, Arquimedes, Mallet, Alto Araguaia, Canrobert, Correa Seara e Bonina. Essas áreas abrangem a região de Magalhães Bastos e Vila Militar, bairros localizados na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro.

A equipe NASF é composta por um nutricionista, uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta e uma profissional de educação física. Além do suporte, quando houver demanda de matriciamento, de uma fonoaudióloga e uma terapeuta ocupacional que fazem parte de outras equipes NASF do território.

No centro municipal de saúde (CMS) são oferecidos serviços como: consultas individuais e coletivas; visita domiciliar; saúde bucal; vacinação; pré-natal, consulta de puericultura, teste do pezinho; exames de raio-x; eletrocardiograma; exames laboratoriais (hemograma completo, urina e fezes, testes rápidos para detecção de IST) ultrassonografia; curativos; planejamento familiar; vigilância em saúde; tratamento e acompanhamento de pacientes diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2012).

¹⁷ Essa organização, que distribui os profissionais de nível superior representados pela OS e os profissionais de nível médio pela RioSaúde, demarca uma forma de fragmentar a luta da classe trabalhadora.

Durante a conjuntura pandêmica¹⁸, os atendimentos do NASF passaram por uma reorganização, mantendo as consultas de rotina que seguem as linhas de cuidado: como gestantes, hipertensos, tuberculose, diabéticos, puérperas, puericultura, bebês de risco e pessoas vítimas de violência, atendendo pontualmente às demais demandas.

Estudos indicam que os serviços de saúde destinados à prevenção e promoção são predominantemente frequentados por mulheres, motivado pelo papel social de responsabilização do cuidado. “Essa função está intrinsecamente relacionada à maior frequência com que as mulheres buscam os serviços de saúde, quando comparadas aos homens, cujo perfil de masculinidade contradiz o envolvimento com o cuidar.” (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013, p. 307). Dessa forma, os espaços de cuidados também possibilitam a captação de violências implícitas contra mulheres através das demandas de cuidados, sejam para elas mesmas, sejam para os filhos ou familiares.

Para algumas usuárias, a simples possibilidade de frequentar o serviço remete à felicidade, reconhecendo esse aspecto como contribuição do serviço para o enfrentamento do problema. Evidencia-se aqui a importância do lugar que os serviços de saúde representam para muitas mulheres que vivenciam violência e que constitui o único canal de comunicação presente em sua realidade, sendo, para ela, a única possibilidade de enfrentamento que se apresenta. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013, p. 309)

No que se refere ao atendimento à mulher em situação de violência, o ACS por estar mais próximo da população pode identificar o caso e compartilhá-lo com a sua equipe (ESF ou eAB). A partir da identificação a equipe busca a construção de vínculo com a mulher, através do atendimento e acolhimento, compartilhando as informações necessárias à equipe NASF.

O fluxo do atendimento demarca a proposta do matriciamento, compreendendo que o NASF não constitui serviços de forma independente ou ambulatorial, os casos precisam passar pelo conhecimento de suas equipes referenciais. Entretanto, essa forma não anula a presença do NASF no primeiro contato com a pessoa em situação de violência caso haja necessidade ou apoio a equipe.

¹⁸ A conjuntura pandêmica afetou a estruturação e a dinâmica do CMS Buá Boanerges, rebatendo assim no trabalho profissional das equipes. Todos os profissionais de ensino superior tiveram que realizar a triagem para o atendimento do covid, visto que, no auge da pandemia o foco estava direcionado ao covid e vacinas. Com a baixa de número de contaminação por covid, a unidade pode retornar gradualmente as atividades e atendimentos gerais, entretanto, notou-se uma dificuldade na construção de um novo fluxo que reflita a nova realidade.

Após o atendimento¹⁹, a orientação é o preenchimento da ficha de notificação do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN)²⁰ que notifica a Secretaria municipal de saúde os casos de violência interpessoal e autoprovocada, a partir da suspeita ou da confirmação da situação de agressão. Qualquer profissional de saúde pode preencher o documento, contudo, foi perceptível na experiência do estágio que essa função geralmente fica a cargo dos enfermeiros e de alguns profissionais da equipe NASF, como assistente social e psicólogo.

Os tipos de violência impactam no registro do SINAN²¹, casos de violência física apresentam uma predominância nas notificações em relação às outras formas de agressão, evidenciando “que os profissionais de saúde estão menos atentos e preparados para identificação da violência psicológica e de outros tipos, que não seja a física.” (CARNEIRO et al., 2022, p. 13).

Outro instrumento importante para o registro de casos são as planilhas de linhas de cuidado geridas pela Coordenadoria de Atenção Primária (CAP 5.1) que relata todos os dados de usuários em situação de risco como: violência de gênero, gravidez de risco, violências autoprovocadas, tuberculoses e afins, cabe ao NASF o monitoramento, assim como, a discussão e acompanhamento dos casos com as equipes de referência.

As planilhas são redigidas pela CAP através das notificações de agressão de toda rede de saúde, desse modo, mesmo que a pessoa em situação de violência tenha sido atendida fora da atenção básica, sua equipe referencial terá conhecimento. Durante o estágio essas planilhas passaram por uma reformulação, no primeiro momento estavam organizadas por unidades de saúde e depois alterou-se para nome de usuário, dessa forma, dificultando o monitoramento pois era necessário analisar cada caso para descobrir se pertencia ao CMS.

Apesar desses registros foi visto uma desatualização das informações da instituição, assim como dos indicadores sociais que apontem qualitativamente e

¹⁹ “Quando se dá o primeiro contato da usuária que sofreu violência com um serviço de atendimento na Atenção Básica, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários.” (BRASIL, 2016, p. 214).

²⁰ Após o preenchimento o documento é encaminhado ao serviço de vigilância em saúde local para que o Grupo Articulador Regional de Violência realize o monitoramento dos casos notificados através das fichas do SINAN.

²¹ Segundo os dados do SINAN de 2022 cerca de 90,2% das notificações foram assinadas como violência física, enquanto os números de registro dos tipos de violência psicológica e sexual foram de 31,9% e 11,4% respectivamente.

quantitativamente o atendimento aos usuários e seu perfil. Desse modo, vale ressaltar a importância do planejamento e da sistematização da prática profissional, pois é a partir da reflexão da realidade que cria-se possibilidade de construção para intervenção e superação do imediatismo do cotidiano. Dessa maneira, a sistematização é “uma estratégia que lhe recobra sua dimensão intelectual, posto que põe em marcha uma reflexão teórica” (ALMEIDA, 2009, p.403).

Durante o estágio não foi possível analisar através de dados o perfil das mulheres em situação de violência no território do CMS Buá Boanerges, pois na unidade não existiam registros específicos, visto que, os SINAN preenchidos iam direto para a coordenadoria sem a realização de um estudo dos dados. Porém através da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (Subpav) foi possível analisar os dados do SINAN²² de 2022, referentes ao município do Rio de Janeiro.

Os registros indicam que o perfil das mulheres na maioria dos casos tinha a faixa etária entre 20 e 59 anos, com cerca de 10.057 notificações, dentre elas 74,6% foram registradas como violência interpessoal. Os números também demarcam que entre as mulheres adultas cerca de 63,4% eram negras, evidenciando a raça como categoria essencial para compreender e criar medidas para o enfrentamento do fenômeno.

A intervenção profissional precisa garantir a privacidade e confidencialidade das informações, propiciando um ambiente que gere confiança e respeito. Assim como, assegurar que cada etapa de atendimento seja compreendida pela pessoa em situação de violência de maneira a respeitar sua decisão perante qualquer procedimento (BRASIL, 2016).

Durante o atendimento é necessário identificar se a situação de agressão é recorrente na vivência da mulher e estar atento aos sinais de alerta, pois não necessariamente são verbalizadas. O profissional deve observar a possibilidade de violência entre parceiros íntimos, visto que, segundo os dados do SINAN de 2022 o perfil das pessoas que cometem a agressão são majoritariamente parceiros ou conhecidos com cerca de 64,3% dos casos registrados. Dessa maneira, impactando

²² Fonte: SINAN - Base 23/02/2023 (residentes MRJ). Disponível em: <https://subpav.org/aps/uploads/publico/repositorio/Infografico_ViolenciaMulher_2023_v4_curvas_finaI.pdf>

o relato das violência seja pelo:

sentimento de vergonha ou constrangimento; receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos(as); experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do(a) agressor(a); dependência econômica ou afetiva de parceiro(a); desvalorização ou banalização de seus problemas; e/ou cerceamento da liberdade pelo parceiro(a). (BRASIL, 2016, p. 219)

Caso seja identificado o risco de vida o profissional deve fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança, planejado junto a mulher em situação de violência através de quatro passos (BRASIL, 2016): Identificar vizinhos em que a mulher possa confiar e construir um mecanismo de comunicação para sinalizar situações de emergência; Sugerir, caso a briga seja inevitável buscar estar em um ambiente que possa fugir, assim como, evitar locais em que haja armas ou facas; Orientar sobre lugares de acolhimento, caso ocorra a intenção de fuga em segurança; Indicar a importância de escolher um lugar seguro para manter cópias de seus documentos (e de seus filhos), dinheiro e roupas para o caso de ter que fugir rapidamente.

Desse modo, a Atenção Básica de saúde por estar organizada mais próxima do cotidiano da população possui um papel significativo na identificação de situações de violência de gênero. As abordagens do atendimento precisam visar a promoção de saúde, assim como, o acesso a informações de serviços da rede territorial que possam apoiá-las. O conhecimento da rede intersetorial é de extrema importância para o enfrentamento a violência, pois possibilita que as mulheres possam ter o suporte em todas as dimensões que envolva a situação de agressão.

O fortalecimento da intersetorialidade e das ações coletivas, assim como o enfoque sob a perspectiva de gênero para o reconhecimento das necessidades que as mulheres portam são fundamentais para a superação da impotência referida pelos profissionais de saúde em lidar com situações que envolvem violência. (GUEDES; FONSECA; EGRY, 2013, p. 308)

Os serviços e unidades da rede como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados em de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM) e Casa da Mulher Brasileira precisam trabalhar em conjunto da Atenção Básica de Saúde, articulando saberes e acompanhando.

Durante o estágio, foi possível observar o funcionamento da rede diante dos

casos de violência trabalhando principalmente em conjunto da Casa da Mulher Carioca Dinah Coutinho, situada no bairro de Realengo. Essa que oferece orientação jurídica, apoio psicológico, atendimento social e diversos tipos de cursos profissionalizantes que visam contribuir para a emancipação da mulher. Além do atendimento e compartilhamento de casos, a articulação também esteve presente através de palestras educacionais sobre violência de gênero para as equipes da unidade de saúde, possibilitando a educação permanente. De maneira a qualificar a ação profissional, potencializar a escuta e prática que contribua para o acolhimento e fortalecimento dos vínculos entre usuários e instituição.

Portanto, o mapeamento de serviços disponíveis na rede de atendimento às mulheres em situação de violência se mostra fundamental para o trabalho, compreendendo que a violência de gênero ultrapassa as competências da Atenção Básica. Dessa forma, a articulação intersetorial amplia e qualifica as ações de enfrentamento ao fenômeno, através da integralidade e humanização do atendimento.

5. Considerações Finais

A compreensão da categoria gênero como relação hierárquica de poder entre os gêneros, contribui para a noção da posição de desigualdade da mulher perante o homem dentro da sociedade. A violência se pauta justamente nessa percepção divergente de poder, dando espaço para a exploração e a dominação dos seres sociais que se relacionam.

A violência de gênero apesar de não ser um fenômeno particular da sociedade capitalista é aprofundado pelas relações desiguais estabelecidas neste modo de produção. A partir da divisão sexual do trabalho valores são refletidos nas relações sociais, que demarcam a diferença de papéis entre gênero, atribuindo às mulheres o campo da reprodução considerado de menor valor.

Desse modo, a violência de gênero pode ser identificada como expressão da “Questão Social” e como tal necessita da intervenção estatal para seu enfrentamento. A partir de seu reconhecimento como interesse público, ocorre a possibilidade da criação de aparatos legais e da implementação de programas e ações a níveis federais, estaduais e municipais.

No âmbito da saúde, o trabalho na atenção básica é desenvolvido por meio de práticas de cuidado integrado dirigidas à população do território de referência e conduzida por equipe interdisciplinar. Por estar organizada mais próxima do cotidiano da comunidade, possui um papel significativo na identificação de situações de violência de gênero.

Através das abordagens de promoção à saúde ocorre a captação de violências implícitas contra mulheres através das demandas de cuidados, sejam com elas ou para familiares. Dessa forma, os atendimentos precisam visar a promoção de saúde, assim como, o acesso a informações de serviços da rede territorial que possam apoiá-las.

A articulação entre os serviços de assistência social, da justiça e da saúde é essencial para o desenvolvimento do trabalho em rede. A concepção de intersetorialidade nas ações e atendimentos viabiliza uma visão que abrange a totalidade e permite que as mulheres possam ter o suporte em todas as dimensões que envolva a situação de agressão.

Através do fortalecimento da rede de atenção, do fluxo orgânico entre instituições e do compartilhamento de informações, os serviços de atendimento às mulheres em situação de violência possibilitam uma qualificação no trabalho de enfrentamento à violência de gênero (CAVALCANTI, 2016). É através da permanente defesa da integralidade e da articulação dos serviços que o fenômeno pode ser analisado em sua complexidade.

Entretanto, para o enfrentamento da violência de gênero não basta só a visibilização da questão e a articulação dos serviços de defesa, é necessário pensar ferramentas de intervenção também para as pessoas autoras de agressão. O fenômeno da violência só pode ser compreendido por meio da relação desigual entre os gêneros, dessa forma, rebatendo na vivência dos homens.

Apesar dos autores de violência não se restringirem a homens, eles formam a maioria do perfil segundo os dados do SINAN. É importante analisar e pensar políticas de combate que ampliem a visão do fenômeno, através da inserção das lentes de raça, classe e sexualidade, propiciando uma intervenção que vá além da aparência.

Porém, vale ressaltar que as políticas sociais dentro da conjuntura neoliberal estão sofrendo uma série de ataques. O Estado brasileiro ao priorizar as demandas do Capital, afeta a qualidade do atendimento assim como o acesso aos direitos, por meio da focalização do público alvo e o desfinanciamento do aparato público para o privado. Esse modelo privatista também impacta na ação profissional do assistente social seja pelas condições de trabalho precarizadas como também pela ampliação da demanda.

Cabe ao Serviço Social, em conjunto a outras categorias, a defesa do aprofundamento do SUS, buscando estratégias que visem o reforço dos serviços de saúde e a efetivação do direito social. A prática e as ações de trabalho dos assistentes sociais precisam ter como direcionamento o projeto ético-político profissional articulado ao projeto de reforma sanitária (MOTA, 2009). Dessa forma, criando possibilidades de enfrentamento à concepção conservadora da profissão que se amplia mediante a conjuntura neoliberal, mantendo o posicionamento a favor da defesa da democracia e o combate à desigualdade social.

6. Referências Bibliográficas

Akotirene, Carla. **Interseccionalidade** / Carla Akotirene. São Paulo : Sueli Carneiro ; Pólen, 2019.

ALMEIDA, Ney Luiz Teixeira de. **Retomando a temática da “Sistematização da Prática” em Serviço social**. In: Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

ALMEIDA, Sueli Souza de. **Algumas tendências teóricas de estudo de gênero**. In: ALMEIDA, S. (Org.). Violência de gênero e políticas públicas. Rio de Janeiro: UFRJ, 2007.

Antunes, Ricardo. **Coronavírus [recurso eletrônico] : o trabalho sob fogo cruzado** / Ricardo Antunes. - 1. ed. - São Paulo : Boitempo, 2020.

BEHRING, Elaine Rosseti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história** – 2ª. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. **Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências**. In: GIOVANELLA, L. et alli. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

BRASIL. **Cadernos de Atenção Básica nº27: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Ministério da Saúde, DF; Brasília. 2010.

_____. Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde - versão preliminar**. Brasília-DF, março/2009a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Anexo. Diário Oficial da União, Brasília, DF, Seção 1, 3 jan. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. . In: Serviço Social e Saúde. Ana Elisabete Mota [et.al] (orgs) – 3ª. Ed. São Paulo: Cortez; Brasília DF: OPAS, OMS. Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Serviço Social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. - 4ª Ed. - São Paulo: Cortez, 2011.

CARNEIRO, Cristianne Teixeira *et al*. **Fluxos de atendimento às mulheres em situação de violência na atenção primária à saúde**. In: Revista Ciência Plural. UFRN: v. 8 n. 3, 2022.

CARNEIRO. Sueli. **Mulheres em Movimento**. In: Estudos Avançados 17 (49), 2003. São Paulo.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele. **Violência contra a mulher: avanços, limites e desafios da abordagem do fenômeno nos serviços de saúde**. In: Enfrentamento às violências: sujeitos, estratégias e contextos [livro eletrônico] / Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, Deborah Pedrosa Moreira, Samira Valentim Gama Lira (orgs). – Fortaleza: EdUECE, 2016.

CAVALCANTI, Ludmila Fontenele; ZUCCO, Luciana Patrícia. **Política de saúde e Serviço Social**. In: Serviço Social e políticas sociais. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2006.

CFESS. **CFESS se posiciona contra a extinção do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (Nasf)**. Conselho Federal de Serviço Social. 28 de Fevereiro de 2020. Disponível em:

<<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1669#:~:text=O%20CFESS%20se%20oposiciona%20contr%C3%A1rio,casos%20e%20constru%C3%A7%C3%A3o%20conjunta%20de>>

Dossiê Mulher 2021 [livro eletrônico]. 16. ed. Rio de Janeiro, RJ : Instituto de Segurança Pública, 2021.

DURIGUETTO, M. L. e MARRO, K. **Serviço Social, lutas e movimentos sociais: a atualidade de um legado histórico que alimenta os caminhos para ruptura com o conservadorismo**. In: Serviço Social no Brasil - História de resistências e de ruptura com o conservadorismo. Oliveira e Silva (org.) São Paulo, Cortez, 2016.

FALEIROS, Vicente de Paula. **A política social do estado capitalista: as funções da previdência e assistência social**. 12ª ed-São Paulo: Cortez, 2009.

FEDERICI, Silvia. **O ponto zero da revolução**. Rio de Janeiro: Editora Elefante, 2019.

GAZILIA, Silvina Verônica. **As mudanças do padrão de proteção social brasileiro: implicações para a universalidade pós reformas neoliberais**. In: Social em Questão. Volume 12 - Rio de Janeiro: PUC (Departamento Serviço Social), 2004.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M.. **Atenção primária à Saúde**. In: GIOVANELLA, L. et alli. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GONÇALVES, Márcio Augusto. **Organização e funcionamento do SUS** / Márcio Augusto Gonçalves – Florianópolis : Departamento de Ciências da Administração / UFSC; [Brasília] : CAPES : UAB, 2014.

GUEDES, R. N.; FONSECA, R. M. G.; EGRY, E. Y. **Limites e possibilidades avaliativas da Estratégia Saúde da Família para a violência de gênero**. In: Revista da escola de enfermagem da USP. Vol. 47 - nº 2. São Paulo: EE-USP, 2013.

KERGOAT, Danièle. **Divisão Sexual do Trabalho e relações sociais de sexo**. 2000.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Ed. Organização Pan-Americana da Saúde. 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MOTA, Ana Elizabete [et al], (orgs). **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social**. 2ª ed- São Paulo: Cortez, 1996.

_____. **Cinco notas a propósito da “questão social”**. In: Temporalis. Ano 2, n. 3 (jan./jul. 2001), Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

_____. **Ditadura e serviço social: uma análise do serviço social no Brasil pós – 64**. 8ed. São Paulo: Cortez, 2002.

_____. **O Movimento de Reconceituação: 40 anos depois**. In: Revista Serviço Social e Sociedade. Nº 84 – ANO XXVI. São Paulo: Cortez, 2005.

_____. **O Serviço Social e a tradição marxista**. In: Revista Serviço Social & Sociedade nº 30. São Paulo: Cortez, 1989.

NOTA TÉCNICA nº 5 DE 2016 SMS-RIO/SUBPAV/SAP/CPNASF. **Nota Técnica de Atuação do Assistente Social nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família.** Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. RJ, 2016.

OLIVEIRA, Jaime A. A.; TEIXEIRA FLEURY, Sônia M. (Im) **Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil.** Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco, 1996.

PAIM, J.S. **Modelos de atenção à saúde no Brasil.** In: GIOVANELLA, L. et alli. Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

REZENDE, Conceição Aparecida Pereira. **O Modelo de Gestão do SUS e as ameaças do Projeto Neoliberal.** Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Organizadores, Maria Inês Souza Bravo...[et al.]. 2. ed. Rio de Janeiro: Rede Sirius/Adufrj-Ssind, 2008.

SAFFIOTI, Heleieth. **“A síndrome do pequeno poder”.** In: AZEVEDO, Maria Amélia [et al.] Crianças Vitimizadas: A Síndrome do Pequeno Poder. São Paulo: Iglu Editora, 1989.

_____. **Gênero, patriarcado e violência.** 2ª edição, São Paulo: Expressão popular: fundação Perseu abramo, 2015.

_____. **Quem tem medo dos esquemas patriarcais de pensamento?** Crítica Marxista, São Paulo, Boitempo, v.1, n. 11, 2000.

Sales W. B. *et al.* **A importância da equipe NASF/AB - enfrentamentos e multidisciplinaridade: uma revisão narrativa/crítica.** In: *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (48), 2020.

SANTOS, Josiane Soares. **O enfrentamento conservador da “questão social” e desafios para o Serviço Social no Brasil.** Serv. Soc. Soc. no.136 São Paulo Set./Dez. 2019.

SCOTT, Joan. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica.** In: Educação e Realidade, 20(2), Jul-Dez, 1995.

SECRETARIA ESPECIAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES (SPM). **Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres.** Brasília: SPM, 2011.

YAZBEK, M. C. **Os fundamentos do Serviço Social na contemporaneidade. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social.** Módulo 04. CFESS/ABEPSS - CEAD. Brasília: UNB, 2000.